



Funded by
the European Union



Instituti i Psikologjisë

unicef 
for every child

Modul o mentalnom zdravlju, upravljanju i upućivanju slučajeva

April 2022.

Modul o mentalnom zdravlju, upravljanju i upućivanju slučajeva

Institut psihologije
Dr. Shukrije Statovci

April 2022.

Sadržaj

Uvod	5
Mentalno zdravlje i njegov značaj	8
Psihopatologija	12
Mentalni poremećaji	27
Usluge mentalnog zdravlja	37
Tretmani (lečenje)	45
Upućivanje	47
Literatura.....	50
Obuka za mentalno zdravlje, lečenje i upućivanje	51
Evaluacija obuke	52

Ovaj modul obuke je razvijen u okviru regionalnog projekta koji ima za cilj ublažavanje uticaja COVID-19 na živote dece i porodica na Zapadnom Balkanu i Turskoj, finansiran od strane Evropske unije, i sproveden od UNICEF-a na Zapadnom Balkanu i Turskoj, uključujući i Kosovo.

Materijali, sadržaj i stavovi izraženi u okviru ovog Modula obuke su oni angažovanih stručnjaka od strane partnera sprovođenja UNICEF-a na Kosovu, Instituta za psihologiju, i ne predstavljaju nužno stavove UNICEF-a ili EU-a. Publikacija nije uređena prema službenim standardima UNICEF-a za publiciranje i UNICEF ne preuzima na sebe nikakvu odgovornost za pravopisne greške.

Uvod

U okviru projekta „Unapređenje pristupa uslugama mentalnog i psiho socijalnog zdravlja (UPUMPZ) za decu i porodice i procena digitalnog ekosistema za kontinuirano učenje na daljinu“ razvijeno je nekoliko modula za obuku deset nacionalno odabranih trenera i drugog stručnog osoblja za socijalne usluge na Kosovu. Jedna od komponenti projekta leži u razvoju modula za mentalno zdravlje a modul i materijali koji će biti razvijeni, koristiće se za obuku ovih trenera.

Mentalno zdravlje je jednako važno kao i fizičko zdravlje, pa je veoma važno praviti razliku između normalnog mentalnog zdravlja i mentalnih poremećaja. Često razlika nije tako jasna. Na primer, ako se plašite da održite javni govor, to ne znači da imate poremećaj mentalnog zdravlja ili ozbiljan nervni slom.

Život sa mentalnom bolešću može predstavljati izazove za mnoge pojedince, porodice i zajednice. Za neke ljude, mentalna bolest može otežati svakodnevni život. Socijalni radnici su ti koji igraju ključnu ulogu u poboljšanju opšteg blagostanja i mentalnog zdravlja našeg društva. Socijalni radnici pomažu da se ublaže patnje ljudi, bore se za socijalnu pravdu i poboljšaju životi i zajednice.

Iako većina ljudi misli na socijalne radnike kada razmišljaju o ublažavanju siromaštva i dobrobiti dece, poznato je da socijalni radnici rade mnogo više. Ovaj modul je posvećen rešavanju problema mentalnog zdravlja pružanjem pregleda mentalnog zdravlja uopšte i načina na koji se rešavaju problemi. Takođe pruža podatke o mogućnostima upućivanja klijenata u ustanove za mentalno zdravlje kada je to potrebno.

Svrha modula

Svrha ovog modula je da pruži znanje o mentalnom zdravlju. Tokom ove obuke učesnici će naučiti više o temama kao što su: Mentalno zdravlje, Psihopatologija, Mentalni poremećaji, Lečenje i upućivanje.

Polaznici obuke će steći znanja o mentalnom zdravlju uopšte i mentalnim poremećajima posebno, kao i o psihopatologiji. Učesnici će takođe biti upoznati sa uslugama mentalnog zdravlja i imaće priliku da razviju veštine u proceni potrebe za lečenjem zbog problema mentalnog zdravlja, rešavanju hitnih slučajeva mentalnih poremećaja, upućivanju i donošenju ispravnih odluka o upućivanju, kao i diskusiji i rešavanju institucionalnih promena u cilju unapređenja među institucionalne komunikacije i saradnje.

Detaljan opis svake sesije predstavljen je u tabeli ispod.

Modul: Mentalno zdravlje, lečenje i upućivanje		
Prvi dan		
Uvodna sesija	Trajanje: 15 minuta	Metodologija
Glavne teme: <ul style="list-style-type: none"> Opšti kontekst modula obuke Svrha modula obuke Glavne teme obuhvaćene programom obuke Prezentacija učesnika i njihovih očekivanja 	Očekivani rezultati: <ul style="list-style-type: none"> Učesnicima će biti jasno obrazloženje programa obuke i njegova svrha; Učesnici i treneri se dogovaraju o temama kao i glavnim temama koje će biti obuhvaćene programom obuke. 	Prezentacija i diskusija
Mentalno zdravlje i njegov značaj	Trajanje: 45 minuta	Metodologija
Glavne teme: <ul style="list-style-type: none"> Šta je mentalno zdravlje? Definicije mentalnog zdravlja Koja je razlika između normalnog mentalnog zdravlja i mentalnih poremećaja? 	Očekivani rezultati: <ul style="list-style-type: none"> Učesnici postaju svesni uloge i značaja mentalnog zdravlja; Učesnici razumeju razliku između normalnog mentalnog zdravlja i mentalnih poremećaja; 	Prezentacija Reflektovanje Diskusija
Psihopatologija	Trajanje: 45 minuta	Metodologija
Glavne teme: <ul style="list-style-type: none"> Psihopatologija Definicije i značaj psihopatologije 	Očekivani rezultati: <ul style="list-style-type: none"> Da se upoznaju sa oblastima psihopatologije; Razumeti ulogu i značaj psihopatologije u opisivanju problema mentalnog zdravlja 	Prezentacija Reflektovanje Diskusija
Mentalne funkcije	Trajanje: 45 minuta	Metodologija
Glavne teme: <ul style="list-style-type: none"> Koje su mentalne funkcije Uloga normalnih mentalnih funkcija Psihopatologija mentalnih funkcija 	Očekivani rezultati: <ul style="list-style-type: none"> Upoznavanje sa mentalnim funkcijama; Razumeti normalne mentalne funkcije i njihovu ulogu; Razumeti psihopatologiju mentalnih funkcija; 	Prezentacija Reflektovanje Diskusija

Mentalni poremećaji	Trajanje: 45 minuta	Metodologija
Glavne teme: <ul style="list-style-type: none"> Najčešći mentalni poremećaji Najčešći psihički poremećaji kod dece 	Očekivani rezultati: <ul style="list-style-type: none"> Prepoznaju i razumeju najčešće mentalne poremećaje; Prepoznaju i razumeju najčešće mentalne poremećaje kod dece Razumeju rešavanje hitnih slučajeva mentalnih poremećaja 	Prezentacije Reflektovanje Diskusija
Usluge mentalnog zdravlja	Trajanje: 45 minuta	Metodologija
Glavne teme: <ul style="list-style-type: none"> Kako su organizovane usluge za mentalno zdravlje? Kako su organizovane usluge za mentalno zdravlje dece? 	Očekivani rezultati: <ul style="list-style-type: none"> Upoznati i razumeti organizaciju usluga za mentalno zdravlje; Poznavati i razumeti usluge mentalnog zdravlja dece 	Prezentacije Reflektovanje Diskusija
Drugi dan obuke		
Tretmani (lečenje)	Trajanje: 45 minuta	Metodologija
Glavne teme: <ul style="list-style-type: none"> Tretmani za probleme mentalnog zdravlja 	Očekivani rezultati: <ul style="list-style-type: none"> Da se upoznaju sa načinima lečenja obolelih od mentalnih poremećaja; Razumeti efikasne metode lečenja 	Prezentacije Reflektovanje Diskusija
Upućivanje	Trajanje: 45 minuta	Metodologija
Glavne teme: <ul style="list-style-type: none"> Otkrivanje problema za upućivanje Upućivanje nadležnoj instituciji 	Očekivani rezultati: <ul style="list-style-type: none"> Razumeti kako da se pozabavite problemom i kada ga treba rešiti; Razumeti opcije upućivanja slučajeva 	Prezentacije Reflektovanje Diskusija

Mentalno zdravlje i njegov značaj

Mentalno zdravlje je sastavna i suštinska komponenta ukupnog zdravlja. Svetska zdravstvena organizacija (SZO) o ukupnom zdravlju navodi: „Zdravlje je stanje potpunog fizičkog, mentalnog i socijalnog blagostanja, a ne samo odsustvo bolesti ili slabosti. Važna implikacija ove definicije je da je mentalno zdravlje više od pukog odsustva mentalnih poremećaja ili invaliditeta. Mentalno zdravlje je sastavni deo zdravlja; zaista, nema zdravlja bez mentalnog zdravlja

U međuvremenu, prema SZO, mentalno zdravlje je „stanje blagostanja u kojem pojedinac ostvaruje svoje sposobnosti, može da se nosi sa normalnim životnim stresovima, može da radi produktivno i produktivno i u stanju je da da svoj doprinos. ili njena zajednica“. Mentalno zdravlje uključuje subjektivno blagostanje, percipiranu samo efikasnost, autonomiju, kompetenciju, među-generacijsku zavisnost i samo-aktualizaciju intelektualnog i emocionalnog potencijala pojedinca, između ostalog.

Iz perspektive pozitivne psihologije ili holizma, mentalno zdravlje može uključivati sposobnost pojedinca da uživa u životu i da uspostavi ravnotežu između životnih aktivnosti i napora da se postigne psihološka otpornost. Kulturološke razlike, subjektivne procene i konkurentne profesionalne teorije utiču na to kako se definiše „mentalno zdravlje“.

Mentalno zdravlje, prema definiciji Kanadske agencije za javno zdravlje, je sposobnost pojedinca da oseća, misli i deluje na načine koji pomažu u postizanju boljeg kvaliteta života uz poštovanje ličnih, društvenih i kulturnih granica. Oštećenje bilo koje od ovih komponenti je faktor rizika za razvoj mentalnih poremećaja.

Mentalno zdravlje je povezano sa brojnim faktorima životnog stila kao što su: ishrana, vežbanje, stres, zloupotreba supstanci, društvene veze i interakcije sa drugima. Na mentalno zdravlje utiču:

- održavanje ličnih ili porodičnih odnosa
- funkcionisanje u društvenim sredinama
- učinak, sposobnost i sposobnost obavljanja potrebnih dužnosti na poslu ili u školi
- dostignuća u učenju do nivoa koji se očekuje za uzrast i inteligenciju pojedinca
- učešće u drugim važnim aktivnostima;

Mentalno zdravlje je važno u svakoj fazi života. Mentalno zdravlje je takođe važan deo ukupnog zdravlja i blagostanja kod dece. Mentalno zdravlje uključuje mentalno, emocionalno i bihevioralno blagostanje dece. Utiče na način na koji deca misle, osećaju i deluju. Takođe igra ulogu u tome kako se deca nose sa stresom, kako se odnose prema drugima i kako donose zdrave izbore.

Istorijat:

Sredinom 19. veka, Vilijam Svizer je bio prvi koji je skovao termin „mentalna higijena“ i smatra se da je uticao i pomogao savremene pristupe radu na promovisanju pozitivnog mentalnog zdravlja.

Isak Rej, četvrti predsednik Američkog psihijatrijskog udruženja, dalje je definisao mentalnu higijenu kao „umetnost čuvanja uma od svih incidenata i uticaja sračunatih da pogoršaju njegove kvalitete, oštete njegovu energiju ili ga poremete.“ U američkoj istoriji, mentalno

bolesni. Smatralo se da su pacijenti religiozno kažnjavani. Ovaj odgovor se nastavio tokom 1700-ih, zajedno sa neljudskom izolacijom i stigmatizacijom takvih pojedinaca.

Dorotea Diks (1802–1887) bila je važna ličnost u razvoju pokreta „mentalne higijene“. Diks je bila školska učiteljica koja je pokušavala da pomogne ljudima sa mentalnim poremećajima i razotkri podstandardne uslove u kojima su bili smešteni. Ovo je postalo poznato kao „pokret mentalne higijene“. Od 1840. do 1880. dobila je podršku vlade za osnivanje preko 30 državnih psihijatrijskih bolnica; međutim, imali su nedostatak osoblja, nedostatak alata i optuženi su za kršenje ljudskih prava.

Emil Kraepelin je 1896. razvio taksonomiju mentalnih poremećaja koja je dominirala ovom oblašću skoro 80 godina. Kasnije je analiziran predloženi model bolesti i uzeta je u obzir normalnost u pogledu fizičkih, geografskih i kulturnih aspekata determinantne grupe.

Početak 20. veka, Kliford Birs je osnovao „Američko mentalno zdravlje – Nacionalni komitet za mentalnu higijenu“, nakon objavljivanja iskustava njegovih pacijenata u nekoliko azila za mentalne bolesti. U godinama nakon Drugog svetskog rata, spominjanje mentalne higijene postepeno je zamenjeno terminom 'mentalno zdravlje' zbog njegovog pozitivnog aspekta koji je evoluirao iz lečenja bolesti u preventivnim i promotivnim oblastima zdravstvene zaštite.

Mozak i ponašanje

Ljudski mozak je složen organ tela. Težak je oko 1,5 kg i sastoji se od milijardi sićušnih ćelija. Omogućava nam da osećamo svet oko sebe, da mislimo i govorimo. Mozak se sastoji od moždanog stabla i moždanih hemisfera. Najveći deo mozga, po zapremini, je cerebralni korteks, koji se deli na dve hemisfere. Svaka hemisfera je podeljena na četiri režnja, a to su: okcipitalni režanj, temporalni režanj, parijetalni režanj i frontalni režanj.

Nervni sistem je podeljen na centralni i periferni nervni sistem. Centralni nervni sistem se sastoji od mozga i kičmene moždine. Periferni nervni sistem povezuje mozak i kičmenu moždinu sa drugim delovima tela. Periferni nervni sistem se deli na somatski nervni sistem koji sadrži čulne (senzorne) i motorne nerve i autonomni nervni sistem koji nadgleda unutrašnjost tela ili organa. Neuronima šalju informacije u obliku talasa električne energije kroz supstance koje se nazivaju neurotransmiteri. Neorganizovana signalizacija neurona, u nekim slučajevima, rezultira različitim poremećajima kao što su epilepsija, šizofrenija, depresivni poremećaj, demencija itd.

Odrednice mentalnog zdravlja

Brojni društveni, psihološki i biološki faktori određuju nivo mentalnog zdravlja osobe u bilo kom trenutku. Na primer, uporno društveno-ekonomsko nasilje i pritisci su poznati rizici za mentalno zdravlje. Najjasniji dokazi se odnose na seksualno nasilje. Slabo mentalno zdravlje je takođe povezano sa brzim društvenim promenama, stresnim uslovima rada, rodnom diskriminacijom, socijalnom isključenošću, nezdravim načinom života, fizičkom bolešću i kršenjem ljudskih prava. Postoje specifični psihološki faktori i faktori ličnosti koji čine ljude podložnim problemima mentalnog zdravlja. Većina mentalnih poremećaja je uzrokovana kombinacijom faktora.

Biološki faktori uključuju bilo šta fizičko što može izazvati štetne efekte na mentalno zdravlje pojedinca. Ovo uključuje genetiku, prenatalna oštećenja, infekcije, izloženost toksinima, defekte ili oštećenja mozga, neurotransmitere i zloupotrebu supstanci.

Faktori životne sredine - Termin „okruženje“ je veoma dobro definisan kada je u pitanju mentalna bolest. Za razliku od bioloških i psiholoških uzroka, uzroci životne sredine su

stresori sa kojima se pojedinac suočava u svakodnevnom životu. Ovi stresori mogu biti različiti, npr. finansijski problemi koji mogu uticati na nju nakon niskog samopoštovanja. Uzroci životne sredine su više zasnovani na psihologiji. Događaji koji izazivaju osećaj gubitka ili štete imaju veću verovatnoću da izazovu mentalni poremećaj kod pojedinca. Faktori životne sredine uključuju, ali nisu ograničeni na, nefunkcionalan život u porodici, loše odnose sa drugima, zloupotrebu supstanci, neispunjavanje društvenih očekivanja, nisko samopoštovanje i siromaštvo.

Psihološki i individualni faktori, uključujući otpornost – Neki lekari veruju da psihološke karakteristike određuju mentalne poremećaje.

Drugi spekuliraju da se abnormalno ponašanje može objasniti mešavinom društvenih i psiholoških faktora. U mnogim primerima, faktori životne sredine i psihološki se dopunjuju, što dovodi do emocionalnog stresa, što zauzvrat aktivira mentalnu bolest.

Stres može biti rezultat pozitivnih i negativnih iskustava i neophodan je deo našeg svakodnevnog života. Svi osećamo pritisak našeg okruženja tokom prelaznog perioda (npr. u vreme završetka srednje škole) i u pripremi za važne životne događaje (npr. u iščekivanju razgovora za posao). Iako je odgovor na stres često adaptivan (tj. osećanje stresa pre ispita može biti kritičan motivator u učenju za njega), preterani stres ili nesposobnost (nesposobnost) da se nosi sa njim može izazvati negativne simptome, emocionalne i fizičke. Izvori stresa uključuju teškoće kao što su npr. nemogućnost podnošenja eseja, zabrinutost zbog težine itd.

Konačno, još jedan izvor stresa vredan pomena su „stresori u vezi sa poslom“. Ovaj izvor stresa uključuje sve socijalne i životne uslove na radnom mestu, kao što su buka, odnosi sa saradnicima, ali oni zavise od prirode posla.

Reakcije na stresore su višedimenzionalne i uključuju bihevioralne odgovore, senzacije, emocije, kogniciju, biološke i inter personalne odgovore.

Folkman i Lazarus (1980) definišu suočavanje kao „kognitivni (priznati) i bihevioralni napor uložen da se ovladaju, tolerišu ili smanje spoljašnji i unutrašnji zahtevi i sukobi između njih.“ Ovi napori mogu imati tendenciju da promene realnost osobe i okruženja nakon negativnih emocija ili stresa (suočavanje fokusirano na problem). Oni se takođe mogu odnositi na unutrašnje elemente i pokušati da smanje negativno emocionalno stanje, ili da promene procenu zahtevne situacije (prevladavanje usmereno na emocije). Suočavanje se takođe može klasifikovati na pozitivno i negativno suočavanje gde negativno suočavanje vodi do poremećaja, a pozitivno suočavanje vodi ka blagostanju.

Svaka osoba je jedinstvena po načinu na koji će reagovati na psihičke stresore. Ono što može da slomi osobu može imati mali ili nikakav uticaj na druge. Psihološki stresori, koji mogu izazvati mentalne bolesti, su: emocionalno, fizičko ili seksualno zlostavljanje, gubitak važne ljubavi, zanemarivanje i zanemarivanje povezivanja sa drugima. Nemogućnost povezivanja sa drugima je takođe poznata kao emocionalna nepovezanost. Emocionalna odvojenost otežava pojedincu da saoseća sa drugima ili deli svoja osećanja. Emocionalna odvojena osoba može pokušati da racionalizuje ili primeni logiku u situaciji za koju ne postoji logično objašnjenje. Ove osobe imaju tendenciju da ističu važnost svoje nezavisnosti i mogu biti neurotične. Često nemogućnost povezivanja sa drugima potiče od traumatičnog događaja.

Poremećaji u razvoju, odnosno problemi bilo koje prirode ukoliko se pojave u toku razvoja deteta mogu stvoriti ranjivost (ranjivost) u mentalnom zdravlju pojedinca. Razvojne krize, problematični odnosi i ekološki rizici (kao na primer: loše roditeljstvo, siromaštvo, nasilje) mogu čine osobu manje sposobnom da upravlja i posreduje kroz anksioznost.

Za osobu se kaže da je otporna (ima sposobnost da se oporavi) kada ima dobre rezultate u funkcionisanju uprkos ozbiljnim pretnjama adaptaciji ili razvoju. Otpornost i rizik idu

ruku pod ruku. Otpornost se obično definiše kao sposobnost oporavka od teških životnih događaja. Psihološki kvalitet je taj koji omogućava nekim ljudima da padnu od životnih nedaća i vrate se barem onoliko jaki kao pre. Umesto da dopuste da ih nevolje, traumatični događaji ili neuspesi preplave i iscrpe njihovu odlučnost, visoko otporni ljudi pronalaze način da promene tok svog stanja, da se emocionalno izleče i da nastave da idu ka svojim ciljevima. Neki dodatni faktori su povezani sa otpornošću kao što su: optimizam, samopoštovanje, duhovnost, prilagodljivost, radoznalost, sklonost pronalaženju smisla i jaka društvena podrška. To su karakteristike koje služe kao zaštitni faktori u vreme stresa.

