

PRVI HRVATSKI KONGRES DUHOVNE PSIHIJATRIJE

s međunarodnim sudjelovanjem

Depresija, suicid i patologija seksualnosti

Psihijatrijski i teološki aspekti, etičke dileme,
sociološki pristup i pravni odgovor

“Što koristi čovjeku ako zadobije čitav svijet, a izgubi dušu?”

“Postoji samo jedan ozbiljan filozofski problem - samoubojstvo.”

“U moru tuge ne vidi se obala.”

ORGANIZATOR:



Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju - HIDP

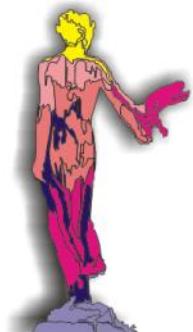
Croatian Institute of Spiritual Psychiatry - CISP

Zlatni sponzor



Zbornik sažetaka

11. - 13. veljače 2011., Opatija, Hrvatska



 **zoloft**[®]
(sertraline)



Snaga koja djeluje nježno

 pfizer


NEUROSCIENCE

**PRVI HRVATSKI KONGRES
DUHOVNE PSIHIJATRIJE
S MEĐUNARODNIM SUDJELOVANJEM**

ZBORNIK SAŽETAKA

PRVI HRVATSKI KONGRES

DUHOVNE PSIHIJATRIJE

S međunarodnim sudjelovanjem

ZBORNIK SAŽETAKA

Urednik:

Rudolf Ljubičić

Design naslovnice i grafičko uređenje:

Miloš Stupar

Tiskano u Zagrebu, veljača 2011.



POKROVITELJ KONGRESA:

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA I SOCIJALNE SKRBI

ORGANIZATOR

Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju

| 4

SUORGANIZATORI

Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Katolički bogoslovni fakultet u Zagrebu – Teologija u Rijeci

Hrvatsko društvo za kliničku psihijatriju HLZ

Klinika za ginekologiju, KBC Rijeka Katedra za kazneno pravo Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Društvo za unaprijeđenje mentalnog zdravlja „Zajedno“, Rijeka

Predsjednik kongresa: Đulijano Ljubičić

Počasni predsjednik kongresa: Norman Sartorius

Dopredsjednici kongresa: Vera Folnegović Šmalc, Milan Špehar

Predsjednik organizacijskog odbora: Rudolf Ljubičić

Predsjednik znanstvenog odbora: Miro Jakovljević

Tajnica kongresa: Sanja Janović

ORGANIZACIJSKI ODBOR

Zoran Zoričić, Jasna Grković, Karin Kuljanić, Ivana Ljubičić Bistrović, Nada John, Marija Vučić Peitl,

Lea Gudelj, Alemka Brnčić-Ficher, Radmir Rakun, Srđan Marušić, Trpimir Glavina,

Darko Labura, Dragutin Breški, Marina Kovač, Tanja Frančeski, Jelena Ivelić, Iva Rinčić,

Ivana Rešetar Brezak, Ana Bačeković, Vjekoslav Peitl, Ivona Kušen, Anamarija Petek Erić,

Anamarija Orlić, Lana Knežević

ZNANSTVENI ODBOR

Alan Šustić, Herman Haller, Goran Dodig, Vlado Jukić, Pavo Filaković,

Vesna Šendula Jengić, Eduard Pavlović, Veljko Đorđević, Miljenko Kapović, Tanja Frančišković,

Danijel Buljan, Dinko Vitezić, Jasenka Mršić, Milan Špehar, Velinka Grozdanić, Vlasta Rudan,

Križo Katinić, Dalibor Karlović, Marijana Braš, Goran Arbanas, Nikola Vranješ,

Slavko Sakman, Gordana Rubesa, Željka Crnčević Orlić, Ika Rončević Gržeta, Ivan Štengel,

Anđela Jeličić, Mirko Štifanić, Amir Muzur, Darko Marčinko, Dubravka Kocjan

Hercigonja, Branka Aukst Margetić, Nikolina Jovanović, Stanislav Rupčić, Mate Mihanović, Ninoslav Mimica,

Maksim Valenčić, Sladjana Štrkalj Ivezić

SADRŽAJ

USMENE PREZENTACIJE

DUHOVNOST I NOVE PARADIGME PSIHIJATRIJE

prof.dr.sc. N. SARTORIUS..... 11

SUICID – DRUGO MIŠLJENJE

prof. E. FREITAG..... 12

SEKSUALNE PERVERZIJE, ČINJENICE, TEORIJE, IDEOLOGIJE, DILEME

prof.dr.sc. M. SZENTMARTONI..... 13

HORMONALNA PODLOGA PATOLOGIJE SEKSUALNOSTI

prof.dr.sc. Ž. CRNČEVIĆ ORLIĆ..... 14

PSIHILOŠKI ASPEKTI POREMEĆAJA GENITOURINARNOGA SUSTAVA U MUŠKARCA S POSEBNIM OSVRTOM NA SEKSUALNOST

doc.dr.sc. M. VALENČIĆ..... 16

UTJECAJ AORTO-ILIJAKALNE OKLUZIVNE I ANEURIZMATSKE BOLESTI NA EREKTILNU DISFUNKCIJU

doc.dr.sc. M. KOVAČEVIĆ..... 17

SEKSUALNOST: MITOVI I DILEME

mr.sc. K. KULJANIĆ..... 18

NEUROFIJOLOGIJA DEPRESIJE I SUICIDALNOSTI

prof.dr.sc. M. JAKOVLEVIĆ..... 19

DEPRESIJA IZMEĐU SUDBINSKE DATOSTI I OSOBNE NEODGOVORNOSTI

prof.dr.sc. G. DODIG..... 21

I IZBAVI ME IZ MRAČNOGA ZLA: PSIHFARMAKOTERAPIJA DEPRESIJE

prof.dr.sc. M. MIHANOVIĆ..... 22

PSIHODINAMSKI PRISTUP DEPRESIJI

prof.dr.sc. V. RUDAN..... 23

DEPRESIJA I DUHOVNOST	
<i>prof.dr.sc. M. JAKOVLJEVIĆ.....</i>	27
POVEZANOST POLIMORFIZMA GENA ZA SEROTONINSKI TRANSPORTER (5-HTTLPR) S DIMENZIJOM SAMOTRANSCEDENCIJE	
KAO KARAKTERNE CRTE LIČNOSTI	
<i>doc. dr.sc. D. KARLOVIĆ.....</i>	29
DEPRESIJA – IZAZOV ZA CRKVENU PRAKSU	
<i>dr. sc. N. VRANJEŠ.....</i>	30
KRŠĆANSKA DUHOVNOST U POMAGANJU DEPRESIVnim OSOBAMA	
<i>prof.dr.sc. M. ŠPEHAR.....</i>	31
SUICIDI U DJECE I ADOLESCENATA	
<i>prof.dr.sc. D. KOCIJAN HERCIGONJA.....</i>	31
UNUTRAŠNJI SVIJET SUICIDALNOG BOLESNIKA	
<i>doc.dr.sc. D. MARČINKO.....</i>	33
FARMAKOTERAPIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA DEPRESIVnih, SHIZOFRENih i BIPOLARNIH PACIJENATA	
<i>prof. dr. sc. P. FILAKOVIĆ.....</i>	34
PSIHODINAMIKA SUICIDA I SUICIDALNOG PONAŠANJA	
<i>doc.dr.sc. I. RONČEVIC-GRŽETA.....</i>	36
SUICID I DUHOVNOST	
<i>prof.dr.sc. Đ. LJUBIČIĆ.....</i>	38
SUVREMENE KLASIFIKACIJE SEKSUALNIH POREMEĆAJA	
<i>dr.med G. ARBANAS.....</i>	39
BOLESTI OVISNOSTI I SEKSUALNOST: DUHOVNI ASPEKTI	
<i>prof.dr.sc. D. BULJAN.....</i>	42
NEKI ASPEKTI PSIHOPATOLOGIJE SEKSUALNIH PERVERZIJA	
<i>mr.sc. S. JANOVIC.....</i>	43

EREKTILNA DISFUNKCIJA: FARMAKOTERAPIJSKE MOGUĆNOSTI	
<i>prof.dr.sc. D. VITEZIĆ.....</i>	44
POREMEĆAJI SEKSUALNOSTI UZROKOVANI LIJEKOVIMA	
<i>prof.dr.sc . J. MRŠIĆ-PELČIĆ.....</i>	45
DEVIJANTNO PONAŠANJE, SEKSUALNOST I RELIGIOZNOST	
<i>dr.sc. B. AUKST-MARGETIĆ.....</i>	47
SEKSUALNOST I SVETO	
<i>mr.sc. A. JELIČIĆ.....</i>	48
PSIHJATRIJA U NEW YORKU: KOLIKO SMO RAZLIČITI,	
U ČEMU SMO SLIČNI	
<i>dr . M. BLOKAR:</i>	48
SEKSUALNOST I NASILJE: PRILOG RASPRAVI O POJAVNOSTI I PODRIJETLU	
ELEMENATA SPOLNOSTI U AGRESIVNOM PONAŠANJU	
<i>prof.dr.sc. A. MUZUR.....</i>	49
PSIHIČKO I DUHOVNO (NOETIČKO) U DEPRESIJI	
<i>doc.dr.sc. K. KATINIĆ.....</i>	50
SEKSUALNOST: JUČER, DANAS, SUTRA	
<i>prof.dr.sc. V. FOLNEGoviĆ- ŠMALC.....</i>	51
SEKSUALNO ZLOSTAVLJANJE MALOJETNIKA	
<i>doc.dr.sc. I. ŠTENGL.....</i>	52
DUHOVNOST I PALIJATIVNA MEDICINA	
<i>dr.sc. M. BRAŠ.....</i>	54
INTEGRACIJA TEHNIKA BUDISTIČKE MEDITACIJE U	
AUTOGENI TRENING	
<i>prim.dr.sc. V. BILIĆ.....</i>	55
KAZNENOPRAVNI ODGOVOR NA SEKSUALNO NASILJE	
<i>prof.dr.sc. V. GROZDANIĆ.....</i>	58