Osobe sa mentalnim i psiho socijalnim invaliditetom su ranjiva grupa jer su podložne visokom nivou stigme i diskriminacije zbog nesporazuma (pogrešne percepcije) o uzrocima i prirodi stanja mentalnog zdravlja.

Zbog ovih faktora ljudi sa mentalnim i psiho socijalnim invaliditetom imaju veću verovatnoću da dožive invaliditet i prerano umru, u poređenju sa opštom populacijom.

Otpornost i blagostanje zavise od unutrašnjih i spoljašnjih faktora. Nečiji urođeni način gledanja na svet i rešavanja problema može uticati na njihovu otpornost i dobrobit – ali ljudi takođe mogu da nauče nove veštine koje će im pomoći da pozitivnije odgovore na životne izazove. Okruženje je takođe važno, jer ljudi razvijaju modele u vezi sa društvenim interakcijama i shvataju šta drugi ljudi očekuju od njih. U školskom okruženju, važno je stvoriti okruženje podrške i brige.

Poput zdravlja, mentalno zdravlje takođe leži u kontinuumu od mentalnog zdravlja do mentalne bolesti. Različiti mentalni poremećaji se javljaju kod pojedinaca zbog različitih stresnih događaja, mehanizama suočavanja, ranjivosti i otpornih faktora.

Psihopatologija

Psihopatologija je pod grana medicinske nauke koja se bavi proučavanjem poremećaja mentalnih funkcija. Psihopatologiju (psiho-pato-logija) čine tri komponente: psiha-psihsika, patos-patnja, bolest i logos — znanje. Na ovaj način psihopatologija se bavi istraživanjem problema mentalnog zdravlja: kako ih razumeti, kako ih klasifikovati i kako ih popraviti.

Psihopatologija generalno uključuje opis, tumačenje i klasifikaciju tih specifičnih mentalnih fenomena; poremećaji i sva druga iskustva sa naučne i kliničke tačke gledišta, koja mogu ukazivati na mentalni poremećaj ili psihičko oštećenje. Psihopatologija je blisko povezana ne samo sa psihijatrijom, već i sa psihologijom, posebno sa abnormalnom i kliničkom psihologijom. Abnormalna psihologija se na sličan način bavi psihopatologijom sa psihičkim fenomenima, opisujući i tumačeći mentalne poremećaje u smislu promena u odnosu na normalne pojave u odnosu na funkcionisanje koje se smatra normalnim, ali se ne bavi lečenjem.

Znanja iz oblasti savremene psihopatologije, iako veoma korisna u širem smislu, ipak nisu u potpunosti dovoljna. Psihijatar doživljava iskustva i načine ponašanja pacijenta na isti način kao što svaki drugi lekar sagledava probleme koji se odnose na njegovu oblast. Sa naučne tačke gledišta sve je slično: kao i svaki naučnik drugih grana nauke, psihijatar pokušava da prikupi i opiše činjenice, da ih navede i klasifikuje na osnovu njihovih karakteristika. Na osnovu sistematizovanih podataka iz kliničkih informacija u kasnijim fazama psiho patolozi pokušavaju da pronađu objašnjenje činjenica i formulišu veze i uzroke ovih podataka u međusobnom odnosu. Psihopatologija pomaže u formulisanju dijagnostičkih kriterijuma i klasifikaciji mentalnih poremećaja. Kriterijumi i sistemi klasifikacije su isti u medicinskoj nauci psihijatrije, kao i u oblasti primenjene psihologije (klinička psihologija) i neuronauke i istraživačke psihologije.

Ovi podaci se koriste za tačnu dijagnozu, dijagnostičke kriterijume i klasifikaciju mentalnih poremećaja na osnovu nekih osnovnih principa koji su:

1. Procena kliničkih manifestacija prema znacima i simptomima
2. Otkrivanje njihovog mogućeg uzroka
3. Step en uticaja ovih faktora na život i aktivnost pojedinca
4. Određivanje strategije terapijskih tretmana
5. Predviđanje toka poremećaja tokom vremena;

Psihopatologija se u didaktičkom smislu deli na:

1. Deskriptivna psihopatologija (deskriptivna psihopatologija) koja se bavi uglavnom opisom simptoma.
2. Opšta psihopatologija koja se detaljno bavi svim dijagnostičkim kategorijama.

Deskriptivna psihopatologija se bavi proučavanjem znakova i simptoma mentalnih poremećaja, koji se jasno manifestuju u ponašanju.

Ova podela se može smatrati čisto didaktičkom jer su stručnjaci za mentalno zdravlje, posebno psihijatri i klinički psiholozi zainteresovani za psihopatologiju uopšte, fokusirajući se ne samo na procenu i kategorizaciju simptoma (psiholoških) poremećaja, već i na moguće uzroke i povoljne faktore ili eksplozivne faktore poremećaj.

Od dobrog poznavanja i kategorizacije ovih simptoma prema dijagnostičkim kriterijumima zavisi formulacija slučaja, koncepcija dijagnoze i plan lečenja, koji igraju ključnu ulogu u prognozi i napredovanju bolesti u budućnosti. Znaci i simptomi nakon grupisanja prema relevantnim kriterijumima se dalje organizuju u dijagnoze kao što su: veliki depresivni poremećaj, bipolarni poremećaj, šizofrenija, deluzioni poremećaj itd. Sve dijagnoze iz oblasti mentalnog zdravlja isti su predmet rada radnika mentalnog zdravlja, psihijatara, kliničkih psihologa, psihologa, socijalnih radnika itd.

Druga specifičnija klasifikacija psihopatologije može se formulisati na osnovu glavnih pristupa psihopatologiji koji su i savremeni pristupi kao na primer:

1. Fenomenološka psihopatologija: zasnovana na opisu specifičnih simptoma i sindroma poremećaja, koji trenutno čini glavnu osnovu dijagnoze i biološkog lečenja. Fenomenologija je filozofski pristup koji se fokusira na detaljan opis svesnih iskustava. U osnovi ovog pristupa, koji ne poriče objektivnu stvarnost, jeste da naglašava važnost jedinstvenog subjektivnog iskustva svake osobe u odnosu na događaje, u načinu na koji pojedinac reaguje na događaje i situacije. Ova disciplina se definiše u zavisnosti od oblasti studija kojom se bavi; na primer u slučaju deskriptivne psihopatologije bavi se opisom fenomenologije simptoma.
2. Eksperimentalna psihopatologija: koja pokušava da naučno objasni mehanizme patoloških poremećaja i moguću metodologiju lečenja, na osnovu dostignuća naučnih istraživanja u oblasti neuronauke.
3. Psiho terapijska psihopatologija: je relativno nova metodologija u odnosu na prve dve, koja se zasniva na teorijskim hipotezama različitih škola psihološke misli u bliskoj vezi sa njihovom praktičnom primenom.
4. Razvojna psihopatologija: uključuje proučavanje i predviđanje neprilagođenog ponašanja, kao i istraživanja koja uključuju detinjstvo. Cilj mu je da što naučnije podrži odgovarajući sistem za razumevanje i objašnjenje problema koji se javljaju u normalnom procesu razvoja, kao i proučavanje putanja koje dovode do psihopatologija odraslih.

Aktuelni trendovi u psihopatologiji su više usmereni na naučne podatke i metodološka pitanja naučnog istraživanja nego na tradicionalni način filozofskih ili psiholoških koncepcija. Uprkos postojanju hiljada psiholoških teorija i desetina škola različitih teorijskih pristupa, četiri glavne grupe ostaju na čelu i sa teorijske i praktične tačke gledišta najkonsolidovanije u razvoju psihopatologije: psihoanalitičko-psihodinamski pristup, kognitivno-bihejvioralni pristup ponašanju, humanistički pristupi i biološki pristupi.

U sadašnjoj fazi, veliki napredak postignut poslednjih decenija u oblasti neuronauke, molekularne genetike i ponašanja, rasvetlio je i naučno dokumentovao mnoge hipoteze o mogućim mehanizmima, koji mogu uticati na etiologiju mnogih različitih mentalnih poremećaja.

Uprkos dosadašnjem napretku, aktuelni psiho dijagnostički sistemi ostavljaju mnogo da se poželeva u smislu njihove naučne validnosti i pouzdanosti u pogledu dijagnoze. Takođe, opcije lečenja poremećaja, uprkos svim postignutim naprecima, i dalje su pune ograničenja i nisu u potpunosti dovoljne i valjane u kliničkoj praksi, kako za lečenje lekovima tako i za psiho terapijsko lečenje.

Suština psihopatologije je u vezi sa konceptom „nenormalnog“. Činjenica da se poimanje normalnosti i abnormalnosti razlikuje od kulture do kulture, ali i unutar kulture u različitim epohama, dodatno otežava univerzalno prihvaćenu definiciju, jer se pojam „nenormalno“ ne može tumačiti na isti način u različitim kulturama.

Psihologija abnormalnosti kao grana psihologije je na neki način sinonim za psihopatologiju, jer i kroz naučno istraživanje ponašanja pojedinaca pokušava da razume i istakne elemente neprilagođenog ponašanja vezanog za biološko, socijalno i kulturno, upoređivanjem razlike sa poznatim procesima normalne psihologije. U medicinskim rečnicima, psihopatologija se definiše prema sledeće dve tačke kao nauka i kao pojam:

1. Grana medicine koja se bavi uzrocima i procesima psihičkih poremećaja.
2. Uključuje abnormalne mentalne aktivnosti i neprilagođena ponašanja.

Definicije: „normalno“ i „abnormalno“ (nenormalno)

Iako nema objedinjavanja mišljenja o abnormalnom zbog različitih kulturnih koncepcija, postoji beskonačnost definicija najrazličitijih, koje datiraju iz različitih vremenskih perioda i koje su međusobno veoma slične. Vremenom su se znanja dopunjavala, kako bi se postiglo ono što konsenzusom prihvataju svi eksperti a to je:

Nenormalno je svako ponašanje:

- koje odstupa od društvenih normi
- koje odstupa od statističkih normi
- manifestuje se neprilagođenim ponašanjem
- utiče na individualne ili društvene odnose
- izaziva lično uznemiravanje (ispoljavanje stresa).

Poteškoće u kreiranju univerzalno prihvaćene definicije vezane su i za niz faktora koji utiču na proces adaptacije. Ovi faktori uključuju genetski sastav, fizičke karakteristike, veštine socijalizacije i tako dalje. Kada govorimo o etiologiji mnogih poremećaja, nemamo jedan uzrok, ali imamo mnogo „hipotetičkih“ uzroka, zbog kojih je još teže doći do jasne i nedvosmisleno nedvosmislene definicije.

Većina psihijatrijskih poremećaja su specifična stanja bez poznatih (idiopatskih) uzroka. Stručna literatura obiluje debatama koje se vode decenijama u vezi sa konačnom i opšteprihvaćenom koncepcijom definicije pojma: „poremećaj“. Uzmimo primer: jedan od zahteva dijagnostičkih kriterijuma je lična nevolja ili zabrinutost. Praksa pokazuje da se kod mnogih psihotičnih pacijenata lični distres ne pojavljuje. Ovaj kriterijum zajedno sa nefunkcionisanjem su dva od argumenata za skidanje homoseksualizma sa liste poremećaja.

Stavovi o mentalnim poremećajima bili su različiti u različitim kulturama i u različitim vremenima. Postoje dokumentovani, iako ne baš potpuni podaci koji datiraju iz oko 15 vekova pre nove ere. Čak se i u istim vremenskim periodima susreću različiti stavovi u različitim kulturama. Pre mnogo vekova, od vremena kada su u srednjovekovnoj Evropi pacijenti držani vezani, streljani i spaljivani na javnim trgovima, u arapskoj kulturi dogodilo se suprotno: procvat centara za lečenje duševnih bolesnika po savremenim modelima, sa radnom terapijom, aktivnosti sport, zabava i muzička terapija. Paradoksi postoje i danas.

Mentalne funkcije i njihova psihopatologija

Svest (svesnost)

Svesnost je najviši oblik samorazumevanja i odraza okolnog okruženja u našem mozgu. Svest u najširem smislu podrazumeva celinu psihičkog integriteta, omogućava prepoznavanje našeg identiteta, osnova je apstraktnog mišljenja i voljnog delovanja. Svest je veoma povezana sa orijentacijom.

Svest karakteriše:

- Auto psihička orijentacija; sposobnost poznavanja sebe.
- Orijehtacija na alopeciju; orijentacija na druge.
- Prostorna orijentacija; orijentacija u prostoru.
- Temporalna orijentacija; orijentacija u vremenu.

Sposobnost povezivanja svega ovoga naziva se sinteza.

Poremećaji svesti se dele na: poremećaje u širem smislu koji se nazivaju i poremećaji samo doživljavanja i poremećaji u užem smislu.

Poremećaji u najširem smislu zapravo predstavljaju oblike poremećaja samo proživljavanja. To uključuje: derealizaciju, depersonalizaciju, transformaciju, autizam, tranzitivizam, čitanje misli, dvojnu ili višestruku ličnost,

Derealizam; podrazumeva pojavu kada osoba doživi krug, odnosno objektivnu stvarnost, promenjenu od onoga kako ga je doživljavala ranije. Ne uspeva da razume stvarnost onakvu kakva jeste, stvarni svet se ne doživljava kao stvaran, doživljava stvarnost kao odvojen od sebe, oseća se kao da nije deo stvarnosti.

Depersonalizacija; u depersonalizaciji je poremećen „doživljaj stvarnosti“ nad samim sobom. Čovek misli da je pokazao velike promene čak i fizičke, misli da se promenio, da nije ono što je bio pre. Postoji nepovezanost između fizičkog dela i emocionalnog i mentalnog dela, on ne doživljava da mu pripada telo, um, emocije.

Transformacija; podrazumeva gubitak ličnog identiteta i njegovu zamenu nečim drugim. Pacijent doživljava sebe kao da je druga osoba, predmet ili drugo živo biće. Predstavlja najdublji oblik dezintegracije ličnosti i sreće se u uznapredovalim stadijumima šizofrenije.

Autizam; predstavlja složenu psihičku pojavu kojom dominira unutrašnji svet, predstavlja prestanak kontakta sa spoljašnjim svetom, povlačenje iz stvarnosti i povratak sebi. Karakteriše ga teškoća u komunikaciji, poremećaj u društvenim interakcijama i vrlo često ponavljajući motorni repertoar (repetitivni stereotipni pokreti). Autizam je izraz već postignute značajne regresije psihičkih funkcija.

Tranzitivizam; predstavlja oblik poremećaja samo iskustva, u kome osoba svako lično iskustvo, osećanje, misao pripisuje drugoj osobi.

Čitanje misli; dezintegracija ega sa razaranjem granica često je praćena fenomenom poremećaja samo iskustva, koji se naziva fenomenom čitanja misli. Osoba, kao rezultat nedostatka granica ega, doživljava da su njegove misli rasute svuda unaokolo, shodno tome, pacijent misli da drugi mogu da čitaju njegove misli.

Dvostruka ili višestruka ličnost; Karakteristika ovog poremećaja je da se kod pojedinca nalazi više ličnosti, dve ili više, koje su obično veoma različite, često suprotne. Ličnosti nisu svesne jedna druge

Poremećaji u užem smislu se dele na: kvantitativne i kvalitativne. Kvantitativni poremećaji uključuju: somnolenciju, soporin i komu.

Somnolencija; predstavlja najlakši oblik kvantitativnog poremećaja svesti. Osoba na prvi pogled deluje pospano, inertno, sporo, beleži samo najjače čulne (čulne) nadražaje. Jedva fokusira pažnju na bilo koji predmet ili situaciju, odgovara samo na jednostavne komande, npr. otvoriti oči, visoko podići ruku, otvoriti usta. Kada osoba izađe iz ovog stanja, često ima poteškoća sa pamćenjem, tokom perioda somnolencije.

Sopor; to je najdublje kvantitativno pomračenje svesti. Osoba je u stanju pomračene svesti i reaguje samo na duboko, najčešće bolno, uznemiravanje, uz izuzetno lošu komunikaci-

ju koja obično traje koliko i uznemiravanje. Po prestanku uznemiravanja, osoba se vraća u prethodno stanje pomračene svesti. Ako pređe ovo stanje, dolazi do amnezije, gubitka pamćenja za period uspavlivanja.

Koma; predstavlja potpuno pomračenje svesti i nikakva spoljna stimulacija, bilo kakvog intenziteta, ne može da probudi pacijenta. Kontinuitet svesti je potpuno prekinut.

Kvalitativni poremećaji uključuju: zbunjjuće-oneroidno stanje, delirijum, stanje „mračene svesti, somanbulizam, fugu i hipnozu.

Konfuzno-oneiroidno stanje (oneiros gr.-spavanje); Ljudi sa ovim stanjem imaju poteškoća da se orijentišu prema drugima, okruženju oko sebe, vremenu i manje prema sebi. Oni su dezorijentisani, nisu u stanju da shvate šta se dešava oko njih, pa na sve gledaju zbunjeno i iznenađeno. Rasejani su i često ne poznaju ljude i predmete koji ih okružuju, ispoljavaju nesigurnost. Logičko razmišljanje je usko.

Delirijum; To je ozbiljan, kvalitativni poremećaj svesti i predstavlja osnovni sindrom tzv. akutnog cerebralnog sindroma (akutnog psihijatrijskog sindroma). Ljudi sa delirijumom su obično dezorijentisani u sve četiri dimenzije; u vremenu, prostoru, prema sebi i prema drugima, vrlo retko se može orijentisati na sebe. Ljudi u ovom stanju obično imaju poremećaje u percepciji, iluzije i halucinacije. Iluzije su zastrašujuće, najčešće ih ljudi oko njih, članovi porodice ili zdravstveno osoblje doživljavaju kao opasna bića, što izaziva osećanje anksioznosti, straha, a često i izraženu psihomotornu agitaciju, koja se često nastavlja usmerekom agresijom na ove osobe (heteroagresija), radnja koja se može završiti fizičkim nasiljem. Rasuđivanje je potpuno poremećeno dok je za period delirijuma prisutna potpuna amnezija.

Stanje „pomračenja svesti“; Osoba u ovom stanju delimično je sačuvala tzv. „objektivnu svest“ prostornu i vremensku orijentaciju, dok je takozvana „subjektivna svest“, auto i alopečna orijentacija, izrazito sužena. Za razliku od delirijuma, ovde je povezanost psihičkih funkcija sačuvani stoga su obično neprimećeni od drugih. Kao rezultat neadekvatnog testiranja stvarnosti, u situacijama kada procene da su narušili fizički integritet, mogu biti izuzetno agresivni i nasilni, izazivajući izuzetno nasilna, besmislena ubistva, iza kojih se ne može naći motiv. Počinje naglo i naglo se završava.

Somnambulizam; Inače se naziva i hodanje u snu. Predstavlja fenomen tokom kojeg imamo mobilizaciju tela osobe koja još spava. Izvodio je razne radnje, najčešće automatske, češće rudimentarne, ređe radnje koje imaju bilo kakvo značenje. U takvim situacijama najbolje je ne pokušavati da se probudi, pogotovo ako se nađu u potencijalno opasnim situacijama, jer iznenađeni nakon buđenja mogu učiniti nepromišljene radnje, izazivajući nesreće, pri čemu se mogu povrediti..

Fuga (fuga lt.- bekstvo); Predstavlja „bekstvo“ koje nema smisla. Pacijenti u ovom stanju mogu da putuju ili da se sele sa jednog mesta na drugo a da nisu ni svesni, neprimećeni od drugih i u trenutku „buđenja“ ostaju začuđeni kako su stigli do tog mesta. Za period fuge postoji amnezija.

Hipnoza; To je kvalitativni poremećaj svesti gde pomračenje svesti, njen početak i kraj, izaziva druga osoba koja primenjuje različite metode hipnoze. Podseća na površinski san. U hipnozi je očuvana komunikacija sa spoljnim svetom. Primenjuje se kao instrument u lečenju nekih psihičkih poremećaja, najčešće neurotičnih.