POSTERI

ULOGA DUHOVNOSTI U LIJEČENJU I REHABILITACIJI ALKOHOLIČARA <i>prim. mr. sc. V. GOLIK GRUBER.....</i>	62
BEZNADNOST I RELIGIJSKO SUČELJAVANJE U VETERANA SA PTSP-om <i>S. MIHALJEVIĆ, dr.med.....</i>	62
HAGIOTERAPIJA, DEPRESIVNOST I LJESTVICA ŽIVOTNIH VRIJEDNOSTI <i>S. MIHALJEVIĆ, dr.med</i>	63
PITANJA O SMISLU ŽIVOTA: DUHOVNOST UMJESTO SUICIDA <i>L. KNEŽEVIĆ, dr. med.</i>	64
POTREBA ZA LIJEČENJEM SEKSUALNIH PROBLEMA U DNEVNOBOLNIČKIM UVJETIMA <i>G. ARBANAS, dr.med</i>	65
 8 GESTALT PSIHOTERAPIJA PACIJENTA S EGZIBICIONIZMOM: OD STRAHA PRED KAZNOM DO ISTINSKE MOTIVIRANOSTI <i>dr. sc. L. GUDELJ.....</i>	66
BIBLIA I DEPRESIJA <i>J. IVELIĆ, dipl. učitelj duhovnosti.....</i>	68
ZNAČAJ SEKSUALNE MORALNOSTI U PROCESU OPORAVKA OVISNIKA O DROGAMA <i>mr.sc. D. MORAVEK.....</i>	69
ZNAČENJE DUHOVNOSTI U ODRŽAVANJU APSTINENCE U ALKOHOLIČARA <i>dr.sc. K. NENADIĆ-ŠVIGLIN</i>	71
DUHOVNA DIMENZIJA I NJEZINA INTERAKCIJA IZMEĐU PACIJENTA I OSOBLJA NA SUBAKUTNOM ODJELU NEUROPSIHJATRIJSKE BOLNICE U POPOVAČI <i>M. ŠAKIĆ, dr. med.</i>	72

Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju - HIDP



USMENE PREZENTACIJE

Život u harmoniji



KVENTIAX®

filmom obložene tablete 25 mg, 100 mg, 200 mg, 300 mg

97% bolesnika je dalo prednost liječenju kvetiapinom u odnosu na prethodnu antipsihotiku medikaciju radi bolje podnošljivosti i veće učinkovitosti.⁽¹⁾

kvetiapin

Moderan antipsihotik s izvrsnim omjerom učinkovitosti i sigurnosti⁽¹⁾

Sastav Svaka Kventiak 25 mg, 100 mg, 200 mg i 300 mg filmom obložena tabletka sadržava 25 mg, 100 mg, 200 mg i 300 mg kvetapiju u obliku kvetiapinfumarata. Terapiski indikacije Liječenje shizofrenije i liječenje umjerenih do teških maničnih epizoda. Doziranje i način primjene lijeka Kvetapija se mora primjenjivati dva puta dnevno sa ili bez hrane. Odnasli: Kod liječenja shizofrenije, ukupna dnevna doza za prva četiri dana liječenja iznosi 50 mg prvi dan, 100 mg drugog dana, 200 mg trećeg dana i 300 mg četvrtog dana nadalje. Od četvrtog dana nadalje, doza se mora titrirati do uobičajenog učinkovitog raspona doze od 300–450 mg/dan. Ovisno o kliničkom odgovoru i toleranciji pojedinog bolesnika na lijek, doza se može prilagoditi na 150–750 mg/dan. Kod liječenja maničnih epizoda povezanih s bipolarnim poremećajem, ukupna dnevna doza za prva četiri dana liječenja iznosi 100 mg prvi dan, 200 mg drugog dana, 300 mg trećeg dana i 400 mg četvrtog dana. Daljnje prilagodbe doze povišenje do maksimuma od 300 mg/dan do sedog dana, moraju biti provedene u povećanjima od maksimalno 200 mg dnevno. Ovisno o kliničkom odgovoru i toleranciji pojedinog bolesnika na lijek, doza se može prilagoditi na 200–800 mg/dan. Uobičajena učinkovita doza nalazi se u rasponu od 400–800 mg/dan. Primjena kod starijih bolesnika: Kao i drugi antipsihotici, kvetapija se mora primjenjivati s oprezom kod starijih, posebno tijekom početnog razdoblja doziranja. Ovisno o kliničkom odgovoru i toleranciji pojedinog bolesnika, razdoblje liječenje doze može biti dva, a dnevna doza može biti nizak nego kod mladih bolesnika. Djeca i adolescenti: Nekodaklevnost i učinkovitost kvetapijina kod djece i adolescenata nije ispitvana. Ostecanje bubrega: Kod bolesnika s ostecenjem bubrega, prilagodba doze nije neophodna. Ostecanje jetre: Kvetapija se ekstenzivno metabolizira u jetri. Zbog toga se kod bolesnika koji imaju ostecenje jetre kvetapija

mora primjenjivati s oprezom. Kod bolesnika koji imaju ostecenje jetre, mora se započeti sa 25 mg/dan. Ovisno o bolesničkim kliničkim odgovorom i toleranciji, doza se mora povećavati postupno sa 25–50 mg/dan do postizanja učinkovite doze. Kontraindikacije Preseganjljivo na djeluju tvar ili na bilo koju od pomoćnih tvari. Poslužna upozorenja i poslovne mјere opreza pri upotrebi Kardiovaskularne bolesti: Kvetapija se mora primjenjivati s oprezom kod bolesnika s pozitivnom kardiovaskularnom bolesti, cerebrovaskularnom bolesti ili pojedinim drugim stanjima s predispozicijom za hipertenziju; može inducirati orostenatu hipotenziju, osobito tijekom početnog razdoblja titracije doze, kada je potrebno razmotriti smanjenje doze ili postupnom titraciju doze. Napadnji/Anvizije: U kontroliранim kliničkim ispitivanjima, nije bilo razlike u incidenciji epileptičkih napadova kod bolesnika lječenih kvetapijom ili placeboom. Kao i kod drugih antipsihotika, preporучuje se oprez prilikom liječenja bolesnika koji su u prošlosti imali epileptičke napade. Ekszapitni simptomi: U kontroliranim kliničkim ispitivanjima, unutar preporučenog terapijskog raspona doze nije bilo razlike u incidenciji ekszapitarnih simptoma prema placebo. Tardivna diskinzija: Ukoliko se pojave znakovi i simptomi tardivne diskinzije, potrebno je razmotriti smjerenje doze ili prekid liječenja kvetapijom. Neuroleptični maligni sindrom: Neuroleptični maligni sindrom je bio povezan s liječenjem antipsihotikima, uključujući kvetapiju. Kliničke manifestacije uključuju hipertermiju, promjene mentalnog statusa, rigiditet mišića, autonomsnu nestabilnost i povisjenje kreatin fosfokinaze. Hiperglikemija: Hiperglikemija ili egizacracija od ranije početnog dijabetesa tijekom liječenja s kvetapijom bila je prijavljena u više rjeđakih slučajevima. Kod bolesnika s dijabetesom i kod bolesnika koji imaju razlike čimbenike za razvoj dijabetesa melitus-a preporučuje se odgovarajuću kliničku

nadviranje. QT/prolongacija: U kliničkim studijama i prilikom primjene u skladu s uputama za lijek, kvetapijin nije bio povezan s prolonzacijom apsolutnog QT-intervala. Medatin, QT/prolongacija je opažena nakon predoziranja. Kao i kod drugih antipsihotika, neophodan je oprez kada se kvetapijan propisuje u kombinaciji s lijekovima za koje je poznato da produžuju QT-intervall. Navedena mjeđu opreza je osobito značajna prilikom primjene kod starijih, kod bolesnika s congenitalnom prolonzacijom QT-intervala, kao i kod kongestivnog zatapanja srca, hipertrofije srca, hipokalemije i hipomagnesemije. Ovaj lijek sadržava laktuz. Bolesnici s rjeđkim nadnjim poremećajima nepodnođenja galaktose, Lapp laktaza deficijencijom ili glukozna galaktosa malabsorpcijom ne smiju uzimati ovaj lijek. Naspojave: Naječice prijavljivane neželjene učinci uz kvetapiju su pospasm, vrtoglavica, suhoća usta, blaga astenija, zatvara, tabihacija, ortostatska hipotenzija i dispepsija. Kao i kod drugih antipsihotika, primjena kvetapijina je bila povezana s porastom težine, sinkropom, neuroleptičnim malignim sindromom, leukopenijom, neutropenijom i periferijskim edemom. Način i mjesto izdavanja: Lijek se izdaje na recept, u jekarni. Ime i adresa proizvođača / podnositelja zahtjeva KRKA-FARMA d.o.o., Radnička cesta 48, 10 000 Zagreb, Hrvatska. Broj i datum rješenja o odobrenju za stavljanje lijeka u promet u Republici Hrvatskoj KVENTIAX® filmom obložene tablete 25 mg: Klasa: UP/I-5304/09/06-01/650 od 16. lipnja 2008. za pakovanje od 60 tablet; KVENTIAX® filmom obložene tablete 100 mg: Klasa: UP/I-5304/09/06/01/653 od 16. lipnja 2008. za pakovanje od 60 tablet; KVENTIAX® filmom obložene tablete 200 mg: Klasa: UP/I-5304/09/08/01/656 od 16. lipnja 2008. za pakovanje od 60 tablet; KVENTIAX® filmom obložene tablete 300 mg: Klasa: UP/I-5304/09/08/01/40 od 16. lipnja 2008. za pakovanje od 60 tablet.

Literatura: 1. Dev R, Ranawat J. Quetiapine - a review of its safety in the management of schizophrenia. Drug Safety 2000; 23 (4): 295–310.

Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cijeločišćenom odobrenom sažetučku svojstava lijeka te cijeločišćenom odobrenom uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima i homeopatskim proizvodima ("Narodne novine" broj I/82/2009).

Samо za zdravstvene djelatnike

Detaljnije informacije možete dobiti od firme: KRKA-FARMA d.o.o., Radnička cesta 48/lil. p.p. 206, Zagreb 10002, telefon 01/63 12 100, 63 12 101, Faks 01/61 76 739, E-mail: krka-farma@zg.hr, www.krka-farma.hr

Naša inovativnost i znanje posvećeni su zdravlju. Zbog toga naša odlučnost, ustrajnost i iskustvo zajedno doprinose jednom cilju – razvoju djelotvornih i neškodljivih proizvoda vrhunske kakovće.



DUHOVNOST I NOVE PARADIGME PSIHIJATRIJE

N. Sartorius

| 11

Prezentacija će prvo raspraviti činjenice koje su potrebne da bi se kritički ispitale trenutne prakse i teorije psihijatrije, a zatim predložiti mjere koje bi mogle dovesti do formulacije novih paradigmi u psihijatriji prilagođenih aktualnim društvenim kontekstima skrbi. Takve mjere morati će uključiti redefiniranje modela skrbi za psihički bolesne, koje više ne mogu ovisiti isključivo o osloncu u obitelji koja pruža skrb za većinu osoba s mentalnom bolešću, niti o zbrinjavanju od strane liječnika opće medicine na koje se prebacuje većina specijalističkih usluga. Među njima je i promjena modela poslijediplomske i dodiplomske naobrazbe u psihijatriji, te uvođenje aktivnosti kojima se mogu spriječiti stigma i diskriminacija psihički bolesnih u zdravstvenom sustav, te u svakodnevnom životu. Uloga duhovnosti je u funkciji da učini psihijatriju, svojim novim paradigmama, učinkovitijom i humanijom, o čemu će biti govor.

SPIRITUALITY AND THE NEW PARADIGMS OF PSYCHIATRY

The presentation will firstly discuss facts which make it necessary to critically examine the current practice and theory of psychiatry and then propose action that could lead to the formulation of new paradigms of psychiatry adapted to the current social contexts of care. Such action will have to include the redefinition of models of care for the mentally ill which can no longer be exclusively relying on families providing most of the care for the majority of people with mental illness nor on providing care by task -shifting from specialized services to general practitioners. Among them is also the change of the modes of postgraduate and undergraduate training in psychiatry and the introduction of activities that can prevent stigma and discrimination of the mentally ill in the health care system and in daily life. The role of spirituality in making psychiatry with its new paradigms function more effectively and humanely will be described.

SUICID – DRUGO MIŠLJENJE

Erhard Freitag

Institut za hipnozu Landschlacht, Švicarska

Fenomenom samoubojstva bave se mnoge znanstvene discipline, poput psihijatrije, psihologije, sociologije, filozofije, teologije, što daje naslutiti kako tu za sve nas postoji mnoštvo dodirnih točaka. Znači da svakome od nas, priznao on to ili ne, ulazi pod kožu govor smrti, pogotovo o samoubojstvu. Također pokazuje kako smrt predstavlja egzistencijalni problem. Ne doživljava se slučajno izraz "biti ili ne biti" širom svijeta kao bogat značenjem te mnoge potiče na razmišljanje. Smrt bi svakako mogla imati "ne biti" kao posljedicu, ali tko bi to htio ugraditi u svoju budućnost. Zasigurno će se "biti" odabratи radije nego "ne biti". Sigurno ima raznih subjektivno razumljivih razloga da netko sebi oduzme život npr. napusti scenu svijeta prije nego se zbog uznapredovale starosti pogorša kvaliteta života. Pomisao na samoubojstvo javlja se gotovo kod svakog čovjeka jednom ili više puta u životu. Katkad se čak čini da on želi testirati kako će to biti kada život bude okončan! Kako će doživjeti prijelaz iz ovog u onaj svijet. Znatiželjan je i zanima ga postoji li uopće onaj svijet? On se igra pomicajući na suicid, ali ne bi smio zaboraviti kako misli imaju sklonost postati ozbiljnima, ostvariti se, a to u ovom slučaju može biti smrtonosno! Točno je! Ono smo što mislimo. Pomožimo svojim štićenicima i darujmo im ljubav, kako bismo opravdali svoj poziv i učinili nešto dobrog u svijetu. Normalno je da Bog ima boravište u našem srcu i zbog njega bismo morali trpjeti druge Bogove. Možemo živjeti u sigurnosti da će On biti uz nas kad god ga zazovemo. Stvoritelj je uz nas, recimo mu hvala za sve što je On za nas već učinio. On misli, govori i djeluje kroz nas. U Njemačkoj, odnosno Bavarskoj, se pojednostavljenio kaže: Bog je bacio mozak s neba.

SUICIDE - THE SECOND OPINION

Many of scientific disciplines, such is psychiatry, psychology, sociology, philosophy, theology are dealing with phenomenon of suicide, which suggests that for all of us there are a multitude of contact points. Meaning that to everyone of us, admitted or not, speaking about death, particularly about suicide, goes under the skin. Also it shows that death is an existential problem. A phrase "to be or not to be" is, around the world, a phrase rich in meaning and encourages many to thinking. Death may certainly have "not to be" as a consequence, but who would want to incorporate that into his future. Certainly, „to be" is rather selected than „not to be". Surely there are variety of subjectively understandable reasons why someone takes his own life e.g. leaving the scene of the world before advanced age makes the quality of life worse. The thought on suicide occurs nearly in every person once or more in his/hers life. Sometimes it even seems that a person wants to test how it will be when life ends! What will the experience of transition from this world to another look like? One is curious and interested if there is another world? One has been playing with thinking of suicide, but one should not forget that ideas have a tendency to become a reality and in this case it can be deadly! Exactly! We are what we think. We should help our wards

by giving them love, in order to justify our call and do something good in the world. It is normal that God resides in our hearts and because of Him, we should bear with other Gods. We have to live in the certainty that He will be with us whenever we call upon him. Creator is with us, say thank you for all He already has done for us. He thinks, speaks and acts through us. In Germany, Bavaria, there is a saying: God has tossed the brain from Heaven.

SEKSUALNE PERVERZIJE, ČINJENICE, TEORIJE, IDEOLOGIJE, DILEME, PERSPEKTIVA KRŠĆANSKE ANTROPOLOGIJE

Mihály Szentmártoni

Isusovac, doktor psihologije, redoviti profesor psihologije i duhovnosti na Papinskom Sveučilištu Gregorijana u Rimu, Predstojnik Instituta za Duhovnost istog Sveučilišta

| 13

Ovo je izlaganje artikulirano u tri dijela.

U prvom dijelu istražuju se pojmovi, prije svega sama definicija pojma „seksualna perverzija“. Opravdanost ovog dijela temelji se na činjenici da među autorima ne postoji suglasnost oko značenja te riječi. Shvaćanja idu od jedne krajnosti, kako svaka seksualna aktivnost koja ne vodi genitalnom sjedinjenju, jest perverzna (Freud), do shvaćanja, da zapravo seksualna perverzija kao takva ne postoji (Ellis). Razmatra se mogućnost distinkcije između „perverzije“, „devijacije“, „bolesti“ i „grijeha“..