Percepcija

Percepcija je proces saznanja šta nam se predstavlja kroz čula. Preko receptora i puteva za osetljivu i čulnu stimulaciju uvek smo poznati po određenim kvalitetima kruga (spoljnog sveta) i nas samih. To je složena psihička funkcija neprekidnog beleženja informaci-

ja iz spoljašnjeg i unutrašnjeg sveta, razumevanja ovih informacija i njihovog tumačenja. Poremećaji percepcije su predstavljeni agnozijama, iluzijama i halucinacijama.

Agnozije su poremećaji percepcije uslovljeni organskim oštećenjem mozga i odnose se na sva čula. Čulni organ (oko, uvo, nos, jezik, koža) nije anatomski oštećen, ali je poremećeno prepoznavanje odgovarajućih senzacija kao rezultat organskih lezija sekundarnih centara, asocijativnih za percepciju u korteksu.

Iluzije su poremećaji u percepciji gde imamo pogrešnu percepciju objekta koji postoji. Oni su pogrešna priznanja objektivnog uznemiravanja. Između ostalog, može se sresti u raznim situacijama u kojima dominira intenzivan strah, npr. kada se noću prolazi pored groblja, šuštanje granja se može primetiti kao šapat iz grobova. Iluzije se mogu predstaviti praktično u svih pet sfera senzacija. Tokom vizuelnih iluzija, pacijent doživljava objekat ili osobu u blizini kao drugo biće, obično zastrašujuće. Ako postoje akustične iluzije, razgovori koji se čuju između ljudi npr. shvata kao optužbe na njegov/njen račun ili klevetu itd.

Halucinacije su percepcije bez prisustva stvarnog predmeta, tokom halucinacija nema stimulacije receptora u čulnim organima. Neki autori misle da su oni izraz destrukcije ličnosti, drugi misle da halucinacije imaju simbolički značaj. Halucinacije se dele prema osećanjima.

Akustične ili slušne halucinacije karakteriše slušanje zvukova koji imaju smisla. Glasovi mogu biti prijatni razgovori, pohvale ili čak obično neprijatni kao; svađe, uvrede, naredbe (imperativ). U imperativnim akustičnim halucinacijama često se dešava da se osobi naredi nasilna dela, bilo autoagresivna (samoubistvo) ili hetero agresivna (ubistvo). Kod akustičnih halucinacija izvor zvuka je uvek u okruženju van pacijenta.

Optičke ili vizuelne halucinacije su poremećene percepcije tokom kojih pacijent može da percipira i kompletne slike i scene koje imaju smisla. Osoba tvrdi da vidi objekte izvan svog vidnog polja (kampus-vizuelno polje). Autoskopske halucinacije; su složene halucinacije, kada subjekt, pogrešan objekat percepcije ima sebe i svoje telo, koje vidi u morbidnijim situacijama, npr. vidi delove svog tela razbacane u prostoru. Negativne halucinacije su suprotne, subjekt poriče da vidi objekat ili osobu pored sebe.

Olfaktorne i ukusne halucinacije su retke. Imaju neprijatan karakter, osećaju neprijatne mirise i ukuse.

Taktičke halucinacije. Takođe se nazivaju i haptičkim. Osoba obično doživljava neprijatne senzacije kroz kožu. Osoba oseća da se insekti ili crvi kreću kroz telo, stalno je zaštićen pokušavajući da ih ukloni iz tela. Osoba oseća npr. prolaskom struje kroz genitalije, javlja se osećaj dlačica i dlačica u ustima, očima, jeziku itd.

Genestetičke halucinacije - Predstavljaju poseban oblik halucinacija koje su povezane sa dubokom i visceralnom osetljivošću. Osoba oseća da se unutrašnji organi menjaju u veličini, obliku i na čudne, bizarne načine, npr. da visceralni organi rastu i deformišu se do neverovatnih razmera. Oseća da mu neko kida unutrašnje organe ili genitalije itd.

Halucinacije kretanja i ravnoteže; Osoba oseća da je nepokretna ili da se kreće u prostoru. Često je praćeno mučninom i povraćanjem.

Razmišljanje

To je složena psihička funkcija koja služi da zadovolji biološke, psihološke i socijalne potrebe čoveka. Ova karakteristika pomaže osobi da upozna događaje u stvarnom svetu. To je integrisana psihička funkcija koja predstavlja način na koji osoba povezuje ideje, formu i tok razmišljanja tokom razgovora. Mišljenje se ostvaruje svesno i kroz njega se shvata

objektivna stvarnost. Iako se mišljenje razvija uporedo sa razvojem govora, mora se znati da čovek može da formira ideje i bez pomoći jezika. Osnovni instrument mišljenja je ideja. Ideje uključuju opšte, uobičajene i ključne karakteristike određenih objekata i događaja.

Poremećaji mišljenja mogu biti i formalni i suštinski. Formalni poremećaji se odnose na tok misli, način na koji se misao predstavlja i kako se ideje i asocijacije odnose.

Posredničko je razmišljanje kojim se cilj postiže posredno, tako da kada osoba želi nešto da kaže napravi veliki uvod ili se okreće oko onoga što je važno i šta je osnovni sadržaj razgovora, te tako teško razlikuje bitno od beznačajnog.

Ubrzano razmišljanje karakteriše brz tok razmišljanja tako da osoba ima veliki broj događaja u kratkoj jedinici vremena i pošto je razmišljanje nedovršeno čini govor nejasnim i nerazumljivim krugu. Prebrzo razmišljanje se zove ponestajanje ideja.

Sporo razmišljanje karakteriše oskudan i spor govor, govor kome nedostaje spontanost i tokom kojeg se osoba vrti oko istih tema sa kojih je teško skrenuti pažnju. Ljudi sa sporim razmišljanjem često smatraju da je njihov um prazan od misli.

U nekoherentnom mišljenju sintaksička struktura rečenice je uništena tako da su rečenice nepotpune i fragmentirane. Čoveka sa nekoherentnim razmišljanjem je teško razumeti.

Upornost se javlja kada osoba nesvesno ponavlja poslednju reč ili rečenicu koju je čula. Ovo može da varira od stalnog ponavljanja reči ili fraze (npr. noć i dan, dan i noć) do nemogućnosti da se fokus razgovora pomeri sa određene teme.

Disocirano mišljenje dovodi do narušavanja asocijacija (gubitak veze misli) i govor pacijenta je besmislen. Na najtežem nivou disociranog razmišljanja dolazi do nagomilavanja nepovezanih reči i reda kojima nedostaje smisao ili logička veza i to se zove salata od reči.

Neologizmi su nove reči ili kondenzacije nekih reči koje drugi ljudi ne razumeju.

Poremećaji razmišljanja zasnovanog na sadržaju uključuju precenjene, opsesivne i obmanjujuće ideje.

Precenjene ideje su ideje u kojima osoba podnosi objašnjenja o raznim pitanjima dominantnoj ideji kao precenjenom pravilu, npr. mikrobiolog objašnjava sve bolesti kao rezultat infekcije raznim mikroorganizmima. Obično takva osoba nije svesna iracionalnosti takvih presuda.

Opsesivne ideje imaju opsesivni (nasilni, prinudni) karakter i osoba nije u stanju da im se suprotstavi, ne može da se odbrani od njih iako je uvek svesna da su besmislene. Osoba nije u stanju da vas izbegne i da vam se odupre ili zaustavi iako je potpuno svesna svoje nerazumnosti. Vrlo često opsesivne ideje prate i drugi nametnuti fenomeni kao što su; prisilne radnje (kompulzivne radnje), obično nerazumno nametnuti strah (fobija).

Zabludne ideje (preuzeto). Zabluda je čvrsto uverenje, zasnovano na narušenim osnovama na koje ne utiču argumenti ili činjenice koje dokazuju suprotno, i koje nije deo tradicionalnih verovanja o kulturnom porijeklu ili obrazovnom nivou osobe. Uverenje koje se ne može ni ispraviti kada osoba stavlja se ispred činjenica. Neke od zabluda su predstavljene u nastavku.

a) Megalomanske deluzije koje se nazivaju i obmanama veličine, bogatstva, porekla, ekspanzije. Misli su obično nekritičko precenjivanje samog sebe. Osoba misli da je kraljevskog porekla, ili da je blizak prijatelj poznatih ili veoma značajnih ličnosti, misli da ima izuzetno bogatstvo, što može uticati na međunarodne odnose ili globalnu klimu itd.

b) Deluzije destrukcije (ekonomske, telesne) pacijent iskazuje gubitak razuma za živ-

ot, jer će sve vrlo brzo biti upropašteno, imovina će biti izgubljena, zdravlje će biti uništeno.

c) Deluzije krivice i samo okrivljavanja gde osoba okrivljuje sebe i okrivljuje sebe za svako zlo koje mu se dešava i oko njega, npr. optužuje sebe da je bolestan zbog svog mladalačkog ponašanja, da zbog njegovog ponašanja pati ceo svet, da se dešavaju zemljotresi, cunami itd. On krivi i krivi sebe za događaje koji imaju veze sa njim ili čak za događaje koji nemaju nikakve veze sa njim.

d) Nihilističke deluzije gde ličnost u svojim idejama izražava negiranje svega postojanja živih bića i predmeta, da ništa nema smisla ne samo sadašnjost već i budućnost i da se u ovom slučaju ništa ne može promeniti.

e) Interpretativne deluzije - u interpretativnim zabludama osoba svaku informaciju u štampanom ili elektronskom obliku povezuje sa sobom, sve to shvata kao tajne poruke koje se šalju njoj ili javnosti o njoj.

f) Deluzije izveštavanja; Osoba sa ovim zabludama svaki događaj koji se dešava oko njega/nje povezuje sa sobom. Svaki događaj ili svaku akciju, pa i minimalnu od ljudi oko sebe, shvata kao skrivenu poruku upućenu njoj. Obično to shvataju kao klevetu ili prezir.

g) Paranoidne deluzije - dominantna misao u paranoidnim zabludama je progon ili progon. Osoba smatra da zavere i zavere protiv njega organizuju određeni pojedinci, grupe ljudi ili organizacije uopšte (policija, CIA, FBI, itd.). Ovi ljudi ili organizacije koriste različite metode da ga pronađu ili pripreme akcije protiv njegovog života.

h) Deluzije ljubomore, predstavljaju poseban oblik paranoidnih zabluda. Čoveka obuzima ideja da mu životni partner, supružnik ili dečko nije veran, da vara nekog drugog.

i) Erotske deluzije, osoba sa ovom vrstom obmane veruje da su poznati ili važni ljudi zaljubljeni u njega.

Inteligencija

Inteligencija znači sposobnost rešavanja problema u novim, do sada nepoznatim situacijama. Pod pojmom inteligencije podrazumeva se urođena sposobnost čoveka da što adekvatnije rešava zadatke ili probleme sa kojima se ranije nije suočavala. Inteligenciju ne treba shvatati kao znanje, koje je zapravo kapacitet informacija akumuliranih tokom života, niti kao mudrost ili mudrost koja nije ništa drugo do sinteza inteligencije, znanja i životnog iskustva.

Inteligencija je sposobnost pronalaženja najadekvatnijih odgovora na nove konkretne zadatke do sada nepoznate. To je opšta sposobnost koja omogućava razumevanje odnosa prema materiji, to je kvalitet misli, sposobnost da se misao iskoristi za nove zahteve. Inteligencija je genetski uslovljena.

Da bi se inteligencija razvila, potrebno je nesmetano razvijati intelektualne kapacitete, razumeti, zaključiti, suditi, razlikovati bitno od beznačajnog. Da bi funkcionisao, neophodno je da funkcionišu i drugi psihički procesi, kao što su svest, pamćenje, percepcija itd.

Inteligencija se može meriti specijalnim psihometrijskim testovima i zatim se izražava kao IQ (intelligentiae quotient – količnik inteligencije), koji predstavlja odnos između mentalne zrelosti i fizičke ili faktičke zrelosti. Mentalna zrelost se utvrđuje tokom testiranja, dok se fizička ili faktička starost prikazuje godinama života ili starosti, odnosno IQ predstavlja odnos između intelektualne i hronološke starosti.

Na osnovu koeficijenta inteligencije ljudi se mogu kategorisati u nekoliko kategorija; IQ 90 -110 prosečna inteligencija. IQ 70 -90 fiziološka tupost (granični slučajevi). IQ 50 - 70 blaga mentalna retardacija. IQ 20 -50 prosečna mentalna retardacija. Ljudi sa IQ ispod 20 imaju duboku mentalnu retardaciju. Osobe sa IQ 110 -120 smatraju se visokom inteligencijom, IQ 120 -140 veoma visokom inteligencijom. Ako je koeficijent inteligencije iznad 140 onda to govori o genijalnosti. Ponekad inteligencija može biti izuzetno visoka u sferi intelektualnog života, a to se zove specifična inteligencija, npr. umetnicima, muzičarima, slikarima, ljudima sa natprosečnim sposobnostima za matematičke operacije itd. dok u drugim sferama mogu biti umereni ili čak sa smanjenim koeficijentom inteligencije.

Poremećaji inteligencije mogu biti reverzibilni i ireverzibilni. Reverzibilni poremećaji se mogu javiti kod mentalnih bolesti i sa stabilizacijom primarne bolesti dolazi do poboljšanja intelektualnih kapaciteta zovu se mentalna retardacija. Poremećaji inteligencije se mogu pojaviti kasnije nakon dostizanja kraja intelektualne zrelosti, tada se nazivaju demencijom.

Pažnja

Pažnja je kognitivni proces koji ima za cilj usmeravanje i održavanje psihičke energije u predmetima, pojavama, pojavama, određenim ličnostima, kao i premeštanje ove energije sa jedne na drugu pojavu, pojavu, predmet itd. Pažnja kao psihička funkcija ima dva veoma važna funkcionalna elementa: upornost i budnost.

Tenacitet (upornost) predstavlja sposobnost fokusiranja psihičke energije i održavanja na njenom trenutnom cilju i sadržaju. Budnost predstavlja sposobnost prebacivanja psihičke energije sa jednog sadržaja na drugi.

Niski tenacitet, hipotenacitet; predstavlja nemogućnost koncentracije i zadržavanja psihičke energije u željenoj meti ili sadržaju. Po pravilu se prati sa povećanom budnošću. Može biti prisutan i kao nepsihopatološki element usled nezainteresovanosti za određene sadržaje, izraženog psiho-fizičkog umora, nesаницe.

Visoki tenacitet, hipertencitet; predstavlja povećan kapacitet koncentracije i zadržavanja psihičke energije u željenoj meti ili sadržaju. Po pravilu se prati sa smanjenom budnošću. Nepsihopatološki hipertencitet se javlja u visokim motivacijama, obično se susrećemo kod osoba sa izuzetnim intelektualnim kapacitetom kao što su; naučnici.

Niska budnost, hipobudnost predstavlja smanjenu sposobnost usmeravanja psihičke energije sa sadržaja na sadržaj. Kao nepsihopatološki element može se predstaviti psiho-fizički umor, pospanost, intoksikacija itd.

Povećana budnost, hiperbudnost karakteriše povećana sposobnost prebacivanja psihičke energije sa mete na metu. Imamo let pažnje na različite sadržaje za vrlo kratko vreme, uz nemogućnost dužeg koncentrisanja psihičke energije u određenim sadržajima.

Požuda

Požude, koje se inače nazivaju instinkti ili motivi, su urođene potrebe organizma. To su individualna ponašanja, zasnovana na nasleđenim automatizmima, posredovana centralnim nervnim sistemom. Zadovoljavanje ovih potreba je od vitalnog značaja za organizaciju. Ove potrebe se zadovoljavaju nezavisno od iskustva i često imaju refleksivnu osnovu. Neuspeh u njihovom ispunjavanju prati nezadovoljstvo i psihička napetost i često sa somatskim simptomima i znacima. Njihovo ispunjenje obično prati osećaj zadovoljstva.

Požude se dele na vitalne (primarne, biološke, vitalne) i društvene (sekundarne).

Vitalne požude se dele na žudnju za životom (požuda za preživljavanjem; žudnje za hranom, žeđ za vodom) i žudnje za održavanjem vrste; seksualna požuda i roditeljska požuda.

Društvene požude su: žudnja za društvenim zadovoljenjem, prestižom, nagradom, prihvatanjem itd.

Vitalni poremećaji požude mogu biti; kvantitativni i kvalitativni.

Poremećaji požude za hranom

Kvantitativni poremećaji; kvantitativni poremećaj žudnje za hranom može biti smanjen ili povećan.

Povećana žudnja za hranom naziva se bulimija i predstavlja patološku proždrljivost. Nastaje kada je osoba vođena potrebom da u kratkom vremenskom periodu konzumira velike, nekontrolisane i često neizabrane količine hrane, koju često povraća.

Smanjen apetit za hranom, anoreksija, predstavlja nenamerno smanjenje apetita. Poseban oblik smanjene želje za hranom naziva se anoreksija nervoza. Češće je kod adolescenata i mladih žena. Anoreksija nervoza je takođe praćena mučninom, povraćanjem, amenorejom i drugim somatskim i mentalnim simptomima i znacima.

Kvalitativni poremećaji; karakteriše promena preferencija u hrani. Obična hrana je zamenjena čudnom i bizarnom hranom. Štuka (picae) predstavlja kvalitativni poremećaj apetita za ishranom koji se obično javlja u trudnoći. Ostvaruje se preferiranjem namirnica koje se inače ne konzumiraju pre trudnoće, a koje se sada uzimaju u velikim količinama, npr. velike količine fermentisanih krastavaca, čili papričica itd.

Ozbiljni kvalitativni poremećaji u ishrani predstavljaju konzumaciju supstanci koje čovek inače ne konzumira. npr. koprofagija (konzumacija fecesa), antropofagija (konzumacija mesa kod ljudi) itd. Poseban oblik nepsihopatološke antropofagije je kanibalizam. Nekrofagija je konzumacija mesa leševa.

Kvantitativni poremećaji žudnje za životom; smanjenje žudnje za životom, može se razumeti i sa nepsihopatološkog aspekta sa indirektnim autodestruktivnim ponašanjem, npr. radnje koje ugrožavaju zdravlje ili život, npr. ekstremni sportovi, izuzetno opasna vožnja, upotreba supstanci potencijalno opasnih po zdravlje i život (duvan, alkohol) itd. Sa psihopatološkog aspekta, smanjenje žudnje za životom manifestuje se samoubilačkim ponašanjima i tendencijama (suicidum-suicide) .. Npr.; bacanje sa visokih objekata, korišćenje vatrenog oružja, konzumiranje izuzetno opasnih materija. Ovi ozbiljni samoubilački činovi moraju se razlikovati od pozorišnih činova, naizgled samoubilačkih, usmerenih na razne koristi ili samo privlačnih da privuku pažnju okruženja. Radnje koje imaju za cilj izvršenje samoubistva koje se ne završavaju samoubistvom nazivaju se parasuicidom.

Kvalitativni poremećaji žudnje za životom, značajni sa psihopatološke tačke gledišta, ne postoje.

Poremećaji seksualne želje. Kvantitativni poremećaji seksualne želje; manifestuje se u vidu povećane seksualne želje, kod muškaraca poznatih kao satirijaza, kod žena poznata kao nimfomanija. Smanjena seksualna želja kod muškaraca se manifestuje smanjenom seksualnom željom (libido), koja se može manifestovati impotencijom (erektilna disfunkcija). Kod žena se smanjena seksualna želja može manifestovati frigidnošću ili seksualnom hladnoćom, što u suštini predstavlja smanjenje seksualne želje. Uzroci smanjene seksualne želje mogu biti organski ili psihogeni.

Kvalitativni poremećaji seksualne želje; pojavljuju se u obliku seksualnih perverzija koje se nazivaju i parafilijama. Seksualne perverzije predstavljaju poremećaje seksualne želje, gde se ostvarivanje seksualne želje ili njeno ispunjenje vrši na način delovanja, ili vanredne situacije, vrlo često bizarne (čudne) ili morbidne.