U drugom dijelu izlaganja pruža se panorama različitih pristupa seksualnim orientacijama, ponajprije homoseksualnosti u vidu dilema: dilema genetičara (genetski determinizam, da ili ne?), dilema psihoanalitičara (izražaj neuroze ili ne), dilema psihijatara (psihopatologija osobnosti ili seksualna deformacija?), dilema psihologa (da li se seksualna orientacija može mijenjati ili ne?), dilema teologa (što kaže Biblija o seksualnim perverzijama?).

U trećem dijelu izlaganja predlaže se pristup fenomenu seksualnosti s perspektive kršćanske antropologije. Ova antropologija gleda na osobu kao cjelinu, a ne samo na pojedini oblik ponašanja. Kad se radi o pomoći koju treba pružiti osobi, pitanje je kako sama osoba shvaća neku svoju seksualnu tendenciju: ako je shvaća kao bolest, potrebna joj je psihološka pomoć; ako je shvaća kao defekt, onda joj je potrebna duhovna pomoć, ako je shvaća kao grijeh, onda je potrebna isповijed u kontekstu katoličke duhovnosti.

**SEXUAL PERVERSIONS: FACTS, THEORIES, IDEOLOGIES, DILEMMAS.
THE PERSPECTIVE OF CHRISTIAN ANTHROPOLOGY.**

This paper is presented in three parts.

In the first part the author explores the meaning of the concept of „sexual perversion“. There is no consensus among authors on the definition of sexual perversion. The interpretations range between two extremes: at one extreme, every sexual activity that does not lead to genital intercourse is to be considered as „perverse“ (Freud); at the other extreme, sexual perversion as such does not exist at all (Ellis). It is proposed to see how some distinctions could help: perversion, deviation, illness, sin, etc.

In the second part of his paper the author presents a panoramic view of different approaches to sexual orientation: the dilemma of genetics (dealing with the biological determination of sexual orientation), the dilemma of the psychoanalysts (in what sense is a sexual dysfunction a neurotic symptom?), the dilemma of the psychiatrists (is sexual perversion necessarily a personality disorder?), the dilemma of the psychologists (what can be changed in a sexual orientation?), the dilemma of the theologians (what does the Bible say about sexual perversions?).

In the third part of the paper the author presents some principles of Christian anthropology, which contemplates the totality of the human person and not only some of his behaviour in an isolated way. The key issue is, how the person him/herself interprets his sexual behaviour: as an instance of pathology (a psychiatric/psychological help is needed), as a deviation (spiritual/pastoral counselling is appropriate to deal with the problem), or as a sin (the sacramental confession is viewed as an aid in the context of Catholic spirituality).

| 14

HORMONALNA PODLOGA PATOLOGIJE SEKSUALNOSTI

Željka Crnčević-Orlić

Zavod za endokrinologiju, KBC Rijeka

Hormoni su tvari koje luče endokrine žlijezde direktno u krv, a isti djeluju na ciljne stanice negdje u tijelu. Hormoni su neophodni za život. Potiču, održavaju i kontroliraju niz životno važnih situacija. Takve su i reproduktivne funkcije i seksualnost.

Prisutnost hormona tijekom embrionalnog razvoja djeluje na seksualnu diferencijaciju jedinke kao što i kasnije tijekom života djeluje na seksualnu orientiranost pojedinca kao i njegovu pojavnost. Hormoni i neurotransmitteri moduliraju seksualnu želju, uzbuđenje i druge komponente seksualnosti.

Centralnu hormonalnu kontrolu seksualnosti reguliraju kortikotropin, spolni hormoni, prolaktin, dopamin, noradrenalin i oksitocin.

U perifernoj hormonalnoj kontroli seksualnosti učestvuju pored spolnih hormona i

5HT5-hidroksitriptamin, NPY-neuropeptid Y, Supstanca P, VIP-vazoaktivni intestinalni peptid, Noradrenalin, NO-dusicni oksid, Prostaglandin E i holnergicni nervni završci. Poremećajem lučenja hormona ili nemogućnošću njihovog djelovanja dolazi i do ispada funkcija kojima su oni povod. Najčešći hormonalni uzroci patologije seksualnosti su manjak ili nezadovoljavajuće djelovanje spolnih hormona i to testosterona i estrogena, te ostalih steroidnih hormona kao što su ostali androgeni hormoni i njihovi metaboliti ili prohormoni, nadalje hormona štitnjače, hipofize i gušterice. Zakašnjeli pubertet javlja se kao poremećaj funkcije hipofize ili zbog primarnog hipogonadizma. Hipofunkcionalna hipofiza može izlučivati manjak gonadotropina koji dovodi do zakašnjelog rasta ili sazrijevanja gonada, kao što i nedostatak hormona rasta može djelovati na zakašnjeli ili nedostatni rast i razvoj organizma općenito.

Prirodni proces starenja također može djelovati na poremećaj seksualnosti muškaraca i žena, a suvremena nadomjesna terapija uvelike to popravlja.

Komorbidne bolesti nekih endokrinih poremećaja također mogu uzrokovati poremećaj seksualnosti, a njihovim prepoznavanjem iste se mogu uspješno terapijski riješiti.

| 15

HORMONAL BASIS OF PATHOLOGICAL SEXUALITY

Hormones are substances (chemical mediators) released from endocrine tissue into the bloodstream that attach to target tissue and allow communication among cells. Hormones regulate many functions of an organism, including mood, growth and development, tissue function, and metabolism. Hormones are necessary to maintain and control many life important situations, as well as reproductive or sexual functions both in man and woman.

The hormonal theory of sexuality holds that, just as exposure to certain hormones plays a role in fetal sex differentiation, such as exposure also influences the sexual orientation that emerges later in the adult. The steroid hormones play an important role in altering the survival or death of our organism as well as having organizational effects that produce sex differences in the connections and functions of the brain. Gonadal steroids also have activation effects which can be transient and are thought to coordinate behavior with either an internal event, such as ovulation, or an external event, such as the presence of a sexual partner. They also modulate sexual desire, arousal and other components of sexuality.

The main central hormonal control of sexuality is modulated by sex hormones, corticotrophin, prolactin, dopamine, noradrenalin and oxytocin. Peripheral hormonal control of sexuality modulated by sex hormones are, 5 - Hydroxytryptamine, Neuropeptide Y, Substance P, Vasoactive Intestinal Polipeptid, Noradrenaline, Nitric Oxide, Prostaglandin-E and cholinergic filaments.

Dysfunction of hormonal secretion or disability in sex hormone system often causes disorders in many related physiologic functions. Hormonal disorders which influence sexuality are caused by low or inadequate secretion of sexual hormones as are testosterone or estrogen other androgen hormones or their precursors as well as

pituitary hormones, thyroid hormones and pancreatic hormones. Delayed puberty can occur as a result either of pituitary dysfunction or of primary hypogonadism. A hypo-functioning pituitary gland, can produce a deficiency in either the gonadotrophic hormones, which retards maturation of the gonads, or growth hormone, which will diminish total growth during childhood. In addition, there are a large variety of disorders that cause absence or deficiency of sex hormone secretion by their effect on the gonads directly.

Physiologic aging process on its own can derange male or female sexuality .Modern hormonal replacement therapy can successfully improve these disturbances in the hormone levels.

Comorbid diseases of some endocrine disorders can also cause pathologic forms of sexuality, but recognizing them we can therapeutically resolve them successfully.

PSIHOLOŠKI ASPEKTI POREMEĆAJA GENITOURINARNOGA SUSTAVA U MUŠKARCA S POSEBNIM OSVRTOM NA SEKSUALNOST

Maksim Valenčić

Klinika za urologiju, KBC RIJEKA

Djelovanje poremećaja genitourinarnoga trakta na seksualnost u muškarca je dvojako. Samo postojanje nekoga od patoloških stanja urotrakta može biti neposrednim uzrokom slabljenja ili nestanka seksualne želje, odnosno straha od seksualnih aktivnosti, bez obzira radi li se pritom o urođenoj tjelesnoj mani, stečenoj posljedici ozljede, upali ili tumoru. Poremećaji u sferi genitourinarnoga trakta u većine muškaraca dovode do dramatičnih reakcija, a najčešća i najizraženija je strah, do panike. U stanju straha percepcija neugodnih organskih simptoma se višestruko pojačava i ovakvo se stanje u pravilu komplicira razvitkom teškoga psihičkoga opterećenja. Posljedica toga je povlačenje pacijenta u sebe i razvitak reaktivne depresije. Osim dijagnostike osnovne bolesti, za urologa je u takvih pacijenata bitno prepoznavanje psihičkih simptome. Takvim bolesnicima neophodno je uputiti posebnu pozornost, te ih na vrijeme, oprezno i taktično upoznati s potrebom psihijatrijskoga liječenja, koje većina pacijenata veoma teško prihvata.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF DISORDERS OF THE GENITOURINARY SYSTEM OF MALES WITH SPECIAL EMPHASIS ON SEXUALITY

Effect of disorders of genitourinary tract on sexuality in males is twofold. The existence some of a pathological condition of the urinary tract may be the indirect cause of the weakening or disappearance of sexual desire, or fear of sexual activity, whether the cause is of congenital nature, acquired consequence of injury, inflammation or tumor. Disturbances in the field of genitourinary tract in most males, lead to dramatic responses, the most common is fear, sometimes panic. In a state of fear perception of unpleasant symptoms from any organ is increased and such a condition usually leads to development of serious psychological stress. The

consequence of this state is the withdrawal of the patient in himself and the development of reactive depression. In addition to diagnosing the primary disease, for the urologists is essential in these patients to recognize mental symptoms. It is necessary to treat such patients with special attention, approaching carefully and tactically to the need for psychiatric treatment, which most patients accept with great difficulty.

UTJECAJ AORTO-ILIJAKALNE OKLUZIVNE I ANEURIZMATSKE BOLESTI NA EREKTILNU DISFUNKCIJU

M. Kovačević, D. Vitezić, S. Sotošek, S. Kovačić,

G. Martinović, D. Primorac

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

KBC Rijeka

Ciljevi

Studije pokazuju da aorto-ilijakalna okluzivna aterosklerotska bolest (Sy. Leriche) dovodi do erektilne disfunkcije (ED). Nakon operacijskog liječenja aorto-ilijakalne aneurizmatske bolesti dolazi do razvoja ED-a, a najčešće zbog ligature, prekrivanja ili embolizacije unutarnje ilijakalne arterije koja irigira organe zdjelice, kao i disekcije paraaortalnog i hipogastričnog pleksusa koji doprinose erekciji.

Metode

Pretražene su relevantne publikacije do prosinca 2010. godine u MEDLINE, EMBASE, Biological Abstracts te lista citata članaka koji su uključeni u istraživanje. Suglasnošću autora uključeni su radovi te su analizirani i izdvojeni rezultati, podaci o tipu istraživanja, obuhvaćenim bolesnicima i ishodima liječenja.

Rezultati

Ovim istraživanjem obuhvaćeno je 16 studija. Postoji heterogenost glede tipa istraživanja, učesnika te kirurških i endovaskularnih postupaka koji su primjenjeni u liječenju. Rezultati pokazuju da 75% bolesnika s okluzivnom aorto-ilijakalnom bolesti imaju ED te da endovaskularno ili kirurško liječenje poboljšava penilnu prokrvljenost i posljedično dovodi do regresije simptoma.

U bolesnika s aneurizmatskom bolesti uspoređuje se kirurško liječenje s endovaskularnim postupcima. Glavni cilj u prevenciji ED-a je sačuvati prohodnost unutarnje iliačne arterije i spriječiti njenu embolizaciju te sačuvati hemodinamsku stabilnost bolesnika tijekom operacijskog zahvata.

Zaključci

Bolesnicima s okluzivnom bolesti revaskularizacija ili dezobliteracija unutarnje ilijakalne arterije poboljšava zdjeličnu i penilnu irigaciju i smanjuje postotak ED-a. U bolesnika s aorto-ilijakalnom aneurizmatskom bolesti krucijalno je sačuvati prohodnost unutarnje ilijakalne arterije, spriječiti njezinu embolizaciju i minimizirati disekciju paraaortalnog i hipogastričnog pleksusa koji doprinose erekciji.

THE INFLUENCE OF AORTO-ILIAC OCCLUSIVE AND ANEURYSMATIC DISEASE ON ERECTILE DYSFUNCTION

Objective

Patients with aorto-iliac occlusive in great percentage have erectile dysfunction (ED). After open repairs and aneurysmatic disease, patients reported significantly increased sexual dysfunction during the postoperative period due to lesion, exlusion, ligation, embolism of aneurysmatic debris to hypogastric arteries and dissection of para-aortic and superior hypogastric plexuses which contributes to erectile response.

Methods

We searched for relevant publications released up to December 2010 in the MEDLINE, EMBASE, and Biological Abstracts. The citation lists of review articles and included trials were also searched. The literature search results were screened, and by consensus among the authors, relevant articles were retrieved. Data was extracted from each identified paper and included information on study design, participants, and outcome measures.

| 18

Results

In this investigation 16 studies were included. There was clinical heterogeneity regarding the patients' demographics at baseline, type of recruitment, and surgical technique. Studies with open surgery with aorto-iliac occlusive disease reported that up to 75% of patients have ED. In these patients endovascular therapy or open surgery could improve penile blood flow.

In patients with aneuysmatic disease recent studies compare outcome of open surgery and endovascular therapy, and the main objective is to avoid closure or embolism of internal iliac artery and to avoid hemodynamic instability during procedure.

Conclusion

In patients with aorto-iliac occlusive disease revascularization improve pelvic and penile blood flow. In patients with aorto-iliac aneurysmatic disease crucial is to preserve at least one internal iliac artery, to preserve hypogastric plexus and to avoid embolism of internal iliac artery.

MITOVI I DILEME SEKSUALNOSTI

Karin Kuljanić

Centar za kliničku, zdravstvenu i organizacijsku psihologiju, KBC Rijeka

Razumijevanje seksualnosti i seksualnog zdravlja doživjelo je značajne promjene u posljednjih 40-ak godina. Medikalizacija seksualnosti je postala uobičajena, osobna i partnerska očekivanja o savršenoj izvedbi seksualnog čina je obavezna, laka dostupnost seksualnih sadržaja izvire s interneta i medijskog prostora i gotovo je nemoguće izbjegći bombardiranje velikog broja neprovjerjenih informacija koje uključuju različite oblike seksualnog izražavanja. Koji mitovi i dileme o seksualnosti

opstaju, a koji se razvijaju u suvremenom društvu, što je to seksualno zdravlje i je li ga moguće ostvariti, te koje su odrednice seksualno zdravog odnosa u kontekstu pripadajućih društvenih kontroverzi biti će ponuđeni na promišljanje kroz bio-psihosocijalne odrednice ljudske seksualnosti.

MYTHS AND DILEMMAS OF SEXUALITY

Understanding of sexuality and sexual health has undergone substantial changes in the last 40 years. Medicalization of sexuality difficulties has become a reasonable source of treatment, personal and partner's expectations about the perfect performance of the sexual act is "a must", easy availability of sexual content originates from the Internet and media space and it is almost impossible to escape the bombardment of a large content of information involving different forms of sexual behaviour. What are the common myths and doubts about sexuality, what is the sexual health and whether it can be achieved, and what are the determinants of a healthy sexual relationship in the context of related social controversies will be discussed through the bio-psychosocial and socio-cultural determinants of human sexuality.

| 19

NEUROFIZIOLOGIJA DEPRESIJE I SUICIDALNOSTI

Miro Jakovljević

Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb

Kada se govori o spiritualnim aspektima depresije i suicidalnosti, treba imati na umu teoriju disfunkcije tzv. transcendentalnog mozga i teoriju abnormalne disinkronije. Čovjekov um je od samog početka života ustrojen tako da smatra da u svijetu postoje nevidljiva pravila, sile i bića, a osjećaj za nadnaravno je nešto s čime se rađamo, što raste s nama i određuje kako ćemo razumijevati svijet. Osjećaj za nadnaravno povezan je s aktivnošću određenih neuralnih struktura našega mozga koje se mogu nazvati transcendentalnim mozgom. Naš možak stvara ustrojuma koji nas prirodno navodi da prepostavimo strukture i zakonitosti u svijetu i da tumačimo svijet stvarajući intuitivne teorije, a one stvaraju i osjećaj za nadnaravno. Ovaj je um evolucijski stariji u smislu ljudskog razvoja, a naziva se intuitivni, prirodni, automatski, heuristički i implicitni um. Drugi um ili racionalni povezan je sa sustavom mozga koji je noviji u ljudskoj evoluciji, a omogućuje nam pojmovno-logičko, analitičko-racionalno i eksplicitno mišljenje, te promišljeno-trudbeno-namjerno ponašanje. U bolesnika s depresijom oba su ova uma disfunkcionalna što se očituje raznovrsnim kliničkim slikama.

Čini se kako su dopamin i dimetiltriptamin (DMT) vrlo važni za razumijevanje osjećaja za nadnaravno. Ako je prejaka dopaminergička aktivnost u mozgu vide se i prepoznaju svakojake zakonitosti i značenja, a ako je preslabu ne prepoznanje se ništa, gubi se smisao. Promijenjen osjećaj za stvarnost može biti razlog zašto je manija često povezana s kreativnošću. Smanjena dopaminergička aktivnost u sustavu nagrade

povezana je s anhedonijom, ali i gubitkom smisla i interesa. Relativno povišena aktivnost sustava kazne može biti povezana sa idejama krivnje i suicodalnošću. DMT je povezan s epifizom koja ima važnu ulogu i regulaciji bioritmova, a povezana je i s duhovnoću.

Gama visokofrekventne bioelektrične oscilacije mozga oko 40 Hz postaju sve interesantnije u istraživanjima duhovnosti, ali i patofiziologije depresije. Naime, gama aktivnost se sve više dovodi u svezu sa procesima integrativnog vezivanja različitih cerebralnih aktivnosti u jedinstvene mreže. Oštećenje visokofrekventne neuronalne sinkronije, koja omogućuje visok stupanj behavioralne plastičnosti i mogućnost generiranja različitih strategija za razrješenje konflikta, povezana je sa kognitivnim, emocionalnim i perceptualnim deficitom u depresiji. Po nekim mišljenjima depresija je posljedica desinkronizacije između neuronalnih mreža koje opslužuju kognitivne i emocionalne module jer je njihova aktivacija i dezaktivacija neusklađena. Poremećena gama sinkronizacija opisana je u lijevom frontalnom režnju, a nađena je i povezanost između simptoma psihomotornog osiromašenja i smanjene gama sinkronije, simptoma distorzije realiteta i povišene sinkronije u desnoj hemisferi, te simptoma dezorganizacije i difuzno povišene sinkronijem posebice u posteriornim regijama.