Seksualne perverzije su: narcizam, ljubav pre svom telu, prema sebi. *Pedofilija*, ostvarivanje seksualne želje prema maloletnicima. *Gerontofilija*, ostvarenje seksualne želje prema starijim osobama. *Zoofilija* ili sodomija, ostvarivanje seksualne požude kod životinja. *Fetišizam*, ostvarenje seksualne požude komadima odeće obožavane osobe. *Egzibicionizam*, ostvarenje seksualne požude prikazivanjem intimnih delova tela, suprotnog pola. *Sadizam*, ostvarenje seksualne požude koja uzrokuje bol partneru tokom seksualnog odnosa. *Mazohizam*, ostvarenje seksualne požude koja nanosi sebi bol tokom seksualnog odnosa. *Transvestizam*, ostvarenje seksualne požude nošenjem cipela suprotnog pola. *Transseksualizam*, potreba da se ostvari seksualna želja promenom trenutnog pola. *Nekrofilija*, ostvarenje seksualne želje sa mrtvim osobama.

Memorija (pamćenje)

Memorija (pamćenje) je psihička funkcija koja nam omogućava da beležimo informacije, čuvamo ih i vraćamo, reprodukujemo u željenom trenutku. U nedostatku pamćenja ili u slučaju njegovih poremećaja nismo u mogućnosti da reprodukujemo i prepoznamo ono što smo prethodno percipirali, što dovodi do ozbiljne disfunkcije ličnosti.

Pamćenje je proces koji ima tri faze a to su: snimanje informacija, njihovo skladištenje i reprodukcija informacija u datom trenutku. Memorija nam omogućava da se orijentiramo u svim dimenzijama. Njen kontinuitet nam omogućava pravilno funkcionisanje ličnosti. Na pamćenje utiču mnogi drugi psihički procesi, posebno oni kognitivni kao što su svest, pažnja, razmišljanje, zatim osećanja itd.

Poremećaji pamćenja mogu biti i kvantitativni i kvalitativni.

Kvantitativni poremećaji:

Prolazna, tranzitna zaboravnost, se može javiti tokom umora, bolesti, sna, nedostatka koncentracije i sl., sa prolaskom provokativnog faktora pamćenje se stabilizuje.

Amnezija je gubitak pamćenja o određenim događajima ili dešavanjima, za određeni vremenski period. Anterogradna amnezija je gubitak pamćenja događaja koji se javljaju nakon traumatskog događaja ili početka bolesti. Retrogradna amnezija je gubitak pamćenja za period pre kritičnog događaja; mehanička trauma, strujni udar, akutno trovanje itd. Kongenitalna amnezija je nedostatak pamćenja za period kada je osoba pomračena svest, kada je osoba bez svesti. Lakunarna amnezija se obično javlja kod osoba sa poremećajima cirkulacije u mozgu. Osoba ima praznine u pamćenju, događaj se pamti na fragmentisan način.

Hipermnezija je povećan kapacitet pamćenja, u suštini nije psihopatološki element. Osoba se priseća događaja sa velikom preciznošću do najsitnijih detalja. Povećani kapacitet memorije se obično prikazuje za sadržaj koji ima afektivno obojenje.

Hipomnezija predstavlja smanjenje kapaciteta za pamćenje, na životne situacije i događaje u određenim periodima života. Ponekad je selektivan kada se govori o konkretnim situacijama ili događajima kojih se ne može prisetiti. Selektivna hipomnezija se takođe naziva uslovnom hipomnezijom i obično je psihogene prirode.

Kvalitativni poremećaji:

Kvalitativni poremećaji pamćenja, koji se nazivaju i **dismnezija** (izobličenja pamćenja), javljaju se u obliku alomnezije, pseudomnezije, konvulzija i pseudologije fantastike.

Alomnezija predstavlja iluzije sećanja. Oni su nesvesni falsifikati sećanja. Ljudi imaju iskrivljena sećanja na događaje i sadržaje koji su se zaista desili.

Pseudomnezija je halucinacija sećanja, u kom slučaju se pacijent podseća na događaje koji se nisu dogodili, događaje i pojave koje nisu opažali ili iskusili.

Konvulzije predstavljaju izmišljena sećanja, obično pojedinac pokriva periode kada postoji amnezija. Najčešće se pojavljuju u lak amneziji, popunjavajući praznine zaboravljenih događaja. Čovek veruje da su sećanja stvarna. .

Pseudologia phantastica predstavlja patološku obmanu. Pod ovim podrazumevamo patološku potrebu za lažima. Pacijent laže često i toliko da ni osoba ni njen krug ne znaju šta je istina, a šta laž.

Emocije

Emocije su psihičke funkcije koje se opisuju kao složena psiho fiziološka iskustva tokom interakcije sa samim sobom i okolinom. Emocije su subjektivni doživljaj objektivne stvarnosti. Iz tog razloga emocije uvek imaju individualni karakter, jer odražavaju individualne stavove, sklonosti i lične otpore. Emocije uvek govore za temu. Emocije direktno utiču na sve psihičke funkcije ometajući volju, požudni život, pažnju, misao, svest, pamćenje. Emocije mogu biti prijatne i neprijatne prirode.

Emocije mogu biti reaktivne (kažnjavati nekoga, osvetiti se). Oni takođe mogu biti povezani (nagrada, prihvatanje).

Emocije mogu biti jednostavne i složene. Mogu se čak isprazniti, eksplodirati i to se naziva abnormalnim reagovanjem. Nemogućnost izražavanja emocija naziva se aleksitacija i ona je osnova za psihosomatske bolesti.

Kada govorimo o emocijama moramo razumeti pojam osnovnog raspoloženja, koje predstavlja stabilno i dugoročno stanje emocija. Osnovna dispozicija predstavlja temelj duhovnog života čoveka, definiše i tipologiju postojećih temperamenata (sangvinički; ljuti, impulsivni društveni, emotivni, kolerik; energičan, strastven, agresivan. Melanholik; introvertiran, povučen, ćutljiv, obziran, flegmatik, miran, opušten, racionalan, pažljiv). Temperament predstavlja deo strukture ličnosti koji je rezultat osobina stečenih nasleđivanjem. Karakter ličnosti predstavlja deo ličnosti koji nastaje kao rezultat interakcije sa okolinom (roditelji, uža porodica, šira porodica, okrug i društvo u celini).

Drugi osnovni pojam emocije je afekt. Afekti su intenzivne emocije i kratkotrajne.

Afekt ima nekoliko svojstava:

Afekti su praćeni pratećim neurovegetativnim efektima kao što su; tahikardija, tahipneja, grčevi mišića, proširene zenice, znojenje, fenomenologija poznata kao "bori se ili beži".

Afekt utiče i na svest sužavajući je. Afekt takođe utiče na proces razmišljanja ometajući racionalno razmišljanje.

Afekt ima svojstvo širenja, to se naziva zračeci potencijal, što znači njegovo izmeštanje od osobe koja izaziva traumatsku situaciju u celom njegovom krugu, npr. ljutnja na druga iz razreda nas je naljutila na ceo razred.

Afekt ima svojstvo prelaska sa ličnosti i sadržaja na ličnosti i druge sadržaje, npr. veliki gnev prema nadređenom prelazi na članove porodice.

Afekt se može potisnuti ili potisnuti, a ako takva situacija duže potraje, potencijalno će kasnije izazvati brojne fiziološke i psihičke probleme.

Emocionalni poremećaji mogu biti i kvantitativni i kvalitativni.

Kvantitativni poremećaji

Depresivno raspoloženje je smanjenje osnovnog raspoloženja. Osobu sa depresivnim raspoloženjem karakteriše preterana tuga, povučena je, neraspoložena, nesrećna, uznemirena, uplašena, može biti prisutna osećanja beznada, bespomoćnosti i sl. Dinamika požude i života (apetit, san, seksualna želja) je smanjena. Pažnju karakteriše povećana napetost i smanjena budnost. Tok razmišljanja je usporen, u sadržaju mišljenja dominiraju mračne misli, osoba vrlo često razmišlja o samoubistvu. Govor je spor (bradilalija), monoton bez zvučnih modulacija.

Manično raspoloženje - osoba sa maničnim raspoloženjem ima veliki porast osnovnog raspoloženja. Ljudi sa maničnim raspoloženjem imaju povećanu mentalnu energiju, izuzetno su otvoreni. Pohotna životna dinamika poput seksualne želje je povećana, imaju nesanicu, praktično ne spavaju. Pažnja je hiperbudna, stalno u fizičkoj i psihičkoj hiperaktivnosti, napetost je smanjena. Tok mišljenja je brz i vrlo često u sadržaju razmišljanja postoje zablude veličine. Bolesnici mnogo pričaju, govore izuzetno brzo, to se zove rov. Manijaci često imaju sklonost ka „nenapisanim“ šalama. Takve osobe su često u ekstazi (stanje ekstremne radosti). Ako intenzitet ovih simptoma i znakova nije izražen onda govorimo o hipomaniji.

Euforija je stanje preterane radosti.

Apatija je stanje smanjenog raspoloženja. Osoba je ravnodušna, povučena, oseća se prazno, nema volje i motivacije. Nedostaje psihičke energije, energije. Oseća se veliki psihički i fizički zamor, iscrpljuje se ne kreće se satima sa mesta na mesto. Sve izgleda veoma teško, svaki napor izgleda nedostižan. Oseća se prazno, nema želju, ne pokazuje potrebu.

Emocionalna labilnost je kvantitativni poremećaj afektivnog života koji karakterišu značajne fluktuacije osnovnog raspoloženja. Izražena je osetljivost na spoljašnje uznemiravanje. Osoba se lako dodiruje, lako plače i raduje se. Izraženi oblik emocionalne labilnosti gde praktično bez spoljašnjih razloga osoba eksplodira od ulja ili smeha, naziva se afektivna ili emocionalna inkontinencija.

Patološka razdražljivost - razdražljivost je oblik kvantitativnog poremećaja emocija, tokom kojeg dolazi do emocionalnih izliva, brzih reakcija, eksplozivnih i često nasilnih, za vrlo često mala i nerazumna uznemiravanja.

Kvalitativni poremećaji

Ravan ili tupi afekt (afektivni šok) osoba sa ovim poremećajem kvaliteta ima poteškoća da svoja osećanja prilagodi kontekstualnoj situaciji okruženja, npr. ako je tužan, njegova osećanja se jedva menjaju u radost iako treba uživati u ekološkoj situaciji i obrnuto. Osoba nije u stanju da prenese svoja osećanja drugima, niti su pogođena emocionalna stanja drugih. Praktično imamo prekid veze, afektivnog odnosa između osobe i drugih.

Paratimacija je kvalitativni poremećaj afektivnog života u kom slučaju imamo inverziju afektivnog iskustva kao na primer srećne vesti izazivaju osećanja tuge, tužne vesti izazivaju osećanja radosti.

Paramija je kvalitativni poremećaj afektivnog života jer imamo nesklad između afektivnog, emotivnog života i ekspresije, spoljašnjeg izraza ovog raspoloženja, koji se predstavlja u

vidu neverbalne komunikacije (mimika, gestovi, modulacija glasa). Na primer; ispoljava veliku tugu smehom, modulacijom zvuka i veselim gestom, ili ispoljava veliku radost plačem. Postoji nesklad između doživljaja unutrašnjeg sveta i njegovog spoljašnjeg izraza.

Volja

Volja je svestan i racionalan psihički proces biranja između određenih ciljeva, zadataka ili želja omogućavanjem aktivne koncentracije psihičke energije, njenog intenziteta, prema određenom sadržaju (osobi, predmetu ili pojavi) i njenom transformacijom u motornu akciju. Volja je svesni i racionalni psihički proces izbora između određenih ciljeva ili želja. Tokom selekcije, prioritet se postavlja između ciljeva, postavlja se jedan a izbegava se drugi. Volja deluje selekcijom do odabiranja posebne. Za izvršenje voljnog delovanja neophodni su impulsi (stimulus), inicijativa, svrha i spremnost za delovanje. Pri izboru cilja suštinski uticaj imaju impulsi, podsticaji koji mogu biti unutrašnji ili spoljašnji. Snaga volje je proces koji je praćen osećajem naprezanja, često čak i nelagodnosti.

Razlika između želje i volje leži u činjenici da želja nema komponentu odluke sve dok volja ima komponentu odluke. Volja ima svoje sastojke; interes, odluka, planiranje i izvršenje odluke ili izvršenja.

Hipobulija - je slabost želje i voljnih impulsa. Karakteriše ga slabost u svim elementima volje, slabost; interes, odluka, planiranje čak i sa slabostima njegovog izvršenja. Ovi ljudi obično imaju osećaj inferiornosti, anksioznost, teškoće u kritičkom prosuđivanju, poremećaj sistema vrednosti.

Abulija je najizraženiji stepen slabosti volje, praktično nam nedostaju svi elementi volje, gubitak želja. Psiho motorna osoba praktično ne postoji, provodi vreme ležeći u krevetu ili sedeći na mestu satima. Nema ni inicijativa ni zahteva.

Ambivalentnost je poremećaj volje u kom slučaju se najavljuje podela želje. Postoje različiti motivi obično suprotni u isto vreme (da-ne, hoću-neću). Ambivalentnost je kontradikcija koja ostaje na mentalnom nivou. Poseban oblik istovremenih kontradiktornosti je okruženje u kojem imamo istovremeno predstavljanje ne samo misli već i suprotnih radnji, čovek napravi jedan ili dva koraka napred pa se okrene dva koraka unazad, i tako bez prekida, ponavljajući suprotnu radnju.

Automatska potčinjenost (automatsko slušanje) - predstavlja potpunu poslušnost u izvođenju radnji, naređenih/datih od strane drugih, ma koliko one bile besmislene.

Automatske radnje su pojava tokom koje osoba nema osećaj, motiv, ideje i impuls da izvrši radnju. Izvršavanje radnji je automatsko.

Ekolalija - odjek reči, može se smatrati fenomenom automatskog podnošenja. Osoba između sebe ponavlja reči koje je čula. Prečesto se ponavljanje reči nastavlja sve dok se ne čuje nova reč.

Ehopraksija, eho radnji, takođe je oblik automatskog podnošenja. Osoba ponavlja radnje koje je videla oko sebe, ne može se osloboditi ovih radnji, stalno ih ponavlja. Radnja se ponavlja sve dok se ne posmatra sledeća radnja u krugu.

Ekomika je oblik psihomotornog poremećaja koji karakteriše ponavljanje i imitacija mimike sagovornika.

Negativizam je poremećaj volje za razliku od automatskog potčinjavanja. U ovom slučaju osoba se protivi naređenjima drugih. Negativnost može biti pasivna ili aktivna. Pasivna negativnost je kada osoba ne preduzima ništa bez obzira na nalog, ne radi ništa što mu se kaže, npr. rečeno mu je da ustane on sedi. Aktivna negativnost je situacija u kojoj osoba ne

samo da ne izvrši naređenu radnju već radi suprotno od onoga što mu se kaže.

Psiho motorni poremećaji u okviru psihopatologije volje mogu se manifestovati u vidu pojačane psiho motorike ili smanjene psiho motorike.

Pojačana psiho motorika (psiho motorna agitacija) može se javiti u stanjima sa patološkim emocionalnim stresom gde imamo kvalitativno i kvantitativno povećanje svih motoričkih radnji gestikulacije, govora, potpuni nedostatak napetosti. Poseban oblik pojačane psiho motorike je i motorički stereotip koji predstavlja stalno ponavljanje istih pokreta ili radnji, besmislenih i bizarnih.

Sedentarni psihomotorni poremećaji manifestuju se smanjenom motoričkom aktivnošću mogu se manifestovati kao hipokinezija sa smanjenom motoričkom pokretljivošću ili sa akinezijom, sa potpunom motoričkom imobilizacijom, kada je osoba sposobna da stoji satima bez kretanja. Ekstremna motorička nespretnost ili usporavanje naziva se stupor. Stupor se može pojaviti u velikoj depresiji i tada se naziva depresivni stupor. Hipokinezija ili akinezija se takođe može javiti kod histrionskih/konverzivnih poremećaja i tada se naziva psihogeni stupor. Stupor se može javiti i kod organskog oštećenja mozga i tada se naziva organski stupor, kao specifični oblici hipokinezije kod oštećenja prednjeg režnja mozga, demencije, senilne psihoze, hidrocefalusa.

Stupor cataton kao poseban oblik stupora predstavlja kataton stupora. Osoba je potpuno zapanjena, praktično nepokretna. Obično zauzimaju čudne, bizarne pozicije. Ne govore, pokazuju mutizam ili vrlo retko govore reč ili dve. Odaju utisak da su isključeni iz okruženja. Čini se da ga ništa ne zanima, stiče se utisak da je prekinut kontinuitet svesti, ali je suprotno od onoga što se dešava. Osoba je izuzetno svesna svega što se dešava oko njega, opaža skoro sve, izuzetno je budna šta se dešava sa njim i oko njega. Ponekad nakratko izađu iz ovog stanja i izvedu neku radnju, vrlo često bizarnu i besmislenu, vraćajući se u prethodno stanje. Ponekad iz stanja stupora kataton prelazi u stanje poremećaja katatona ili čak obrnuto.

Impulzivne radnje predstavljaju neočekivane, nesvesne, nemotivisane, neplanirane, neplanske, impulsivno izvršene radnje. Osoba doživljava akciju kao nešto što treba uraditi i o čemu nema šta da razmišlja. Impulzivne radnje se izvode brzo i žestoko. Oni mogu biti izvor hetero i auto agresije. U takvim situacijama mogu se izvršiti brutalno ubistvo i samoubistvo. Obično nakon izvođenja impulsivne radnje osoba doživljava osećaj zadovoljstva.

Poseban oblik impulsivnog delovanja su impulsivne potrebe. To su potrebe koje se javljaju povremeno, neočekivano i koje nadmašuju sve druge potrebe i motive. U impulsivne potrebe mogu se ubrojati: Dipsomanija - nekontrolisana potreba za privremenim konzumiranjem velikih količina alkohola, Kleptomanija - nekontrolisana potreba za iracionalnom i nemotivisanom krađom, Piromanija - nekontrolisana i impulsivna potreba za paljenjem.

Prisilne radnje su radnje koje vrši lice koje ih doživljava kao strane i nerazumljive, ali koje se moraju izvršiti i ponoviti prinudno. Izvršavanju prinudnih radnji ne prethodi želja naprotiv. Dok je izvođenje impulzivnih radnji praćeno opuštenošću, a ponekad i osećanjem zadovoljstva, realizaciju prinudnih radnji prati osećaj nezadovoljstva.

Maniri označavaju čudan, bizaran, neprirodan i nepotreban način verbalne i neverbalne komunikacije... Maniri, posebni načini ponašanja, neverbalna komunikacija, mogu se sresti i u svakodnevnom životu ekscentričnih osoba, npr. način na koji drži čašu ili cigaretu.

Sugestibilnost; pokazuje potrebu za nekritičkim prihvatanjem bilo kakvih sugestija, mišljenja ili ideja drugih ljudi, može se pojaviti i u svakodnevnom životu, obično kod ljudi na nižim granicama koeficijenta inteligencije.

Mentalni poremećaji

Mentalni poremećaji se definišu kao zdravstvena stanja koja utiču i menjaju kognitivne funkcije, emocionalne odgovore i ponašanje povezano sa anksioznošću i/ili oštećenim funkcionisanjem. Klasifikacija mentalnih poremećaja predstavlja ključni aspekt psihijatrije i drugih profesija mentalnog zdravlja i važno je pitanje za ljude kojima se može dijagnostikovati. Trenutno postoje dva široko definisana sistema za klasifikaciju mentalnih poremećaja: Međunarodna klasifikacija bolesti (ICD) koju je pripremila SZO i DSM koju je pripremila Američko udruženje psihijatara (APA).

Problemi sa mentalnim zdravljem čine 16% bolesti i povreda kod ljudi starosti 10-19 godina širom sveta. Polovina svih poremećaja mentalnog zdravlja počinje sa 14 godina, ali većina slučajeva se ne dijagnostikuje i ne leči. Depresija je jedan od vodećih uzroka bolesti i invaliditeta kod adolescenata. Samoubistvo je četvrti vodeći uzrok smrti kod 15-19 godina. Izloženost traumi u detinjstvu može izazvati poremećaje mentalnog zdravlja i loša akademska postignuća.