NEUROPHYSIOLOGY DEPRESSION AND SUICIDE

When talking about the spiritual aspects of depression and suicidal thoughts, should keep in mind the theory of dysfunction so-called transcendental theory of the brain and theory of abnormal non-synchrony. One's mind is from the very beginning of life structured in a way that we are convinced that in the world there are invisible rules, forces and creatures, and the sense for the supernatural is something with what we are born, it grows with us and determines how we understand the world. Sense for the supernatural is associated with the activity of certain neural structures of our brain which can be called transcendental brain. Our brain creates the structure of the mind with which he is making us that we have to accept the structures and rules in the world, and that we have to interpret this world, creating an intuitive theory, and those also create a sense of the supernatural. This is an evolutionary older mind in terms of human development, and is called an intuitive, natural, automatic, heuristic and implicit. Second or more rational mind is associated with the system of the brain that is newer in human evolution, and allows us to conceptual - logical, analytical-rational thinking and explicit, and advisedly-intentional behavior. In patients with depression of both these minds are dysfunctional, which is reflecting in various clinical pictures.

It appears that dopamine and dimethyltryptamine (DMT) are very important for understanding the feelings of the supernatural. If dopaminergic activity in the brain is too strong, brain can see and recognize all manner of laws and meanings, and if it is too weak it will not detect nothing, than losing the meaning. Changed feeling for reality may be the reason why the mania is often associated with creativity. Reduced dopaminergic activity in the system of rewards is associated with anhedonie, but also with the loss of interest and meaning. Relatively high activity in the system for

penalties may be associated with ideas of guilt and suicide. DMT is connected with the pineal gland, which plays an important role in the regulation of biorhythms, and is also associated with spirituality.

Gamma of high frequency bioelectrical brain oscillations around 40 Hz becomes interesting in the study of spirituality, and also in the pathophysiology of depression. Specifically, the gamma activity is more and more associated with the processes of integrative binding of different cerebral activity in a unique networks. Damage of high -frequency neuronal synchrony, which allows a high degree of behavioral plasticity and ability to generate different strategies for resolving the conflict, is associated with cognitive, emotional and perceptual deficits of depression. According to some views, depression is a consequence of desynchronization between the neuronal networks which serve cognitive and emotional modules, because their activation and deactivation inconsistent. Disturbances of gamma synchronization is described in the left frontal lobe and a correlation was found between symptoms of psychomotoric depletion and reduced gamma synchrony, symptoms of reality distortion and increased synchrony in the right hemisphere, and disorganization symptoms and diffuse increased synchrony in particular in posterior region.

| 21

DEPRESIJA IZMEĐU SUDBINSKE DATOSTI I OSOBNE NEODGOVORNOSTI

Goran Dodig

Klinika za psihijatriju, KBC Split

Iako je depresija iznimno složeno stanje sa krajnje ozbiljnim posljedicama i na osobnom i na kolektivnom planu često se nameće pitanje do koje mijere pojedinac može sam utjecati na njeno pojavljivanje ili pak na ublažavanje njenih posljedica.

Stoga, čini mi se razumnim promatrati depresiju i u kontekstu životne filozofije koja može na izvjestan način biti razlogom barem stvaranja određenih uvjeta koji pogoduju razvitku depresije. Ne negirajući biologische osnove depresije moramo se zapitati što se događa s našim pristajanjem na način života koji u nama stvara trajnu napetost koja silno crpi naše psihološko biološke kapacitete i dovodi do stanja koja itekako mogu biti izvorom javljanja depresije.

U tom kontekstu nije zanemariva biblijska mudrost o umjerenosti kao trajnoj filozofskoj vrijednosti isto kao jedna od Budihinih istina o požudi kao uzroku patnje. Sve to dakako ima ozbiljni suodnos i s kršćanskih stajališta, slobodom izbora kao jednom od najvećih vrednota koje Bog daje čovjeku.

No je li čovjeku dana samo sloboda izbora bez odgovornosti ili i intelekt kojim može prosuditi te moralna načela kao putokaz? Unatoč tome suvremenim čovjek bira nešto drugo. Zašto? Imajući to u vidu je li suodgovoran pri izboru beznadnosti umjesto nade, tuge umjesto radosti, a da toga nije posve svjestan?

DEPRESSION: AMONG DESTINY AND PERSONAL IRRESPONSIBILITY

Although depression is an extremely complex condition with extremely serious consequences at the personal and collective levels, often the raised question of the extent to which an individual can influence on its occurrence or on mitigate its effects. Therefore, it seems reasonable to observe the depression and in the context of philosophy of life, which may in some way be a reason for at least the creation of certain conditions conducive to the development of depression. Without denying the biological basis of depression, we must ask ourselves what is happening with our docking to a lifestyle that in us creates a permanent tension which intensely exhausts our psychological and biological capacities and leads to a situation which could surely be the source of the occurrence of depression.

In this context, is not negligible, the biblical wisdom of moderation as a permanent philosophical value as well as one of Budha's truth about lust as a cause of suffering. All this, of course, has a serious relationship between and the Christian point of view, freedom of choice as one of the greatest values that God gives to man.

But if the man only got freedom of choice without responsibility, or and the intellect with which can judge, and moral principles as a guideline? Despite that modern man is choosing something else. Why? With that in mind, is he partly responsible for the selection of hopelessness instead of hope, sorrow instead of joy, and that it is not entirely aware of?

| 22

I IZBAVI ME IZ MRAČNOGA ZLA: PSIHOFARMAKOTERAPIJA DEPRESIJE

**Mate Mihanović, Slađana Zlatarević,
Svetlana Šitum, Paola Presečki**
Psihijatrijska bolnica "Sveti Ivan"

Depresija je jedan od vodećih uzroka onesposobljenosti diljem svijeta. Također je jedan od vodećih javnozdravstvenih problema s kojim se susreću, kako specijalisti psihijatri, tako i liječnici primarne zdravstvene zaštite. Stoga je adekvatno terapijsko zbrinjavanje osoba s depresivnim poremećajem visoko na listi prioriteta vodećih svjetskih zdravstvenih institucija i organizacija i u tu svrhu su na temelju konsenzusa konstruirani i brojni terapijski algoritmi i smjernice. Farmakoterapija je najviše istraživana i najbolje dokumentirana terapija depresivnog poremećaja. Učinjene su brojne randomizirane kontrolne studije, od kojih su mnoge limitirane metodološkim nedostacima, te ostaju brojna otvorena pitanja pri odabiru optimalne farmakoterapije u svakodnevnoj kliničkoj praksi.

Odabir antidepresiva trebao bi biti baziran na individualnom pristupu bolesniku što uključuje ponajprije uspostavljanje adekvatnog komplajensa a zatim i adherencije, te akceptiranju kliničkih faktora kao što su to profil simptoma, komorbiditet, tolerancija

na lijek, interakcije lijekova, odgovor na prijašnju terapiju, nuspojave, te logično, i sklonosti samoga bolesnika.

BUT DELIVER US FROM EVIL: PSYCHOPHARMACOTHERAPY OF DEPRESSION

Depression is one of the main causes of disability worldwide and also one of the major problems in public health encountered by psychiatrists and general practitioners. Adequate therapeutic care of depressed patients is high on the priority list of leading world healthcare institutions and organizations; which is why many therapeutic algorithms and guidelines are constructed. Pharmacotherapy is the most broadly studied and best documented therapy for depressive disorder. Numerous randomized control studies are conducted, though many of them are limited by methodological deficiencies, which leave a high number of unanswered questions in the selection of optimal pharmacotherapy in daily clinical practice. The choice of antidepressants should be based on individual criteria, primarily adequate compliance and adherence, and in consideration of clinical factors including: symptom profile, comorbidity, tolerability profile, previous response, side-effects and logically patients preferences.

| 23

PSIHODINAMSKI PRISTUP DEPRESIJI

Vlasta Rudan,

Klinika za psihološku medicinu KBC Zagreb,
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Psihoanalitičke teorije porijekla i mehanizma depresije započele su s Freudovim radom „Žalovanje i melankolija“ (1917). U ovom svom radu Freud je promaknuo nekoliko ideja o depresiji. Žalovanje nastupa nakon gubitka kojeg predstavljaju smrt ili odvajanje od voljene osobe ili stvari.

Glavna analogija između žalovanja i depresije upravo se odnosi na tvrdnju da je depresija posljedica gubitka voljene osobe, tj. da depresija rezultira iz gubitka objekta. Gubitak ne mora biti stvaran, nego se može raditi o gubitku u fantaziji. Pacijent čak ne mora biti svjestan bilo kakvog osjećaja gubitka. Drugim riječima, percepcija gubitka može biti posve nesvjesna.