Ignorisanje problema mentalnog zdravlja kod adolescenata može uticati na razvoj poremećaja u odraslom dobu. 50% dece predškolskog uzrasta pokazuje prirodno smanjenje problema u ponašanju. Ostali imaju dugoročne posledice. Ovo šteti fizičkom i mentalnom zdravlju i ograničava mogućnosti da se živi ispunjen život. Zloupotreba supstanci može biti posledica depresije tokom adolescencije i odraslog doba. Prosečna starost početka je između 11 i 14 godina za depresivne poremećaje. Samo oko 25% dece sa problemima u ponašanju se obraća medicinskim uslugama. Većina dece se ne leči. Neki od najčešćih mentalnih poremećaja su navedeni u nastavku.

Šizofrenija

Šizofrenija je psihotični poremećaj koji karakteriše pogrešna spoznaja unutrašnje i spoljašnje stvarnosti, ova pogrešna spoznaja stvarnosti koja je i psihotička suština bolesti manifestuje se poremećajima percepcije, misli, emocija, govora i fizičke aktivnosti. Simptomi moraju biti prisutni najmanje šest meseci da bi se dijagnostikovala šizofrenija.

Poremećaji mišljenja - Kod šizofrenije su česti poremećaji mišljenja po formi (gubitak asocijacija, tangencijalnosti, okolnosti, neologizam, blokada u mišljenju) i sadržaju (deluzivne ideje).

Poremećaji percepcije - Auditorne halucinacije su najčešći tip halucinacije. Vizuelne i olfaktorne halucinacije se ređe javljaju kod šizofrenije.

Emocionalni poremećaji - karakterišu se otupelim ili spljoštenim emocionalnim afektom koji je takođe klasičan simptom šizofrenije. Ove osobe mogu ostati toliko bezizražajne da izgleda kao da su stavile masku. Druga karakteristika je afekat koji se ne uklapa u sadržaj misli (nekongruentni afekt), npr. smeje se dok se govori o smrti prijatelja ili oca.

Poremećaji volje - volja i sposobnost osobe da sprovede planove mogu biti paralizovani negativnošću ili iracionalnim strahom od njegovih/njenih destruktivnih moći.

Poremećaji govora – Među uobičajenim poremećajima govora koji se susreću kod šizofrenije treba pomenuti: gubitak misaone veze, nekoherentnost, konkretizaciju, „privatan“ jezik koji samo pacijent razume, osiromašen govor (neaktivnost ili nedostatak govora), formiranje novih reči (neologizmi) i ponavljanje tuđeg govora (ekolalija).

Poremećaji motoričke aktivnosti - Aktivnost može biti značajno smanjena (kao što je psihomotorno usporavanje ili katatonična) ili čak povećana (psihomotorna agitacija). Ljudi

sa šizofrenijom mogu da se ponašaju poput robota, ponavljaju bizarne manire ili ehokardiografiju.

Šizofrenija se javlja svuda, pa podjednako pogađa i muškarce i žene. Može se pojaviti u bilo kom uzrastu, ali je učestalost pojave izraženija u uzrastu od 15-35 godina. 50% slučajeva šizofrenije se dijagnostikuje pre 25. godine i retko se šizofrenija javlja pre 10. godine i posle 40. godine.

Poremećaji raspoloženja

Obuhvata veliku grupu psihijatrijskih poremećaja kod kojih u kliničkoj slici dominiraju patološko raspoloženje i vegetativni simptomi koji ga prate, kao i psihomotorni poremećaji.

Uzbuđeno raspoloženje (povišeno, hipomanično, manično) ili depresivno raspoloženje (depresivno) dominira kliničkom slikom, ali i fizički simptomi, samodestruktivno ponašanje, gubitak društvenog funkcionisanja i narušeno prepoznavanje stvarnosti koji često prate depresiju i maniju predstavljaju teškoće. a ponekad i životne -preteći problemi za pacijenta i porodicu.

Dijagnoza se skoro u potpunosti zasniva na pacijentovoj istoriji, simptomima i ponašanju. Međutim, pošto se depresija i hipomanija-manija mogu manifestovati na mnogo načina, dijagnoza nije uvek laka. Najklasičnija i najmanje kontroverzna klasifikacija poremećaja raspoloženja je podela na: unipolarne i bipolarne.

Unipolarni poremećaj karakterišu epizode depresije bez epizoda povišenog raspoloženja (euforija ili uzbuđenje).

Bipolarni poremećaj koji se ranije nazivao manično-depresivna psihoza karakteriše se različitim periodima tokom toka bolesti, kao što su depresija i euforija (ili uzbuđenje).

Depresija – Depresija je mentalna bolest u kojoj osoba doživljava duboku tugu, smanjeno interesovanje za skoro sve aktivnosti. Ljudi često koriste termin depresija da opisuju privremeni očaj ili tugu koju svako oseća s vremena na vreme. Ali uprkos normalnoj tuži, teška depresija može narušiti sposobnost osobe da funkcioniše u društvenim i radnim situacijama.

SZO je depresiju svrstala na četvrto mesto na listi urgentnih problema širom sveta, češća je kod žena nego muškaraca. Može se javiti u bilo kom životnom dobu, ali u oko 50% slučajeva počinje u dobi od 20 do 50 godina. U oko 10% slučajeva javlja se prvi put posle 60. godine.

Simptomi i znaci su brojni i ne znači da se svi pojavljuju kod iste osobe u isto vreme. Oni su predstavljeni i detaljnije objašnjeni u nastavku.

Depresivno raspoloženje sa osećanjem dosade i tuge, anhedonija (nemogućnost doživljavanja zadovoljstva u aktivnostima koje su ranije pružale zadovoljstvo), osećanje beznađa i nesposobnosti, osećaj da ne mogu da se nose sa najsitnijim zadacima, zadacima žalbe na nedostatak motivacije za život, razdražljivost ili ljutnja, briga - čak i za najmanje stvari, nisko samopoštovanje i krivica, i preuveličavanje bezvrednih neuspeha su obeležja depresije.

Vegetativne simptome depresije karakteriše smanjen libido, gubitak težine i apetita, ili povećanje telesne težine i hiperfagija, smanjena energija, umor, nepravilan menstrualni ciklus, poteškoće sa spavanjem, bilo da se radi o nesaniciji ili povećanom spavanju.

Tokom dana simptomatologija pokazuje varijacije tako da su simptomi izraženiji ujutru, sedenje i često trljanje ruku. Govor karakteriše smanjena jačina glasa, nedostatak spontanosti i loš rečnik. Često se mogu javiti somatski (telesni) simptomi kao što su glavobolja, bol u leđima, grudima, bol u leđima, gastrointestinalna opstrukcija, opstrukcija genitourinarnog sistema, što otežava dijagnozu depresije.

Razmišljanje teče sporo, a sadržaj misli je vezan za raspoloženje i uključuje gubitak, krivicu, siromaštvo, nihilizam, zasluženi progon, preokupaciju somatskim tegobama, samoubistvo i smrt. Oko 60% pacijenata ima samoubilačke ideje, a oko 15% izvrši samoubistvo. Poteškoće u koncentraciji i pamćenju često narušavaju rasuđivanje i kritiku. Ako se pojave halucinacije i zablude onda su u skladu sa dispozicijom.

Manija - simptome manije karakteriše povišeno raspoloženje-maničnost, hiperaktivnost (psihomotorni poremećaj i uključenost u seksualne, rekreativne, profesionalne i druge aktivnosti), pritisak da se govori prelazeći sa jedne teme na drugu i stvaranje poteškoća u praćenju razgovora sa drugih, odvratanje pažnje, preterano samopoštovanje, smanjena potreba za snom kao i zablude i halucinacije u skladu sa povišenim raspoloženjem.

Rizik od razvoja bipolarnog poremećaja je približno 1%, prva manična epizoda se obično javlja pre 30. godine i podjednako je česta kod oba pola za razliku od unipolarne depresije koja je češća kod žena.

Anksiozni poremećaji

Strah je normalna reakcija na spoljašnji izvor opasnosti, poznat našoj svesti. Prilagođen je izvoru rizika, u smislu intenziteta i trajanja, a distribuira se kada se uzročnik ukloni ili izbegne. Strah uključuje subjektivna osećanja anksioznosti kao i objektivne fiziološke promene (česti otkucaji srca, ubrzano disanje, drhtanje) promene koje pripremaju telo za aktivnosti koje mogu biti neophodne kao odgovor na pretnju.

Anksioznost je uznemirenost, napetost koja za razliku od straha potiče iz izvora koji nisu očigledni osobi koja ih doživljava ili koji izgledaju beznačajni u poređenju sa njegovom/njenom intenzivnom emocionalnom reakcijom.

Kao i anksioznost, anksioznost je povezana sa povećanom aktivnošću simpatičkog nervnog sistema koja se manifestuje fizičkim znacima kao što su znojenje, ubrzan rad srca, tremor, ubrzano disanje i gastrointestinalne smetnje.

Anksioznost je uobičajena u većini slučajeva koju karakteriše preterana reakcija na lagane stresne događaje (npr. preterana zabrinutost zbog relativno beznačajnog pregleda).

Anksioznost se smatra patološkom kada ometa svakodnevnu aktivnost, postizanje željenih ciljeva ili razumnu emocionalnu udobnost.

Generalizovani anksiozni poremećaj - karakteriše ga ekstremna anksioznost i uznemirenost koju je teško kontrolisati.

Panični poremećaj sa ili bez agorafobije - Agorafobija se definiše kao anksioznost zbog boravka na mestima ili situacijama gde pomoć možda neće biti dostupna u slučaju napada panike ili simptoma panike.

Socijalna fobija - znači strah od postradanja ili ponižavanja u situacijama kada pojedinac mora da sarađuje sa ljudima (strah od javnog nastupa)

Specifična fobija-strah od određenih predmeta ili situacija

Opsesivno-kompulzivni poremećaj - karakteriše ga opsesivno-kompulzivni poremećaj (OCD) i opsesivno-kompulzivni poremećaj koji su ponavljajuće radnje koje smanjuju anksioznost i izvode se da neutrališu opsesivno-kompulzivni poremećaj, obično u skladu sa strogim pravilima ili stereotipno.

Akutni stresni poremećaj - javlja se neposredno nakon ili tokom traume i traje 2-4 nedelje.

Post-traumatski stresni poremećaj se javlja kod ljudi koji su preživeli traumatski događaj.

Somatoformni poremećaji

To su psihijatrijski poremećaji koji imaju oblik somatskih (telesnih) bolesti i zbog kojih osobe sa ovim poremećajem posećuju mnoge lekare i rade mnoge preglede čiji su rezultati u granicama normale. Simptomi i zabrinutost su stvarni, karakteristika je da ne doživljavaju simptome kao da ih kontrolišu. Simptomi su povezani sa psihološkim faktorima. Najčešći poremećaji somatopene su navedeni u nastavku.

Poremećaj somatizacije - Višestruke somatske tegobe, koje se ponavljaju u periodu od nekoliko godina, a koje nisu uzrokovane bilo kakvim fizičkim poremećajem.

Neposredna dramatična konverzija - gubitak fizičke funkcije, koji nema poznati fiziopatološki uzrok.

Hipohondar - neosnovan strah da bi mogao da oboli od neke ozbiljne bolesti

Poremećaj bola - karakteriše ga uporni bol.

Poremećaji ličnosti

Većina ljudi ima osnovni stil ličnosti koji dolazi do izražaja u svim vrstama aktivnosti, od svega u čemu uživamo u svojim hobijima do izbora koje donosimo u životu.

Naravno, tip ličnosti ne podrazumeva nikakvu patologiju. Zaista, osobine koje prate određene tipove ličnosti često čine pojedince veoma korisnim, prilagodljivim jer im omogućavaju da tolerišu anksioznost, rešavaju probleme, budu kreativni i nose se sa nizom životnih stresova.

Kada su osobine ličnosti toliko neodgovarajuće, a vama nedostaje elastičnost, da štete profesionalnom i društvenom životu osobe, ili mu izazivaju subjektivnu zabrinutost, onda predstavljaju problem koji se unosi u okvir poremećaja ličnosti.

Poremećaji ličnosti su nestabilni (uporni) i neprilagođeni odgovori na stres, globalni su, utiču na sve sfere tako da je neprilagođen u profesionalnom i društvenom delu funkcionisanja (neurotici su ograničeni na specifične aspekte života). Ljudi sa ovim osobinama imaju izvanredne sposobnosti da iritiraju druge, pa ih često napuštaju, iritirajući čak i profesionalce.

Poremećaji ličnosti su povezani sa brojnim komplikacijama kao što su depresija, samoubistvo, nasilje, zloupotreba supstanci, antisocijalno ponašanje i kratke psihotične epizode. tj. imamo posla sa specifičnim i često onemogućavajućim poremećajem koji nije određen njihovom nesklonošću već stepenom društvene disfunkcije i lične rigidnosti.

Poremećaji ličnosti su podeljeni u tri grupe:

Grupa koja izgleda čudno ili ekscentrično uključuje paranoidni, šizoidni i šizotipni poremećaj ličnosti

Grupa koja izgleda dramatično, emocionalno ili poremećeno koja uključuje antisocijalni, granični, histrionski i narcistički poremećaj ličnosti

Grupa koja je uglavnom anksiozna ili uplašena koja uključuje izbegavajući, podređeni i opsesivno-kompulzivni poremećaj ličnosti.

Poremećaji u vezi sa supstancama - pogledajte modul za supstance u okviru projekta.

Mentalni poremećaji kod dece

Deca doživljavaju većinu poremećaja, iste kao i kod odraslih. Neki poremećaji kao što su šizofrenija, bipolarni poremećaj i depresija su ređi kod dece nego kod odraslih, dok su neki drugi, poput fobije, jednako česti kao i kod odraslih.

Jedan od najvažnijih prediktora psihijatrijskih problema u odraslom dobu je poremećaj ponašanja u detinjstvu. Međutim, mentalni poremećaji u detinjstvu ne dovode uvek do istih poremećaja u odraslom dobu. Pored toga, neka deca sa emocionalnim poremećajima kada odrastu nemaju mentalni poremećaj koji se može dijagnostikovati. Tako se, na primer, poremećaji ličnosti retko i umereno dijagnostikuju kod dece i adolescenata, jer plastičnost i nestabilnost ličnosti tokom ovih faza razvoja onemogućavaju posmatranje stabilnog obrasca ličnosti.

Uprkos aktivnim istraživačkim naporima, ne zna se mnogo o odnosu između dečje psihopatologije i mentalnog poremećaja u odraslom dobu, iako neki poremećaji koji imaju različite biološke komponente (npr. depresija, šizofrenija) jasno predviđaju buduće poteškoće.

Slede najčešći poremećaji u detinjstvu i adolescenciji.

Poremećaj deficita pažnje i hiperaktivnosti (ADHD)

Javlja se kod 3-5% dece školskog uzrasta, 4-9 puta češće kod dečaka nego kod devojčica. Impulsivnost i teškoća u koncentraciji su dva karakteristična znaka ovog poremećaja. Manifestuje se od treće godine pa nadalje, ali se često ne dijagnostikuje sve dok dete ne krene u školu.

Glavni znak ADHD-a je loša samomodulacija, što uključuje deficit pažnje i hiperaktivnost-impulzivnost. Nedostatak pažnje se obično manifestuje nesposobnošću deteta da završi stvari koje je započelo (npr. domaći zadatak, sportske aktivnosti itd.), teškoćama u organizovanju zadataka, nepoštovanjem drugih ljudi.

Hiperaktivnost karakteriše poteškoće u miru i prekomerno kretanje. Hiperaktivnost se primećuje kod većine dece sa ADHD-om, ali ne kod svih. Impulsivnost dovodi do toga da ova deca deluju pre nego što razmisle, prelaze sa jedne aktivnosti na drugu bez završetka prve, često govore glasno na času ili imaju poteškoća da čekaju u redu kada su u grupi sa drugom decom. Bes izbija u bes i oni generalno imaju nisku toleranciju na prepreke.

Gube prijatelje jer nisu dovoljno društveno zreli i njihovi odnosi sa odraslima nisu dobri jer problemi u ponašanju dovode do toga da se ova deca nazivaju „lošom“. Imaju poteškoća sa časovima jer ne obraćaju pažnju na zadatke i ne organizuju rad, ne napreduju na časovima. Većina njih ima i smetnje u učenju.

Deca sa teškim ADHD-om mogu razviti emocionalne probleme i pokazati antisocijalno ponašanje (npr. laž, krađa, zloupotreba supstanci) u adolescenciji ako se ne leče od detinjstva.

U 50% slučajeva kada dete pređe u adolescenciju i odraslo doba, poremećaj nestaje. Ostali zadržavaju neke ili sve simptome ADHD-a, a iz ove grupe 50% ima prestanak antisocijalnog ponašanja u ranom odraslom dobu.

Poremećaj ponašanja i poremećaj pozicije suprostavljanja

Poremećaji ponašanja obuhvataju širok spektar poremećaja koji se javljaju kod dece i karakterišu ih ponavljajuće i uporne manifestacije kršenja osnovnih prava drugih ljudi i glavnih društvenih normi ili pravila prilagođenih uzrastu.

Poremećaj pozicije suprostavljanja često je preteča poremećaja ponašanja. Većina dece sa ADHD-om takođe ima konkurentni poremećaj ponašanja. Poremećaj ponašanja može biti blag, umeren i težak. Podeljen je u dve potkategorije: tip sa početkom u detinjstvu koji počinje pre 10. godine i tip sa početkom u adolescenciji koji počinje posle 10. godine.

U bilo kom uzrastu se javljaju manifestacije poremećaja ponašanja uključujući agresiju prema drugima (ljudima ili životinjama), oštećenje imovine, prevaru, krađu i ozbiljno kršenje pravila. Izražavanje neprijateljstva prema poremećaju opozicije je manje izraženo u poređenju sa poremećajem ponašanja. Tvrdoglavi, beskompromisni stavovi prema odraslima i vršnjacima, neprijatno ponašanje, verbalna agresija i bes su karakteristike poremećaja opozicije.

Deca sa poremećajima u ponašanju krive druge za svoje probleme i ne veruju drugima. Mogu imati preran seksualni razvoj i često počinju da puše i zloupotrebljavaju supstance. Slabo napreduju na časovima, često se pridružuju huliganima koji se bave antidruštvenim aktivnostima. Teški poremećaji ponašanja su češći kod dečaka i češće se javljaju kod dece osoba sa asocijalnim poremećajem ličnosti i alkoholičara.

Poremećaji učenja, komunikacije i motoričkih veština

Poremećaji učenja, komunikacije i motoričkih veština povezani su sa oštećenjem jedne od posebnih kognitivnih oblasti zrelosti: čitanja, matematike, izražajnog pisanja; govor i jezik; ili fizička koordinacija. Oni se dijagnostikuju kod dece koja dobro funkcionišu, ali na osnovu hronološkog uzrasta i obrazovanja imaju očigledne teškoće u oblasti učenja. Odgovaraju poremećajima koje vaspitači nazivaju smetnjama u učenju.

Procenjuje se da su prisutni kod 10-15% dece školskog uzrasta, češći su kod dečaka. Ovi poremećaji se često vide u vezi sa drugim poremećajima, posebno ADHD-om i poremećajima ponašanja, u nekim slučajevima kada dete slabo napreduje na časovima, ili zbog poremećaja izražava zabrinutost tako što će napustiti školu ili učestvovati u asocijalnom ponašanju i tako kao da „zapečati“ dijagnozu poremećaja ponašanja. U većini slučajeva zaostaju za svojim vršnjacima i većina njih i dalje ima znake ovih poremećaja u adolescenciji i odraslom dobu, iako mogu dobro da nadoknade svoje poteškoće.

Poremećaj čitanja - disleksija, označava smetnje u razvoju čitalačkih veština, koje nije posledica mentalnog ili hronološkog uzrasta deteta, karakteriše ga teškoće u integraciji i organizovanju informacija za vizuelno primanje. Greške u čitanju mogu biti izostavljanja, dodavanja i izobličenja reči. Greške u pisanju su često brojne i bizarne. Ova deca čitaju sporo i pogrešno razumeju ono što čitaju.

Matematički poremećaj - diskalkulija označava oštećenje matematičkih sposobnosti koje nije posledica mentalnog i hronološkog uzrasta. Ređi je od poremećaja čitanja. Deca koja imaju ovaj problem mogu imati i probleme sa čitanjem.

Poremećaj pisanog izražavanja - odnosi se na oštećenje sposobnosti razvoja pisanja, uprkos normalnoj inteligenciji i odsustvu bilo kakvih vizuelnih, slušnih ili neuroloških smetnji. Kompromituje školski napredak ili aktivnosti svakodnevnog života koje zahtevaju formulisane pisane tekstove. Pisanje u ovom poremećaju obično se razlikuje po štamparskim greškama, gramatičkim i interpunkcijskim greškama i strukturiranju pasusa.

Mešoviti receptivno-ekspresivni jezički poremećaj – je varijacija u razvoju jezičkih veština koja nije povezana sa oštećenjem sluha ili mentalnom retardacijom. Ekspresivno oštećenje se odnosi na vokalno izražavanje (teškoće u „izvlačenju reči“), uprkos dobroj sposobnosti razumevanja. Artikulacija je uglavnom nezrela, rečnik izuzetno ograničen, a konstrukcija rečenice loša. Receptivno oštećenje je ozbiljnije od ekspresivnog tipa, jer predstavlja nesposobnost da se razvije razumevanje i izražavanje. Ova deca imaju poteškoća u čitanju i izgovoru.

Poremećaj govora (fonološki) - smatra se da se javlja kod 2-3% dece od 6-7 godina. Podrazumeva nesposobnost da se razvije artikulacija kasno stečenih glasova kao što su: r, š, t, f, z, l, č ili ć i manje je ozbiljan od mešovitog receptivnog ekspresivnog poremećaja, jer je sposobnost deteta da razume i izrazi govorom normalna.

Poremećaj razvojne koordinacije – ukazuje na poremećen razvoj motoričke koordinacije (npr. nespretnost, loše sportske veštine i kašnjenje u motornim fazama kao što je vožnja bicikla)

Mentalna zaostalost (retardacija)

Glavne karakteristike mentalne retardacije su ispod prosečno intelektualno funkcionisanje i rezultirajući deficiti, odnosno oštećenje adaptivnog ponašanja osobe (npr. radna sposobnost, briga o sebi, društveno funkcionisanje). Nizak koeficijent inteligencije sam po sebi nije dovoljan za dijagnozu, ali bi trebalo da bude povezan sa oštećenim funkcionisanjem. Javlja se kod oko 3% dece školskog uzrasta. Mogu koegzistirati sa velikim brojem poremećaja kao što su autizam i ADHD. Takođe se može povezati sa brojnim neurološkim abnormalnostima koje uključuju neuromuskularnu funkciju, vid i sluh. Krize svesti (konvulzije) su česte kod ovih ljudi. Pod tipovi su:

Blaga mentalna retardacija (IQ 50-70) - ove osobe razvijaju društvene i komunikacione veštine pre 5. godine i ne razlikuju se od dece koja su retardirana tek posle 5. godine. Obično mogu da uče do šestog razreda. Kada odrastu, kao već zreli ljudi obično mogu da razviju društvene i profesionalne veštine koje im omogućavaju da budu samodovoljni iako im je možda potrebna pomoć drugih.

Umerena mentalna retardacija (IQ 35-49) - ovi ljudi mogu da nauče da komuniciraju kao deca predškolskog uzrasta, tokom školskog uzrasta ne napreduju dalje od nivoa obrazovanja u drugom razredu, ali mogu imati koristi u društvenim i profesionalnim veštinama. U odraslom dobu često su u stanju da se brinu o sebi uz umereni nadzor i obavljaju nekvalifikovane ili polu kvalifikovane zadatke.

Teška mentalna retardacija (IQ 20-34) - tokom predškolskog uzrasta pokazuju slab motorički razvoj i malo ili nimalo komunikacije. Možda su u stanju da stvore nekoliko reči, ali im je potreban pažljiv doživotni nadzor.

Duboka mentalna retardacija (IQ ispod 20) - potrebno je visoko strukturirano životno okruženje sa doslednim nadzorom. Govorni i motorički razvoj su veoma ograničeni.

Kada je IQ 71-84 imamo posla sa graničnim intelektualnim funkcionisanjem.

Poremećaji autističnog spektra

Deca sa pervazivnim poremećajem u razvoju pokazuju poremećaje u razvoju osnovnih mentalnih funkcija kao što su pažnja, percepcija, testiranje stvarnosti i kretanje. Za razliku od dece sa specifičnim smetnjama u razvoju koja su oštećena samo u jednoj oblasti saznanja, ova deca su oštećena sa svih strana i teško poremećena u sposobnosti da funkcionišu u društvu, da komuniciraju i da se ponašaju na odgovarajući način.

To uključuje: poremećaj autizma, Rettov poremećaj, dezintegrativni poremećaj u detinjstvu, Aspergerov poremećaj U nastavku ćemo opisati poremećaj autizma.

Autistički poremećaj karakteriše nemogućnost uspostavljanja emocionalnih veza sa drugim ljudima, izražena oštećenja komunikacijskih veština i bizarni odgovori na različite aspekte okoline. Ljudi sa ovim poremećajem ne razvijaju normalno interesovanje i ljubavnu vezu sa drugima. Bebe ne osećaju milovanja i ravnodušne su ili se protive fizičkom kontaktu i naklonosti. Odrasla deca nisu u stanju da razvijaju kooperativne i prijateljske igre.

Neki od njih mogu razviti neku vrstu duhovne veze sa svojim roditeljima, ali većina tretira ljudska bića kao objekte.

Deca sa autizmom koja umeju da govore imaju nezrelu gramatičku strukturu, ekolali su, menjaju mesto zamenica, imaju teškoće u imenovanju predmeta i neprikladnu neverbalnu komunikaciju.

Oni mogu imati različite čudne reakcije na okolinu. Čini se da je većina njih „opsednuta istom stvari“ i može burno da reaguje na male promene u svom okruženju, poput nove odeće ili promene mesta deteta za trpezarijskim stolom. Često su fascinirani pokretom i mogu da bulje u lepeze ili druge rotirajuće predmete, ili u vodu koja teče niz slavinu. Dete sa autizmom može da se uključi u ritualno ponašanje (npr. rukovanje ili trljanje) i samodestruktivno kompulzivno ponašanje (npr. ritmički šok glave), sa izrazitim nereagovanjem na bol.

Funkcionalna enureza

Definiše se kao nehotično mokrenje najmanje dva puta nedeljno, u periodu od najmanje tri meseca kod dece od 5 godina ili starije. Javlja se češće kod dečaka i 80% dece ima primarnu enurezu što znači da nisu postigla potpunu kontrolu bešike.

Većina dece u ovoj grupi zaostaje za svojim vršnjacima u razvoju neurološke i psihološke kontrole bešike. U nekim slučajevima poteškoće sa obrazovanjem za toalet ili sukob između roditelja toliko uznemiravaju dete da ono/ona manifestuje zabrinutost kroz nezgode sfinktera.

Negde oko 20% dece ima sekundarnu enurezu, koja se javlja posle godinu dana ili više od „suvog“. Rođenje braće i sestara, sukobi roditelja, polazak u školu ili hospitalizacija mogu doprineti razvoju sekundarne enureze. Većina dece sa enurezom ostaje potpuno „suva“ sama od 10. godine pa nadalje.

Funkcionalna enkopreza

Podrazumeva dobrovoljno ili nevoljno zagađenje najmanje jednom mesečno tokom tri meseca nakon navršениh 4 godine. Češća je kod dečaka i može biti primarna (ako samokontrola nikada nije postignuta), ili sekundarna (gde se gubi prethodno postignuta samokontrola). Zagađenje je uglavnom rezultat ciklusa tvrde, bolne stolice koje beba drži u stomaku što je duže moguće, što dovodi do tečenja komprimovane stolice, koje prati bolna defekacija. Ovo primorava bebu da drži izlučevine u stomaku kako bi izbegla dalji bol. Enkopreza je najčešće deo pasivno-agresivne, neprijateljske i tajnovite veze koju dete stvara sa roditeljima.

Poremećaji u ishrani kod dece i adolescenata izazivaju ozbiljne promene u navikama u ishrani koje mogu dovesti do velikih zdravstvenih problema, čak i opasnih po život. Tri glavne vrste poremećaja u ishrani su:

Anoreksija, stanje u kojem dete odbija da jede dovoljno kalorija zbog snažnog i iracionalnog straha da će postati gojazno

Bulimija, stanje u kojem se dete prejeda, a zatim čisti hranu povraćanjem ili upotrebom laksativa kako bi sprečilo dobijanje na težini

Preterano jedenje, stanje u kojem dete može brzo da jede hranu, ali bez čišćenja

Kod dece i adolescenata, poremećaji u ishrani se mogu preklapati. Na primer, neka deca prolaze kroz periode anoreksije i bulimije.

Poremećaji u ishrani se obično razvijaju tokom adolescencije ili ranog odraslog doba. Međutim, mogu početi i u detinjstvu. Žene su mnogo ranjivije. Samo oko 5% do 15% ljudi sa anoreksijom ili bulimijom su muškarci. Uz prejedanje, broj se povećava na 35% kod muškaraca.

Poremećaj anksioznosti zbog odvajanja

Anksioznost zbog odvajanja je normalna kod odojčadi i dece u kasnom detinjstvu. Poteškoće u odvajanju od roditelja i anksioznost odsustva od porodice su normalne za kratke periode kada deca preduzimaju značajne razvojne korake kao što je polazak u vrtić.

Međutim, kada je anksioznost odvajanja produžena i ozbiljna kod odrasle dece, ona narušava funkcionisanje deteta. Glavna karakteristika je ekstremna anksioznost odvajanja od roditelja ili od kuće, ili od drugog porodičnog okruženja, što uzrokuje simptome fizičkog ili emocionalnog stresa, u trajanju od najmanje četiri nedelje. Ova deca imaju stalne poteškoće da napuštaju kuću, pohađaju školu, spavaju u drugoj kući, pa čak i idu da kupe poklon na pijaci. Deca sa ovim poremećajem često imaju fizičke tegobe kao što su mučnina, povraćanje i glavobolja, kada nastaje razvod. Adolescenti u takvim trenucima mogu imati vrtoglavicu, nesvesticu i ubrzan rad srca.

Uopšteno govoreći, takva deca se plaše da će, ako se razdvoje, oni ili njihovi roditelji doživeti nesreću ili bolest. Neka deca imaju jasno definisane fantazije o određenim opasnostima, dok druga imaju anksioznost kada su odvojena od roditelja, ali ne znaju čega se plaše. Zabrinutost oko smrti i ekstremni strahovi od lopova, razbojnika i čudovišta su uobičajeni. Neka deca uglavnom ne izražavaju strahove, ali im toliko nedostaje dom da ih uhvati panika kada su odsutni. Ova deca pokazuju: poteškoće sa spavanjem, zahtev da spavaju u krevetu svojih roditelja, kao i noćne more sa suzdržanošću od razdvajanja. Kada su odvojeni od ljudi koji su im važni, često postaju povučeni, tužni i teško se koncentrišu. Njihov porodični odnos često svedoči o prilično ambivalentnoj vezi između majke i deteta, i sa udaljenijim ocem. Česta su i hronična nesuglasica (otvorena ili prikrivena) između roditelja.

Fobija za školu je simptom poremećaja separacije. Manifestuje se stalnim protivljenjem deteta odlasku u školu i insistiranjem da ostane kod kuće sa majkom ili starateljicom. Prigovor da se ide u školu takođe može biti simptom mentalnih problema.

Opsesivno-kompulzivni poremećaj karakterišu stalne i neželjene nametljive misli, slike i impulsi (opsesije) i ponavljajuća ponašanja ili radnje (kompulzije). Epidemiološke studije su pronašle procenjenu prevalenciju od 0,25-4% opsesivno kompulzivnog poremećaja među decom i adolescentima. Nelečeni simptomi mogu da se intenziviraju i izblede, ali obično prate hronični tok i izazivaju očigledno funkcionalno oštećenje u mnogim oblastima, uključujući dom, školu i društvo. Štaviše, ovaj poremećaj ako se javlja u pedijatrijskom dobu je povezan sa povećanim rizikom od drugih psihijatrijskih poremećaja u odraslom dobu.

Depresija se javlja kod dece i adolescenata, kao i kod odraslih. Simptomi depresije kod dece se manje-više razlikuju od onih kod odraslih sa depresijom. Glavni simptom depresije u detinjstvu je depresivno raspoloženje ili razdražljivost. Ostali simptomi uključuju; povlačenje iz kruga, teškoće u školi, bes, izlivi besa i opasno ponašanje (nesreće, zloupotreba droga, nepromišljene radnje). Većina mladih sa depresijom ne govori o depresivnom raspoloženju, ali se primećuje da su najčešće tužni i bez osećaja radoznalosti. Deca su često depresivna nakon gubitka kao što je smrt roditelja ili prijatelja, gubitak kućnog ljubimca, razvod roditelja ili ponavljanje razreda. U nekim slučajevima dete postaje depresivno kada se identifikuje sa roditeljem. Simptomi depresije mogu biti kratkotrajni i samoograničavajući, ali simptomi mogu trajati mnogo meseci. Kod adolescenata, depresija se možda neće pojaviti sa uobičajenim znacima. Mladi ljudi mogu namerno skrivati svoju depresiju, ili se može desiti da, a da nisu svesni depresije, svoju anksioznost ispoljavaju simptomima kao što su glavobol-

ja, loš napredak u nastavi, protivljenje odlasku u školu, povremene pritužbe, antisocijalno ponašanje ili zloupotreba supstanci. Mladi ljudi sa depresijom mogu da dobiju ili izgube težinu, imaju problema sa spavanjem (nesanica, previše spavaju), osećaju se bezvredno, izoluju se i izbegavaju druge.

Samoubistvo

To je jedan od tri vodeća uzroka smrti među mladima i u porastu je. U poslednje vreme, učestalost samoubistava se udvostručila kod dece uzrasta 5-12 godina. Sigurno je da se samoubistva kod dece i adolescenata prijavljuju u manjem broju nego što je to stvarno.

Faktori koji motivišu decu i adolescente na samoubistvo su brojni. Suicidalno ponašanje se generalno javlja nakon gubitaka koji se mogu desiti u porodici, kao što su razdvajanje, razvod ili roditeljska smrt. Samoubistvo koje je izvršio roditelj ili samoubilačko ponašanje i roditeljska depresija izgleda predisponiraju decu na suicidalne misli i ponašanja. Prečesto su pokušaji samoubistva kod dece i adolescenata vapaj za pomoć kada su u teškoj emocionalnoj nevolji i ne mogu direktno da potraže pomoć. Depresija može izazvati samoubilačko ponašanje, kao i psihozu (npr. kao odgovor na halucinacije).

Mala deca možda neće moći da shvate koncept smrti kao nepovratne i razmišljaju samo o ponovnom ujedinjenju sa voljenom osobom na nebu, ili mogu da vide smrt kao prijatno mesto za bekstvo kada je stvarni život nepodnošljiv.

Zlostavljanje dece

Termin zlostavljanje obuhvata širok spektar zlostavljanja, uključujući zanemarivanje i uskraćivanje hrane, odeće i skloništa, emocionalno zanemarivanje, verbalni napad, fizički napad, seksualnu aktivnost i ubistvo.

Većina roditelja koji fizički zlostavljaju svoju decu su fizički zlostavljeni čak i kada su bili deca. Iako se zlostavljanje dece javlja u svim tipovima porodica i utiče na sve socioekonomske slojeve, porodice u kojima se zlostavljanje najčešće dešava imaju višu stopu nezaposlenosti i finansijskih problema, zloupotrebe alkohola i supstanci i mentalnih bolesti. Često je teško otkriti fizičko zlostavljanje, jer se deca plaše da će ih roditelji kazniti ili ih izgubiti ako ukažu na nasilno ponašanje i u isto vreme zašto deca vole (i istovremeno mrze) roditelja nasilnika.

Seksualno zlostavljanje je još teže otkriti. Ovaj termin se odnosi na niz situacija u kojima dete mlađe od 18 godina koristi druga osoba u seksualne svrhe. To znači bilo kakav seksualni kontakt sa odraslom osobom, odraslim detetom ili tinejdžerom koji nije u porodici, ili sa braćom i sestrama (obično 5 godina starijim), kao i umešanost deteta u prostituciju ili pornografiju. Seksualno zlostavljanje može da se desi između dece približnih godina, ako se koristi kao pretnja da se dete uključi u seksualnu aktivnost. Zlostavljanje se najčešće dešava između očeva ili očuha i ćerki latentnog uzrasta, ali može da se desi i između majki i dečaka, između očeva i sinova, i između odraslih van kuće i dece bilo kog pola. Kada se incest dogodi između roditelja i deteta, to se često dešava u kontekstu poremećenog bračnog odnosa.

Deca se ne pojavljuju, čute iz stida, straha, krivice i želje da zaštite odraslu osobu koja učestvuje. Zlostavljana deca su u velikom fizičkom i psihičkom riziku, a samo zlostavljanje je hitno. Dužnost profesionalaca je da slučajeve zloupotrebe zvanično prijave nadležnim organima.

Usluge mentalnog zdravlja

Usluge mentalnog zdravlja pružaju se na tri nivoa usluga i svaki nivo ima određene specifičnosti u pružanju usluga.

Usluge primarne zdravstvene zaštite

Usluge primarne zdravstvene zaštite mentalnog zdravlja je usluga koju pružaju porodični lekari i medicinsko osoblje, koji svoju delatnost obavljaju u ustanovama primarne zdravstvene zaštite. Služba primarne zdravstvene zaštite zasniva se na osnovnom paketu usluge primarne zaštite koji obuhvata identifikaciju, upućivanje i praćenje slučaja sa mentalnim poremećajima.

Usluge sekundarne zdravstvene zaštite

Usluge mentalnog zdravlja na sekundarnom nivou zdravstvene zaštite pružaju se kroz mrežu službi za mentalno zdravlje podeljene po regionalnoj osnovi i koje predstavljaju:

- Psihijatrijska odeljenja u okviru opštih bolnica
- Centri za mentalno zdravlje u zajednici
- Integracione kuće
- Centar za integraciju, resocijalizaciju hroničnih psihijatrijskih pacijenata u Štimlju;

Psihijatrijska odeljenja u okviru opštih bolnica

Postoje četiri regionalne bolnice (Peć, Prizren, Đakovica, Gnjilane) u okviru kojih se nalaze psihijatrijska odeljenja gde se pruža bolničko lečenje i specijalističke klinike u kojima se pružaju ambulantne usluge.

Centri za mentalno zdravlje u zajednici (CMZZ)

Postoji 7 CMZZ-a širom Kosova (Pristina, Mitrovica, Gnjilane, Prizren, Peć, Đakovica, Uroševac). Usluge i aktivnosti koje nudi CMZZ su: Psihijatrijske usluge, psihološke usluge, psihosocijalne usluge, porodična psiho edukacija, tehnike podizanja svesti, kućne posete, dnevni boravak, individualna i grupna terapija, rehabilitacione aktivnosti i rekreativne aktivnosti.

KCMB saraduje sa organizacijama i institucijama u zajednici uključujući:

Centri za socijalni rad, Centri za porodičnu medicinu, UKC, Psihijatrijska klinika, stambena odeljenja, Policijska služba, sudovi, škole, Filozofski fakultet – Odsek za psihologiju, Centri za mentalno zdravlje ostalih regiona, Ministarstvo zdravlja, OJ, SZO, verske institucije, porodica itd.

Dom za integraciju zajednice

Misija Doma za integraciju je pružanje stambenih, rehabilitacionih usluga za klijente sa mentalnim poremećajima kako bi povratili izgubljene veštine i vratili se u društveni krug. Licima u rezidencijalnim ustanovama socijalne zaštite obezbeđuju se savetovanje, lečenje, rehabilitacija i zaštita mentalnog zdravlja ravnopravno i po zdravstvenim standardima, odobrenim od Ministarstva zdravlja. Sedam centara za mentalno zdravlje u zajednici ima zaštićene domove.

Centar za integraciju i rehabilitaciju za hronične psihijatrijske bolesnike, Štimlje (CIRHPB)

Integrativni rehabilitacioni centar za hronične psihijatrijske pacijente u Štimlju je jedna od ustanova za mentalno zdravlje od posebnog javnog značaja koja pruža negu stručnoj službi sekundarnog mentalnog zdravlja i sastavna je jedinica UKSK. To je jedini te vrste na Kosovu koji nudi 24-časovnu negu mentalnog zdravlja.