Na temelju kliničkih opservacija Freud je depresiju također vezao uz identifikaciju i agresiju. Kada netko izgubi voljenu osobu, smatrao je Freud, pokušava postati kao osoba koju je izgubio. Na taj način pokušava ublažiti ili poništiti gubitak. Ovakva se reakcija prvi puta pojavljuje vrlo rano u životu. Malo dijete kojeg je majka ostavila, identificirati će s njom preko majčinskog ponašanja prema lutki ili životinji ljubimcu. Izgleda da se dijete tako pokušava uvjeriti da majka nije otisla, da je još uvijek uz njega kao što bi to ono željelo. Ovakvu identifikaciju s odsutnim objektom za kojim osoba osjeća žudnju, prema Freudu predstavlja opću karakteristiku čovjekovog mentalnog života.

Identifikacija je obrana protiv gubitka objekta koja ima trenutačnu posljedicu.

Posljedica rezultira iz činjenice da se voljena osoba, osobito ona koja napusti ili ode, jednako voli kao što se i mrzi. Upravo u slučajevima u kojima postoji jaka ambivalencija, tj. u kojima snažna ljubav koegzistira sa snažnim bijesom i mržnjom, identifikacija s izgubljenim objektom dovodi do depresije. Freud je smatrao da ovo okretanje agresije protiv samoga sebe objašnjava neke simptome često prisutne u pacijenata s depresijom, na primjer sniženje samopoštovanja, samooptuživanje, samoozljeđivanje, mučenje samoga sebe i suicid, čineći tako sebi ono što bi volio činiti istovremeno voljenom i mrženom izgubljenom objektu.

Abraham (1924.), u svom glavnom doprinosu psihologiji depresije, još jače istaknuo mjesto oraliteta u depresiji. Predispozicija za depresiju kasnije u životu potjeće iz psihičke traume i posljedične fiksacije na oralnoj fazi psihoseksualnog razvoja, a što znači da nastaje unutar prvih 18 mjeseci života. Drugim riječima, prema Abrahamu i nekim drugim psihanalitičkim autorima, za osobu koja kasnije u životu postane depresivna, može se s priličnom sigurnosti pretpostavljati da je u ranom djetinjstvu bila napuštena ili zanemarena od majke.

| 24

Melanie Klein se s manično-depresivnim stanjima i žalovanjem bavila u dva članka iz 1935. i 1940. godine. Počevši od shvaćanja Freuda i Abrahama da ova stanja rezultiraju iz iskustva gubitka voljenog objekta, Klein je dodala da se gubitak u fantaziji: a.) doživljava kao da je povezan s vlastitim sadističkim impulsima koji su povrijedili ili oštetili voljeni objekt i b.) da se on odnosi na gubitak voljenog *unutarnjeg* objekta. Također je istakla da tek kada se objekt počne voljeti kao cijeli objekt, njegov gubitak se može doživjeti kao potpun gubitak. „Bolnost stvarnog gubitka voljene osobe, prema mome viđenju, jako je povećana nesvesnjim fantazijama osobe koja žaluje da je također izgubila njezine 'dobre' unutarnje objekte. Tada osjeća prevlast njezinih unutarnjih 'loših objekata' i njezin je unutarnji svije u opasnosti da razaranja“ (Klein 1940.).

U Bibringovom (1953.) modelu depresije, depresivni simptomi rezultiraju iz frustriranih težnji i doživljaja bespomoćnosti. Nesposobnost osobe da ispuni svoje želje da bude voljena, da voli, da je sigurna i dobra, umjesto da je nevrijedna ljubavi, nesigurna, agresivna i destruktivna, vodi depresiji.

Blatt (1982.) ističe brojne pokušaje koji se rade kako bi se razlikovalo tipove depresije na temelju izraženih simptoma. Nezadovoljstvo s ovom simptomatskom klasifikacijom depresije vodilo je nekoliko grupe kliničkih istraživača, s različitim teorijskim gledištim, da predlože razlikovanje tipova depresija na temelju životnih iskustava ili problema koja vode pojedinca da postane depresivan. U ovom pristupu depresija je shvaćena šire od samog kliničkog poremećaja, kao afektivno stanje koje se rangira od blage i odgovarajuće prolazne reakcije na teške životne događaje do dubokog i trajnog onesposobljavajućeg kliničkog poremećaja koji uključuje jaku disforiju, iskrivljenu kogniciju i neurovegetativne poremećaje kao što su gubitak sna i tjelesne težine i gubitak libida. Blattovi doprinosi primarno proizlaze iz integracije psihanalitičke ego psihologije s razvojnom kognitivnom teorijom. Ovaj autor razlikuje između ovisnog (ili anaklitičkog) i introjektivnog (samokritičnog) tipa depresije koji su barem na fenomenološkoj razini slični Beckovom (1983.) socijalno ovisnom i autonomnom tipu depresije.

Razvojno psihodinamsko gledište usmjerava se na osjetljivost prema depresiji i suicidu koja se manifestira kroz sposobnost za brigu o sebi i za vlastitu utjehu, sposobnost za razvoj i korištenje zaštitnih udruživanja, regulaciju samopoštovanja i drugo, uz više tradicionalno isticanje promjenjivosti agresije i kontrole impulsa (King 2003.; King, Aptor i Zohar 2007.).

Psihoanalitičke teorije i istraživanja podupiru povezanost između agresije i depresivnih simptoma. Međutim, malo je istraživača istraživalo ili pokušavalo izvesti zaključak o obimu do kojeg se povezivanje između agresivnih tendencija i depresivnih simptoma može objasniti genetskim i iskustvenim čimbenicima koje je još naglašavao Freud. Ako je Freud bio u pravu, navode Haddad i suradnici (2008.), veza između prema unutra usmjerene agresije i čimbenici iskustva koji objašnjavaju varijacije u agresivnosti trebali bi također barem djelomično objasniti varijacije u depresivnim simptomima unutar populacije.

Gornji primjeri ukazuju na postojanje korisnih kliničkih i empirijskih istraživanja depresije psihoanalitičkim pristupom, a koja pokušavaju voditi prema umanjivanju teorijskih razlika kako unutar same psihoanalice tako i izvan nje.

| 25

PSYCHODYNAMIC APPROACH TO DEPRESSION

Psychoanalytical theories of origin and the mechanisms of depression were initiated by Freud's (1917) „Grief and Melancholy“. In his work Freud promoted several ideas about depression. Grief occurs after a loss caused by death or separation from a loved person or object.

The main analogy between grief and depression relates to the very claim that depression is a consequence of the loss of a loved person, i.e. that depression results from the loss of an object. The loss does not necessarily need to be real, but it can exist in a person's fantasy. The patient needn't even be aware of any kind of loss. In other words, the perception of loss can be completely unconscious.

Based on clinical observations, Freud linked depression with identification and aggression as well, Freud believed that when a person loses a loved one, they are trying to become like the person they lost. In that way they are trying to alleviate or annul the loss. This kind of reaction happens very early in life for the first time. A small child, who was abandoned by his mother, will identify himself with the mother by behaving in a motherly way towards his doll or pet. It seems that in this way the child is trying to convince himself that the mother didn't leave, that she is still with him as he wishes her to be. According to Freud this type of identification, with an absent object for which a person yearns, represents a general characteristic of human mental life.

Identification is a defence from the loss of an object and it has an immediate consequence. The consequence results from the fact that the loved person, especially the one who abandons or walks away, is as much loved as it is hated. It is exactly in the cases where there is strong ambivalence, i.e. where the strong feelings of love coexist with strong hatred and anger, the identification with the lost object leads to depression. Freud believed that the act of turning the aggression towards oneself

explains some symptoms which are often present in depressed patients, e.g. lower self-respect, self-accusation, self-harm, self-torture and suicide, by which they do to themselves that which they wish to do to the lost object, at the same time loved and hated.

In his main contribution to the psychology of depression Abraham (1924) put an even greater emphasis on the orality in depression. The predisposition for depression later in life originates from a psychological trauma and consequential fixation on the oral phase of psychosexual development which develops within the first 18 months of life. In other words, according to Abraham and some other psychoanalytical authors, for a person who develops depression later in life, one can assume with quite a high level of probability, that they were neglected or abandoned by their mother in early childhood.

Melanie Klein wrote about manic-depressive states and grief in two articles, in 1935 and 1940. Starting from the beliefs of Freud and Abraham that these states result from the experience of the loss of a loved object, Klein added that the loss in fantasy: a) is experienced as connected with own sadistic impulses which hurt or damaged the loved object and b) that it relates to the loss of a loved inner object. She also stated that only when the object becomes loved as a whole object, its loss can be experienced as complete. "The pain of the real loss of a loved person, as I see it, is markedly increased by unconscious fantasies of the grieving person so that it also lost its 'good' inner objects. Then the person feels the domination of their inner 'bad objects' and their inner world is in danger of destruction." (Klein 1940).

In Bribring's (1953) model of depression, the depressive symptoms result from frustrated aspirations and a feeling of helplessness. The inability of a person to satisfy their wish to be loved, to love, to be safe and good instead of being unworthy of love, insecure, aggressive and destructive, leads to depression.