U CIRHPB trenutno leči rezidentne pacijente koji imaju dijagnozu „hronični psihotični poremećaj”. Principi rehabilitacije i psihijatrijske integracije u ovom centru se fokusiraju na koncept ravnopravnog i nediskriminatornog tretmana osoba sa poremećajima mentalnog zdravlja, u cilju poštovanja fizičkog integriteta i ljudskog dostojanstva, poštujući domaće i međunarodne pravne norme o pravima mentalno obolelih, uz poštovanje etičkih normi i principa.

Usluge lečenja – psihijatrijska rehabilitacija i psiho socijalna rehabilitacija u CIRHPB - Štimlje baziraju se na naprednim programima koji se primenjuju u različitim zemljama Evropske unije i koji u svom sadržaju imaju metode multidisciplinarnog lečenja.

Farmakološko lečenje, psihološka podrška šticećenika, posete njihovim porodicama, smeštaj, profesionalna rehabilitacija, socijalna podrška, pristup slobodnim aktivnostima i održavanje lične higijene pacijenata svakodnevni je posao medicinskog osoblja i pomoćnog osoblja koje pruža u ovoj ustanovi za mentalno zdravlje.

Usluge tercijarne zdravstvene zaštite

Usluge tercijarne zdravstvene zaštite pružaju se u Univerzitetskom kliničkom centru Kosova i uključuju:

- Psihijatrijsku kliniku
- Institut za sudsku psihijatriju

Klinika za psihijatriju (KP)

KP se bavi dijagnostikom, lečenjem i negom pacijenata sa psihijatrijskim problemima, KP se bavi i edukacijom stručnjaka za mentalno zdravlje iz oblasti specijalističkog programa, kao i iz oblasti EVP, unutar i van klinike. Takođe, KP se fokusira na istraživanje za podršku kvalitetnom lečenju i nezi sa osnovama zasnovanim na naučnim podacima.

U zavisnosti od individualne situacije, odrasli sa psihijatrijskim problemima mogu biti primljeni u KP ili dobiti ambulantne psihijatrijske usluge. Štaviše, KP takođe pokriva psihijatrijsko lečenje i negu dece i adolescenata. KP vidi različita mesta za psihijatrijsko lečenje i negu u okviru klinike kao komplementarna, i vidi celu kliniku kao deo inkluzivnog lanca u okviru zdravstvenog (mentalnog zdravlja) sistema.

Univerzitetska psihijatrijska klinika je u procesu podizanja kvaliteta njegove isporuke

briga o pacijentima. Odabran je eskalirajući pristup za razvoj kapaciteta klinike u skladu sa standardima kvaliteta usluga mentalnog zdravlja.

Filozofija

KP pruža negu mentalnog zdravlja na human način osobama sa mentalnim bolestima ili teškim mentalnim problemima. Tretman je orijentisan na lečenje i održavanje autonomije, u prevenciji invaliditeta, kroz stvaranje bezbednog okruženja.

Misija

Pružanje adekvatnog lečenja i u skladu sa standardima nege pacijenata sa problemima mentalnog zdravlja. Edukacija i obuka stručnjaka koji će doprineti unapređenju mentalnog zdravlja stanovništva (studenti, specijalisti, stručnjaci za mentalno zdravlje).

Od svakog člana osoblja se očekuje empatija, uzajamno poštovanje (kolege, pacijenti i porodica/negovatelji) i pozitivna posvećenost. Biće potreban informisani pristanak, što znači da će pacijenti biti obavješteni o svakom koraku u planiranju lečenja i nege. Pacijenti treba da budu uključeni u sve odluke o lečenju i planiranju nege, osim ako pravni okvir dozvoljava da se odluke donose bez njihovog pristanka.

Glavni fokus KP-a su pacijenti. Međutim, društveni krug pacijenata se smatra važnim za rehabilitaciju pacijenata. Stoga, član osoblja KP-a ne treba samo da gradi dobre profesionalne odnose sa pacijentima, već i sa njihovom porodicom/negovateljima. Postoji i porodični odbor, koji prati kvalitet nege koja se pruža njihovim rođacima kojima je potrebna psihijatrijska nega.

Dužina boravka u klinici se zasniva na stalnoj proceni zdravstvenog stanja pacijenta. Trajanje je ograničeno i ukoliko nije upućen u drugu zdravstvenu ustanovu, pacijent će se pre prijema vratiti u mesto stanovanja.

KP zapošljava različite zdravstvene radnike kao što su: psihijatri, medicinske sestre, psiholozi, administrativno osoblje i radnici uključeni u pomoćne usluge kao što su: kuhinja, čišćenje itd. Multidisciplinarni tim je na raspolaganju kada god to zahtevaju potrebe pacijenata.

Dve discipline multidisciplinarnog tima koje su u svakodnevnom kontaktu sa pacijentima su psihijatri i medicinske sestre. Ukratko, psihijatri, zajedno sa pacijentima, odlučuju i prvo su odgovorni za lečenje. Medicinske sestre se fokusiraju na ljudske potrebe pacijenata i pomažu pacijentima kada je to potrebno, kada se te potrebe ne mogu zadovoljiti zbog bolesti. Psihijatri i medicinske sestre, po potrebi i drugi stručnjaci iz multidisciplinarnog tima, kontinuirano i metodološki procenjuju i prate zdravstveno stanje pacijenata i zajednički rade na ostvarivanju određenih ciljeva.

Druge dve važne i komplementarne discipline su psiholozi i socijalni radnici. Psiholozi se bave pružanjem psiho terapijskih usluga, savetovanja, psiho edukacije kao i psihološke procene. U odsustvu socijalnog radnika, trenutno je potrebna pomoć socijalnog psihologa CMU-a u Prištini da pruži njegovu/njenu pomoć u rešavanju socijalnih problema sa kojima se pacijent suočava, uključujući uspostavljanje kontakta sa porodicom i drugim institucijama. Takođe, pruža se pomoć u kompletiranju dokumenata za socijalnu pomoć, stanovanje i sl.

Intervencije koje se nude na klinici uključuju:

Upravljanje lekovima i svest o simptomima: Ova osnovna intervencija rezimira farmakološko upravljanje psihijatrijskim simptomima pacijenta i pomoć koja se pruža pacijentu u razumevanju i identifikaciji specifičnih bihevioralnih, kognitivnih i afektivnih simptoma povezanih sa njegovom psihijatrijskom bolešću.

Socijalizacija: Ova osnovna intervencija je dizajnirana da ponudi pacijentima priliku da učestvuju u slobodnim aktivnostima i komuniciraju u toplom, ali nadgledanom okruženju. Ova komponenta uključuje bašte-otvorene prostorije svakoga dana, grupe za druženje uveče i vikendom, kao i neke rekreativne aktivnosti kao što su društvene igre, gledanje televizije itd.

Orijentacija: Ova osnovna intervencija uključuje svakodnevne aktivnosti lečenja osmišljene da pomognu pacijentima da se orijentišu u svom okrugu u jedinici u kojoj se nalaze, prema osoblju i drugim pacijentima, kao i prema danu lečenja. Ova intervencija omogućava osoblju da prati i proceni mentalno stanje pacijenta dva puta nedeljno. Male grupe za orijentaciju se održavaju svakodnevno kako bi se pozabavile opštim pitanjima orijentacije (datum, mesto i vreme), dnevnim rasporedom, aktuelnim događajima i drugim temama kako bi se podstakla diskusija i interakcija. Pacijenti koji nisu u mogućnosti da učestvuju u grupama su individualno orijentisani.

Samozbrinjavanje: Mnogi pacijenti imaju značajne deficite u sposobnosti da brinu o osnovnoj higijeni i ishrani. Cilj osnovne intervencije za samopomoć je da se pacijentima omogući održavanje prihvatljivog nivoa lične higijene i čistoće prostorija uz najviši mogući stepen samostalnosti. Svaka jedinica ima određeni broj nedeljnih angažmana za pomoć pacijentima u higijeni, ishrani i čišćenju prostorija.

Veštine suočavanja: ova osnovna intervencija uključuje jednu ili više grupa strukturiranih u svakoj jedinici, baveći se unutrašnjim psihološkim aspektima društvenog (samo-upravljanje) i spoljašnjim suočavanjem (stresni događaji). Veštine koje se mogu razviti i unaprediti uključuju: upravljanje besom, praktično rešavanje problema, efikasnu komunikaciju, upravljanje stresom, rešavanje sukoba i pripremu za otpuštanje.

Psiho edukacija za članove porodice da razumeju i identifikuju određene bihevioralne, kognitivne i afektivne simptome povezane sa psihijatrijskom bolešću njihovog člana porodice.

Vežbe i terapija opuštanja koje pomažu pacijentima da poboljšaju osećaj blagostanja i stanja.

Multidisciplinarni tim za lečenje se sastaje svakodnevno i prijavljuju se dnevne smene. U ovom trenutku, svaki član tima je odgovoran za deljenje relevantnih informacija o svakom pacijentu, na osnovu interakcije ili posmatranja, i/ili podataka prikupljenih iz drugih izvora (porodični kontakti, beleške, psihološko testiranje, itd.). Odluke o planiranju lečenja donose se timski, ali psihijatar/vođa tima ima opštu odgovornost za odluke o lečenju. Važno je da svi članovi tima budu uključeni i da budu svesni promena plana lečenja kako bi se osiguralo da se sve informacije pregledaju i kako bi se obezbedilo konzistentno i kohezivno okruženje lečenja.

Svi pacijenti primljeni u KP su obavešteni o dnevnoj rutini na odeljenju gde su primljeni i daju im se informativne brošure koje uključuju kućni red (važi za pacijente i osoblje klinike), kao i karton o pravima pacijenata.

Opis odeljenja

Odeljenja osiguravaju 24 sata dnevno uz obezbeđenje i stručnost multidisciplinarnog tima u upravljanju neuređenim i teškim ponašanjima. Odeljenja takođe pružaju kontinuirano praćenje i evaluaciju, strategije upravljanja situacijom, kao i dnevne terapijske i rekreativne aktivnosti. U nastavku možete pronaći kratak opis svakog odeljenja psihijatrijske klinike, uključujući kriterijume prijema na svako odeljenje.

Odeljenje A

Na ovom odeljenju trenutno se leče svi psihotični poremećaji uzrasta 18-65 godina u akutnom stanju (stanje koje ne zahteva intenzivno psihijatrijsko lečenje) ili subakutnom. Odeljenje nudi bolničko lečenje samo za slučajeve koji se ne mogu lečiti ambulantno. Takođe je važno uzeti u obzir nivo rizika za samoubistvo ili ubistvo. Osoblje odeljenja se pre svega zalaže da se prema osobama sa mentalnim smetnjama ponaša na human i dostojanstven način, ne dozvoljavajući da im poremećaj određuje pristup. Zbog raznovrsnosti poremećaja

koji se leče na ovom odeljenju, osoblje je posvećeno individualnom, ali kompaktnom pristupu pacijentima, održavajući redovne sastanke.

Odeljenje B

Ovo odeljenje trenutno leči sve nepsihotične poremećaje uzrasta od 18-65 godina u akutnom stanju (stanje koje ne zahteva intenzivno psihijatrijsko lečenje) ili subakutnom. Odeljenje nudi bolničko lečenje samo za slučajeve koji se ne mogu lečiti ambulantno. Takođe je važno uzeti u obzir nivo rizika za samoubistvo ili ubistvo. Osoblje odeljenja se zalaže da se prema osobama sa mentalnim smetnjama ponaša na human i dostojanstven način, ne dozvoljavajući da im poremećaj određuje pristup. Zbog raznovrsnosti poremećaja koji se leče na ovom odeljenju, osoblje je posvećeno individualnom ali kompaktnom pristupu pacijentima, održavajući redovne sastanke.

Odeljenje za bolesti zavisnosti

Odeljenje za bolesti zavisnosti je posvećeno pomoći ljudima da prevaziđu svoje zavisnosti. Lečenje se nudi osobama koje su u stanju fizičke ili psihičke zavisnosti i uznemirene ovom činjenicom. Tipovi zavisnosti o kojima govorimo su: alkohol, lekovi na recept, takozvane ilegalne ulične droge poput kokaina i heroina. Pošto je istorija zlostavljanja kod svake osobe drugačija, lečenje treba da zadovolji specifične potrebe svakog pacijenta. Da bi pacijent ušao u tretman, mora biti spreman da potpiše terapijski ugovor i da bude motivisan da prihvati lečenje.

Odeljenje za hitnu i intenzivnu psihijatriju-UIP

Hitna i intenzivna psihijatrijska nega je zatvorena jedinica koja procenjuje i leči slučajevi različitih psihotičnih poremećaja, bipolarnih poremećaja i poremećaja ličnosti koji se ne mogu lečiti na otvorenim odeljenjima. Ovi slučajevi pokazuju agresivno ponašanje, potencijalni rizik od napuštanja lečenja praćen drugim rizicima kao što su samoubistvo ili ubistvo, ili su u akutnom stanju bolesti. Gore navedena ponašanja treba da budu u kontekstu mentalne bolesti. UKIP je jedina jedinica koja može da leči pacijente bez njihovog pristanka ako pacijenti nisu u mogućnosti da daju svoj pristanak. Kao posebna jedinica za kriznu intervenciju, pacijenti mogu biti privremeno izolovani, ali dobrobit pacijenata će uvek biti prioritet.

Tretman održavanja metadonom

Ova usluga se pruža ambulantno i njome upravlja osoblje Odeljenja za bolesti zavisnosti (OBZ). Za ovu namenu izdvojen je skroman prostor, koji ne zadovoljava potpune potrebe ove službe. Dakle, postoji nedostatak prostora i dogovor je bio da se završi sa dovoljno pratećeg osoblja. Prema protokolima lečenja koje je odobrilo MZ, usluga se pruža ambulantno, pri čemu se doze metadona distribuiraju korisnicima (zavisnim od opioda) ovog programa. Izveštavanje o radu ove službe vrši se na mesečnom i tromesečnom nivou, po dogovoru, direktno Ministarstvu zdravlja.

Konsultantska služba (ambulantno)

Jedinica za konsultantske usluge za njega pruža procene i ambulantne usluge

odrasli sa bilo kojim psihijatrijskim ili psihološkim problemima i srodnim problemima. Ove usluge nude psiho farmakološki tretman i individualnu psihoterapiju. Takođe, pružaju se konsultantske usluge za druge klinike u okviru UKCK, kao i psihijatrijske i psihološke procene za slučajeve pritvora.

Radno vreme u ovoj jedinici je: 09:00 - 14:00; od ponedeljka do petka

Za dodeljivanje termina se koristi broj: 038 500 600 28 45.

Raspored zakazivanja i dostave uputstva je: 07:30-12:00

Psihijatrijska služba za decu i adolescente (PSDA)

Ovaj centar pruža ambulantne usluge deci i adolescentima do 18 godina

godišnji. Ovde, kao i u ostatku klinike, postoji multidisciplinarni tim, od kojih je svaki blisko uključen u sve radne aktivnosti centra. Nudi psihijatrijske i psihološke kliničke intervju, psihološko testiranje, individualnu i grupnu psihoterapiju, savetovanje i konsultacije sa roditeljima koji vide problem u vaspitanju dece (iz raznih razloga). Takođe, centar pruža konsultantske usluge svim drugim institucijama/službama koje se odnose na decu (porodični lekari, škole, sudovi, socijalne službe, nevladine organizacije itd.).

Pacijente upućuju pedijatri, lekari opšte prakse i drugi psihijatri. Međutim, samoupućivanje pacijenata/negovatelja je takođe prihvaćeno.

Centar je otvoren od 7:30 do 14:00 časova. gde funkcioniše sistem zakazivanja i pacijenti koji žele da zakažu pregled dobrodošli su od 8:00 do 14:00.

Ovaj broj možete koristiti kako bi zakazali termin: 038 500 600 28 02

Kosovski institut za sudsku psihijatriju - KISP

Osnivanje Instituta za sudsku psihijatriju je predviđeno Uredbom 2004/34 i Kosovskom strategijom mentalnog zdravlja za period 2008-2013. Predviđeno je da ova ustanova bude javna zdravstvena ustanova.

KISP pruža zaštitu mentalnog zdravlja licima koja su prekršila zakon, usluga je sa humanim pristupom, adekvatnim multidisciplinarnim tretmanom, očuvanjem autonomije, poverljivosti i stvaranjem bezbednijeg okruženja za pacijente sa problemima mentalnog zdravlja. PIFC takođe obezbeđuje obrazovanje i obuku stručnjaka koji će doprineti poboljšanju mentalnog zdravlja stanovništva (studenti, specijalisti, stručnjaci za mentalno zdravlje) kao i kontinuirano stručno obrazovanje za radnike mentalnog zdravlja na Kosovu. Priroda i problemi funkcionisanja KISP je podeljen na četiri odeljenja:

Odeljenje A – Prijemno odeljenje

Odeljenje B – Prinudno lečenje uz zadržavanje

Odeljenje C - Psihijatrijski tretman i evaluacija

Odeljenje D - Odeljenje za integraciju/resocijalizaciju

Usluge koje pruža KISP

Institut je savetodavni referentni centar za sudove, tužioce, policiju, regionalne psihijatre i CMS Kosova.

Slučajevi/pacijenti u KISP-u se primaju, pregledaju i leče samo na osnovu naloga kosovskih sudova.

Odeljenje A- Prijemno odeljenje

U prijemnom odeljenju sve zahteve i dokumente primaju sudovi, tužilaštva i kazнено-popravna služba za klijente koji su prekršili zakon. Na ovom odeljenju se biraju oni koji su na ambulantnom psihijatrijskom pregledu, bolničkom ili na specijalističkim psihijatrijskim konsultacijama.

Obavljaju se sve hospitalizacije za KISP. Vodi se njihova evidencija, protokoli, pregledava se prateća medicinska dokumentacija i medicinski karton, sačinjava anamneza prijema i popunjava prateća dokumentacija prijema. Vrše se i sve ambulantne psihijatrijske procene, po nalogu sudova/tužilaštava. Osobe mogu biti dovedene iz zatvora, kućnog pritvora ili iz zatvora. Druga aktivnost koja se obavlja u prijemnoj kancelariji je specijalističke psihijatrijske konsultacije na zahtev medicinskog osoblja Kosovske popravne službe. Takvi slučajevi se sprovode kako bi se zatvorskim slučajevima pomoglo u boljoj dijagnostici, terapiji i upravljanju, kao i za dobijanje drugog mišljenja u slučaju potrebe od strane zatvorskog psihijatra.

Odeljenje B – Prinudno lečenje uz zadržavanje

U ovom odeljenju lečenje psihijatrijskih bolesnika vrši se po nalogu suda za obavezno psihijatrijsko lečenje sa zadržavanjem. Na ovom odeljenju tretman klijenata je individualan gde psihijatar u saradnji sa multidisciplinarnim timom psihologom, socijalnim radnikom i odeljenjskim medicinskim sestrama procenjuje i sastavlja personalizovani plan lečenja prema potrebama klijenta.

Sve vreme boravka na odeljenju obaveznog psihijatrijskog lečenja, klijente prati i ocenjuje multidisciplinarni tim koji je posvećen dostojanstvenom i humanom tretmanu pacijenata, ne dozvoljavajući da poremećaj određuje njihov pristup. U trenutku kada se postigne poboljšanje stanja pacijenta u skladu sa planovima lečenja pacijenata, pacijenti se prebacuju na odeljenje „D“ ili odeljenje za resocijalizaciju.

Odeljenje C - Psihijatrijski tretman i evaluacija

Odeljenje psihijatrijskog lečenja i ocenjivanja je odeljenje u kome sud nalaže ispitivanje lica radi sačinjavanja psihijatrijskih procena (veštačenja) za lica za koja se sumnja da su izvršila krivična dela i koja se nalaze u pritvoru. Boravak ovih lica PIFC-a je uglavnom dve nedelje (kako je predviđeno zakonom), dok se na zahtev tima za procenu njihov boravak može produžiti za još dve nedelje. Tokom boravka na ovom odeljenju pacijenti se podvrgavaju rutinskim pretragama kao što su laboratorijske pretrage, EEG i CT.

Na ovom odeljenju se realizuje tretman lica koja se nalaze u pritvoru ili su pravosnažnom odlukom Suda osuđena, a nalaze se na izdržavanju kazne i imaju psihičke smetnje koje je potrebno lečiti u bolnici. Ova lica po uputstvu lekara konsultacija Pritvorskih centara ili zatvora Kosova šalju se u KISP gde prijemni lekar daje konačnu procenu o potrebi njihovog lečenja u bolnici.

Odeljenje ima dve komponente, prvi deo u kome su smešteni pacijenti muškog pola i drugi deo koji ima 4 kreveta i koji se koristi prema potrebama i zahtevima, mogu da budu smeštene samo žene ili samo maloletna lica ili čak i odrasli muškarci. Na odeljenju za pacijente koji se leče primenjuje se biološka terapija, individualna psihoterapija, dostupne su psihološke seanse i podrška socijalnog radnika. Obezbeđenje ovih lica od strane popravnog osoblja Kazneno-popravne službe Kosova tokom 24 časa i pitanje obezbeđenja i poseta važi po njihovim bezbednosnim propisima.

Odeljenje D - Odeljenje za integraciju / resocijalizaciju

U ovom odeljenju, kao i na odeljenju B, lečenje psihijatrijskih pacijenata vrši se po nalogu suda za obavezno psihijatrijsko lečenje sa zadržavanjem i istovremeno ima obavezu da stabilizuje stanje bolesnika, poboljša ili funkcionalizuje odnose sa porodicom, integriše povratak pacijenta u društvo kao i zaključak/preporuka za izmenu mere lečenja sa onog sa zadržavanjem uz meru obaveznog vanbolničkog psihijatrijskog lečenja ili na slobodi.

Nakon stabilizacije psihičkog stanja pacijenta i titracije psihofarmakoterapije prema proceni lekara i multidisciplinarnog tima pacijent nastavlja lečenje na odeljenju integracije i resocijalizma D. Kroz program Integrativne psihijatrije na ovom odeljenju povećava se svest pacijenata, porodice članova i šire zajednice o značaju spoznaje, pravovremene dijagnoze, adekvatnog pristupa psihičkim problemima pacijenta i svesti u okruhu u kome živi.

Tretmani (lečenje)

Efikasni tretmani za mentalne poremećaje uključuju lekove i psihoterapiju. Isti princip važi i za decu, ali kod većine mentalnih poremećaja kod dece prvi izbor su psiho terapijski tretmani.

Lekovi mogu smanjiti simptome i treba ih koristiti oprezno. Najčešće korišćeni lekovi su oni iz grupe antidepresiva. Za bipolarni poremećaj i šizofreniju, posebno, noviji anti psihotični lekovi su podržani rigoroznim procenama kontrolisanih ispitivanja kod mladih ljudi. Međutim, za mnoga stanja - uključujući neka koja su vrlo česta, kao što su anksioznost, ponašanje i depresivni poremećaji - lekove treba koristiti samo nakon što su isprobani efikasni psiho socijalni tretmani, a mladi ljudi nisu odgovorili. Neophodno je pažljivo praćenje kad god se koriste psihijatrijski lekovi, jer se mogu javiti ozbiljni neželjeni efekti.

Među psiho socijalnim tretmanima, posebno snažne rezultate pokazuje kognitivna i bihejvioralna terapija (CBT). Postoje dokazi da je efikasan u lečenju sedam od 10 poremećaja navedenih u tabeli ispod, uključujući decu do šest godina.

Za anksioznost – najčešća grupa mentalnih poremećaja u detinjstvu Stručnjaci za mentalno zdravlje su uspešno obezbedili CBT grupe deci i mladima u školama i klinikama. Ovo je isplativ način da se služi mnogim mladim ljudima. Deca i adolescenti su takođe bili uspešni u korišćenju samo usmerene CBT za anksioznost, na primer, uz telefonsku podršku profesionalca. Sa ovim najnovijim načinom isporuke, CBT ima veliki potencijal da pomogne mladim ljudima kojima je tradicionalno bilo teško služiti, zbog velike udaljenosti od usluga.

Imajući u vidu da 70% dece i adolescenata sa mentalnim poremećajima trenutno ne dobija efikasan tretman to jest lečenje, imperativ je da se reši ovaj veliki jaz u uslugama. Ovaj jaz se neće tolerisati za rak u detinjstvu ili dijabetes i ne bi trebalo da se toleriše za decu sa mentalnim poremećajima.

Pored pružanja efikasnih tretmana za mlade ljude za koje se procenjuje da imaju mentalne poremećaje u bilo kom trenutku, moramo da sprečimo poremećaje tamo gde možemo. Postoje efikasni programi za sprečavanje četiri najčešća stanja: anksioznost, upotreba supstanci, poremećaji ponašanja i depresija.

Efikasan tretman za decu i adolescente sa mentalnim poremećajima

Anksiozni poremećaji
Kognitivna i bihevioralna terapija (CBT) i antidepresiv (fluoksetin ako CBT nije bio uspešan)
ADHD
Bihevioralna terapija, CBT, psihoedukacija roditelja i lekovi (metilfenidat)
Poremećaji autističnog spektra
Intenzivne bihevioralne intervencije (IBI) i antipsihotici (risperidon, aripiprazol) kada IBI ne uspe na tržištu
Bipolarni poremećaj
Antipsihotici (risperidon, aripiprazol i kvetiapin)
Poremećaji ponašanja
Edukacija roditelja (obuka), CBT, porodična terapija, antipsihotici (risperidon i kvetiapin)
Poremećaji u ishrani
Porodična terapija
Depresivni poremećaj
Kognitivna i bihevioralna terapija (CBT), inter personalna psihoterapija (IPT) i antidepresiv (fluoksetin) ako su CBT i IBT neuspešni
Opsesivno kompulzivni poremećaj
Kognitivna i bihevioralna terapija (CBT) i antidepresiv (fluoksetin)
Šizofrenija
Antipsihotici (risperidon i olanzapin)
Poremećaj zloupotrebe supstanci
Kognitivna i bihevioralna terapija (CBT), porodična terapija, motivaciona terapija

Upućivanje

Da bi se slučaj mogao adekvatno uputiti na probleme mentalnog zdravlja, veoma je važna pravična i adekvatna procena.

Psiho socijalna procena

Koncept psihosocijalne procene i socijalne dijagnoze

Reč psiho socijalna ukazuje na to da psihičke (mentalne) potrebe imaju socijalnu dimenziju. Ova društvena dimenzija obuhvata okruženje koje obezbeđuje resurse za zadovoljavanje različitih potreba, a razvoj ličnosti je takođe definisan i pod uticajem društvenih dimenzija. Socijalna dijagnoza je psiho socijalni proces. To je proces otkrivanja važnih obrazaca za informacije dobijene ili direktno zaključene. Može se postići kvalitativnim i kvantitativnim merenjima, koja uključuju kliničke intervjue, socijalna pitanja (potraga za poslom, pitanja o školi i fakultetu), intervjue sa ključnim ljudima, posete kući i komšiluku, procenu individualnog, porodičnog konteksta i društvenog života osobe. One se obično nazivaju psihosocijalne procene.

Psiho socijalna istorija

Psiho socijalna istorija nam pomaže da razumemo činjenice i dokaze o trenutnim događajima i osećanjima koja su nastala kao rezultat životnih iskustava osobe. Prikupljene informacije će pomoći u identifikaciji faktora rizika i zaštite, kao i prednosti i resursa dostupnih klijentu.

Psiho socijalna istorija se može proceniti u sledećim dimenzijama: razvojna istorija i istorija ranog detinjstva, trenutne životne situacije, socio-ekonomsko blagostanje, socio-ekonomski status, istorijat školovanja, profesionalna istorija, veštine suočavanja, sistem podrške, procena snage, istorija alkohola i upotreba droga, samoubilačke ideje i procena rizika, pravna istorija, duhovna procena, kulturna procena, životni događaji, procena porodice i procena zajednice.

Psiho socijalna procena na individualnom nivou treba da uključi procenu sledećeg:

Lične smetnje: briga o sebi, aktivnosti svakodnevnog života, nivoi aktivnosti

Društveno funkcionisanje: učesće u društvenim aktivnostima, funkcije, komunikacija kao i interakcija sa drugima;

Profesionalno funkcionisanje: generisanje aktivnosti za finansije, obaveze za porodicu i kućne aktivnosti, finansijske teškoće, redovnost na poslu

Društvene uloge: sposobnost obavljanja različitih porodičnih uloga kao supružnika, roditelja;

Koncept sopstvene spoznaje: samopouzdanje, svaka uočena stigma,

Motivacioni nivo: Motivacija da se leči, poštovanje tretmana

Smeštaj i sklonište: smeštaj kod koga, pogodnosti koje su dostupne

Opterećenje: Uticaj bolesti na pacijenta, emocionalno stanje, izražen strah i anksioznost

Socijalna podrška: dostupnost društvenih kontakata, informacija i fizička podrška, emocionalna podrška

Društveni odnosi: Međuljudski odnosi sa drugima, bilo koji trenutni sukob

Prednosti i resursi: Sve prisutne profesionalne veštine, duhovna uverenja, interakcija resursa dostupna sa drugima

Na nivou porodice:

Uloge članova porodice: sposobnost izvođenja očekivanih uloga, ko igra koju ulogu, osećaj poteškoća u izvođenju uloga,

Obrasci porodične komunikacije: ko sa kim razgovara, saopštavanje pozitivnih i negativnih osećanja, kakva je komunikacija

Rešavanje problema i veštine suočavanja: vrste problema sa kojima se suočavaju, kolektivno (zajedničko) rešavanje problema, načini rešavanja problema, strategije koje se koriste za prevazilaženje problema

Faktori rizika u porodici za recidiv (pogoršanje): sve izražene emocije, dijagnoza mentalnog poremećaja kod drugih članova, nasilje u porodici, nedostatak svesti o mentalnim poremećajima, odnos prema lečenju i lečenju.

Nasilje: Svako nasilje doživljeno kao rezultat bolesti ili na neki drugi način, nasilje u porodici, ko je umešan u nasilje, vrsta nasilja, stepen nasilja i sva pravna pitanja.

Opterećenje: opterećenja negovatelja, rutinske porodične aktivnosti, minimiziranje porodičnih rekreativnih aktivnosti i interesovanja

Stigma: Svaki negativan stav ili diskriminacija koju porodica oseća od drugih rođaka i komšija, obustava usluga zbog mentalne bolesti, reakcija rođaka, komšija, škole, radnog mesta i vršnjaka

Psiho socijalna procena problema dece i adolescenata

Decu treba procenjivati u kontekstu porodice, škole, zajednice i kulture, što znači da se nijedno dete ne može procenjivati izolovano. Neophodno je istovremeno ispitivanje funkcionisanja roditelja i porodice, kao i potreba za više izvora informacija. Za razumevanje potreba za mentalnim zdravljem dece važni su sledeći aspekti:

Istorija pre i tokom perinatalnog razvoja kao što su osnovne funkcije, psihomotorni razvoj, kognitivni razvoj i funkcionisanje škole, inter personalni razvoj, emocionalni razvoj i temperament, istorija traume, štetno ponašanje, porodična istorija funkcionisanja porodice i neuropsihijatrijski poremećaji kod članova druge porodice.

Koji su znaci upozorenja na mentalni poremećaj kod dece?

Znaci upozorenja da vaše dete može imati poremećaj mentalnog zdravlja uključuju:

- Uporna tuga koja traje dve nedelje ili više
- Povlačenje ili izbegavanje društvenih interakcija
- Samo povređivanje ili pričanje o samo povređivanju
- Razgovor o smrti ili samoubistvu
- Izlivi ili ekstremna nervoza
- Ponašanja van kontrole koja mogu biti štetna
- Drastične promene raspoloženja, ponašanja ili ličnosti
- Promene navika u ishrani
- Gubitak težine
- Poteškoće sa spavanjem

- Česte glavobolje ili bolovi u stomaku
- Poteškoće u koncentraciji
- Promene u akademskom uspehu
- Izbegavanje ili propuštanje škole

Kako mi socijalni radnik može pomoć?

1. Može pomoći da se razume ono što se vidi

Često kada se pojave teškoće kod deteta, posebno po prvi put, članovi porodice možda nisu sigurni šta tačno vide. Socijalni radnici mogu vam pomoći da razumete šta se dešava tako što ćete bolje pogledati svoju porodicu. Oni takođe mogu da predlože aktivnosti, strategije i promene kod kuće za rad sa detetom.

2. Govori o resursima u zajednici

Važan korak u pomaganju detetu je pronalaženje prave podrške. Socijalni radnici mogu prijaviti resurse zajednici. Možda će moći da vas upute na profesionalce ili druge usluge. Mnogi socijalni radnici mogu preporučiti programe nakon škole od kojih dete može imati koristi.

3. Objašnjava ko može pomoći u školi i kako se povezati

Različiti stručnjaci u školi mogu pomoći na različite načine. Nastavnici, mentori vodiči, direktori i stručnjaci svaki igraju ulogu u pomaganju učenicima u poteškoćama. Socijalni radnici mogu da objasne sa kim da razgovaraju i načine da se povežu radi odgovarajuće podrške.

4. Preporučuje drugim profesionalcima da razgovaraju

Možda postoje i drugi profesionalci koji mogu da pomognu sa izazovima deteta. Logopedi i tutori su samo dva primera. Socijalni radnici mogu pomoći u odabiru sa kim će razgovarati i uputiti profesionalce u zajednici.

5. Pomažu u porodičnim odnosima

Porodični odnosi mogu biti komplikovani i može biti teško govoriti o izazovima vašeg deteta. Socijalni radnici mogu predložiti načine za razmišljanje o tome kako se nositi sa porodičnim odnosima i olakšati ove razgovore.

6. Nudi savetovanje

Uobičajeno je da se deca koja se bore sa ponašanjem ili školom osećaju anksiozno, frustrirano ili pod stresom. Neki socijalni radnici su licencirani terapeuti koji mogu pomoći detetu da se nosi sa emocijama i poteškoćama u oblasti mentalnog zdravlja.

Literatura

Anxiety and children. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/The-Anxious-Child-047.aspx. Pristupljeno januara. 22, 2020.

Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Children-Who-Cant-Pay-Attention-Attention-Deficit-Hyperactivity-Disorder-006.aspx. Pristupljeno januara. 22, 2020.

Autism spectrum disorders. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/The-Child-With-Autism-011.aspx. Pristupljeno januara. 22, 2020.

Bipolar disorder in children and teens. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Bipolar-Disorder-In-Children-And-Teens-038.aspx. Pristupljeno januara. 22, 2020.

Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor, Occupational Outlook Handbook, 2014-15 Edition, Social Workers. Retrieved from <http://www.bls.gov/ooh/community-and-social-service/social-workers.htm>

Comprehensive psychiatric evaluation. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Comprehensive-Psychiatric-Evaluation-052.aspx. Pristupljeno januara. 22, 2020.

Depression in children and teens. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/The-Depressed-Child-004.aspx. Pristupljeno januara. 22, 2020.

Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences, clinical psychiatry, 11th ed.

Kliegman RM, et al. Psychosocial assessment and interviewing. In: Nelson Textbook of Pediatrics. 21st ed. Elsevier; 2020. <https://www.clinicalkey.com>. Pristupljeno januara. 27, 2020.

Learning to help your child and your family. National Alliance on Mental Illness. <https://www.nami.org/find-support/family-members-and-caregivers/learning-to-help-your-child-and-your-family>. Pristupljeno januara. 24, 2020.

National Association of Social Workers. (NASW). Social Work Profession. Retrieved from <https://www.socialworkers.org/pressroom/features/general/profession.asp>

Normal or not: When to get help. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Normality-022.aspx. Pristupljeno januara. 22, 2020.

Psychiatric medication for children and adolescents: Part I — How medications are used. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/Psychiatric-Medication-For-Children-And-Adolescents-Part-I-How-Medications-Are-Used-021.aspx. Pristupljeno januara. 22, 2020.

Psychotherapy for children and adolescents: Definition. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. https://www.aacap.org/AACAP/Families_and_Youth/Facts_for_Families/FFF-Guide/What-Is-Psychotherapy-For-Children-And-Adolescents-053.aspx. Pristupljeno januara. 22, 2020.

Reardon T, et al. What do parents perceive are the barriers and facilitators to accessing psychological treatment for mental health problems in children and adolescents? A systematic review of qualitative and quantitative studies. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2017; doi:10.1007/s00787-016-0930-

Rober JWaldinger, M.D. Psihijatrija

Sadik H.Lala, Psihopatologija , 2013

Use of the manual. In: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5. 5th ed. American Psychiatric Association; 2013. <https://dsm.psychiatryonline.org>. Pristupljeno januara. 20, 2020.

What are childhood mental disorders? Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/childmentalhealth/basics.html>. Pristupljeno januara. 28, 2020.

OBUKA ZA MENTALNO ZDRAVLJE, LEČENJE I UPUĆIVANJE

Mesto/lokacija:

Datum:

NACRT DNEVNOG REDA RADIONICE

Dan 1

Vreme	Aktivnost
9:00-9:30	Uvodna sesija - Registracija učesnika - Opšti kontekst programa obuke - Svrha programa obuke - Glavne teme obuhvaćene programom obuke - Prezentacija učesnika i njihovih očekivanja
9:30-10:15	Mentalno zdravlje i njegov značaj
10:15-10:30	Pauza za kafu
10:30-12:00	Psihopatologija
12:00-13:00	Ručak
13:00-14:30	Mentalne funkcije
14:30-15:00	Grupne aktivnosti i diskusija (prezentacija slučajeva vezanih za teme o kojima se raspravlja)

Dan 2

Vreme	Aktivnost
9:00-9:30	Uvodna sesija - Registracija učesnika - Rezime ključnih pitanja od 1. dana - Definisane grupnih zadataka
9:30-10:15	Psihički poremećaji
10:15-10:30	Pauza za kafu
10:30-12:00	Lečenje i upućivanje
12:00-13:00	Ručak
13:00-14:00	Grupne aktivnosti i diskusija (prezentacija slučajeva u vezi sa temama o kojima se raspravlja)
14:00-15:00	Administracija mernih instrumenata za evaluaciju obuke i trenera koji učestvuju

EVALUACIJA OBUKE

Napomena: Ova evaluacija je anonimna. Služiće da se izvrši neophodna prilagođavanja i da se dodatno unapredi program obuke. Odvojite vreme da nam date svoje dragocene povratne informacije.

Označite polje (✓) za odeljke koji odražavaju vaše stavove o određenim aspektima obuke.

1. Logistički aspekti	Ne	Ponekad	Uglavnom	Da, u potpunosti
1.1 Na vreme sam obavešten/obaveštena o terminu održavanja radionice				
1.2 Mesto sastanka je bilo udobno i pogodno za aktivnosti obuke				
1.3 Na vreme sam primio/primila dnevni red radionice				
2. Treneri, efikasnost i učinkovitost	Ne	Ponekad	Uglavnom	Da, u potpunosti
2.1 Treneri su predstavili svrhu i očekivane rezultate modula obuke				
2.2 Treneri su bili kompetentni u odgovarajućim oblastima				
2.3 Treneri su doprineli aktivnom učešću polaznika				
2.4 Prezentacije su bile razrađene i jasne				
2.5 Treneri su dali dovoljne i odgovarajuće primere u ilustrisanju sadržaja				
2.6 Treneri su primenili interaktivne metode obuke				
2.7 Posebna pažnja bila je posvećena radu u paru, u grupama ili individualno				
2.8 Treneri su dali adekvatne odgovore na pitanja učesnika				
2.9 Treneri su dali svoje adekvatne komentare na prezentacije grupnog rada / individualnog rada / ili rada u parovima				
3. Opšti utisci	Ne	Ponekad	Uglavnom	Da, u potpunosti
3.1 Zadovoljan sam ukupnim kvalitetom obuke.				
3.2 Obuka je ispunila očekivane rezultate				
3.3 Koristiću materijale koji su podeljeni za svoj dalji rad				
3.4 Obuka je imala pravi balans teorijskih i praktičnih aspekata				

4. Molimo Vas da odgovorite na dole postavljena pitanja:

4.1 Koje teme su vas najviše zanimale?

4.2 Koje su vam teme bile manje važne?

4.3 Koje promene biste preporučili u ovom programu obuke?

4.4 Da li imate neki drugi komentar?



Funded by
the European Union



Instituti i Psikologjisë