Blatt (1982) stresses numerous attempts which are done in order to distinguish between different types of depression based on prominent symptoms. Dissatisfaction with this symptomatic classification of depression prompted several groups of clinical researchers, with different theoretical viewpoints, to propose that different types of depression should be recognized based on life experiences or problems which caused the depression. In this approach depression is perceived in a wider sense than a mere clinical disorder, i.e. as an affective state which ranges from mild and appropriate transitory reaction to serious and difficult life events, to a deep and permanent incapacitating clinical disorder which includes strong dysphoria, distorted cognition and neurovegetative disorders such as sleep deprivation, weight loss and loss of libido. Blatt's contributions primarily originate from the integration of psychoanalytical ego psychology and developmental cognitive theory. This author distinguishes between dependent (or anachistic) and introjective (self-critical) type of depression which are, at least on the phenomenological level, similar to Beck's (1983) socially dependent and autonomous type of depression.

Developmental psychodynamic viewpoint is directed towards sensitivity to depression and suicide which is manifested through the ability of self-care and consolation, ability to develop and use protective association, regulation of self-respect and other, with a

more traditional accent on the changeability of aggression and impulse control . Psychoanalytical theories and research support the connection between aggression and depressive symptoms. However, few studies explored or tried to find an answer regarding the scope within which the connection between aggressive tendency and depressive symptoms can be explained by genetic and experiential factors which were emphasized by Freud as well. If Freud was right, Haddad et al. (2008) explain, the connection between internally directed aggression and experiential factors which explain the variation in aggression, should also, at least in part, explain the variation in depressive symptoms within the population.

The above mentioned examples indicate that there are useful clinical and empirical studies of depression with psychoanalytical approach which are trying to steer towards the diminishing of the theoretical differences within psychoanalysis itself, as well as outside of it.

DEPRESIJA I DUHOVNOST

Miro Jakovljević

Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb

| 27

*Čuda se ne događaju u kontradikciji s prirodom,
već u kontradikciji s onim što mi znamo o prirodi
Sveti Augustin*

Umijeće života jest u teškim i bolnim životnim situacijama otkriti njihovo istinsko značenje, vrijednosti i smisao života, a time i zdravlja i bolesti. Život nam jednostavno postavlja zadatke, ponekad jako bolne, ponekad nevjerojatno teške. Svrha svega ružnog što nam se dogodilo jest da kasnije u našoj budućnosti nešto bude bolje. Dobro koje proizlazi iz svih loših stvari koje nam se događaju jest u tomu što nam pomaže da iz sebe izvučemo svoj najbolji dio, svoju suštinu, odnosno da transcendiramo. Prema M. Kirshenbaum (2004) deset je slijedećih razloga za sve što nam se događa u životu: 1. Da bismo imali doživljaj pripadnosti i osjećali se u svojem svijetu istinski dobro kao kod kuće; 2. Da bismo u potpunosti prihvatali sebe; 3. Da bismo shvatili da se možemo oslobođiti strahova koji nas sputavaju; 4. Da bismo stekli sposobnost oprštanja; 5. Da bismo otkrili svoje istinske talente; 6. Da bismo otkrili istinsku ljubav; 7. Da bismo postali jači; 8. Da bismo naučili uživati i radovati se životu; 9. Da bismo naučili živjeti s osjećajem da imamo određenu misiju i svrhu u životu; 10. Da bismo postali istinski dobre osobe.

Depresija se često javlja u osoba koje nisu našle svoje mjesto u svijetu zbog usmjerenosti prema lažnim ili pogrešnim vrijednostima zbog čega nisu uspjeli odgovoriti na važna životna pitanja, pa su razvile duboki osjećaj da s njima nešto nije u redu. Nedostatak samopouzdanja i osjećaj vlastite bezvrijednosti često su povezani

s osjećajem nepripadanja ovome svijetu, kao i neprepoznavanjem svojih pravih talenata i potencijala, kao i životne misije. Strah od neprihvatanja, odbacivanja ili poraza, kao i sklonost okrivljavanju, potisnuti bijes i nesposobnost oprštanja sebi i drugima igraju važnu ulogu u dinamici depresije. Istinska, bezuvjetna i zdrava ljubav često nije bila prisutna u dovoljnoj mjeri u životu bolesnika sa depresijom, tako da nisu razvili dovoljno sposobnost oprštanja i zahvalnosti. Duhovni čin ljubavi omogućuje da shvatimo i doživimo autentične potencijale bližnjih, ali i svoje vlastite, te da otkrijemo pravi smisao života. Isto tako, osobe koje se ne znaju istinski radovati životu lakše izgube ili uopće ne otkriju pravi smisao života. Prema V. Franklu svatko u životu imade svoj specifičan poziv ili osobitu misiju da ostvari neku konkretnu zadaću, u čemu ga nitko ne može zamjeniti jer je povezana s pitanjem smisla njegova života. Međutim, ne pita samo čovjek za smisao života, nego život njemu postavlja pitanja na koja on treba odgovoriti. Cilj života neke osobe ne sastoji samo u samostvarivanju, već i u autotranscendenciji, odnosno samonadmašivanju. Bolesnici s depresijom često nisu u stanju kreativno nadići ili duhovno transcendirati životnu situaciju koja im je bila bolna i dati pravi smisao svojemu životu u ljubavi, zahvalnosti, oprštanju, darivanju i dobroti.

| 28

DEPRESSION AND SPIRITUALITY

*Miracles do not happen in contradiction to nature,
but in contradiction with what we know about the nature*
St. Augustine

The art of life lies in that that we discover true meaning in difficult and painful situations, value and meaning of life, and thus health and disease. Life simply sets tasks in a front us, which are sometimes very painful, sometimes they are incredibly difficult. The purpose of all the ugly what happened for us is that, should be something better in our future. Good thing is all that comes from the bad things which has been happened to us, is a fact that it helps us to draw from our best parts, our essence, that we transcends. According to M. Kirshenbaum (2004) there are following ten reasons for everything that happens in life: 1) To have an experience of belonging and that we feel in our world really well, like at home; 2) To fully accept ourselves; 3) To understand that we can relieve of fears which hinder us; 4) To gain the ability to forgive; 5) To discover our true talents; 6) To find true love; 7) To become stronger; 8) To learn to enjoy and look forward to life; 9) To learn to live with the feeling that we have a specific mission and purpose in life; 10) To become a truly good person.

Depression often occurs in people who have not found their place in the world because of their focus on false or erroneous values, which is why they failed to answer the important questions of life, so they developed a deep feeling that something is wrong with them. Lack of confidence and sense of self-worthlessness are often associated with a sense of not-belonging in this world, as well as non-recognition of our real talents and potentials, and life mission. Fear of rejection, refusal or failure, so as

tendency of self-blame, repressed anger and inability to forgive ourselves and others, play an important role in the dynamics of depression. True, unconditional and healthy love has often not been present in sufficient degree in the life of patients with depression, so they have not sufficiently developed capacity for forgiveness and gratitude. Spiritual act of love allows us to understand and experience the authentic potential of fellows, but also our own, and to discover the true meaning of life. People who do not know really look alive, they are easier to lose or do not discover the true meaning of life. According to V. Frankl everyone in your life has specific call or a special mission to accomplish a specific task, in which nobody can replace him, because it is associated with questions about the meaning of his life. However, not only the man ask for the meaning of life, but life raises the questions that he needs to answer. But the goal of a person's life does not consist only of self-realization, rather of autotranscendence, i.e. self-beat. Patients with depression often are not able to creatively overcome or spiritual transcend the life situation that they were painful and give real meaning to his life in love, gratitude, forgiveness, giving and kindness.

| 29

POVEZANOST POLIMORFIZMA GENA ZA SEROTONINSKI TRANSPOTER (5-HTTLPR) S DIMENZIJOM SAMOTRANSCEDENCije KAO KARAKTERNE CRTE LIČNOSTI

Dalibor Karlović, Josipa Gelo

Klinika za psihijatriju, KB "Sestre Milosrdnice"

Dosadašnja istraživanja pokazala su da genetski faktori imaju ulogu u stvaranju *personality traits*. *Temperament and Character Inventory (TCI)* je psihološki mjerni instrument koji mjeri osobine temperamenta i karaktera. Temperament je prikazan kroz četiri dimenzije temperamenta (*Harm Avoidance, Novelty Seeking, Reward Dependence and Persistence*) dok je karakter prikazan kroz tri dimenzije (*Self-Directedness, Cooperativeness, and Self-Trascendence*). Dimenzija *self transcendence* je povezana s individualnim religijskim i mističnim inklinacijama. S druge strane pokazano je da je serotoninski sustav povezan sa religijskim, mističnim iskustvima. Cilj ovog istraživanja je istražiti povezanost polimorfizma gena za serotoninski transporter s karakternom osobinom *self transcendence* na TCI upitniku na uzorku hrvatske populacije.

THE ASSOCIATION BETWEEN SEROTONIN TRANSPORTER GENE POLYMORPHISM (5-HTTLPR) AND SELF-TRANSCENDENCE DIMENSION AS A PERSONALITY TRAIT

*Past research demonstrated that genetic factors had a role in creating personality traits. *Temperament and Character Inventory (TCI)* is an instrument used for the measurement of temperament and character characteristics in psychology. There are*

four dimensions of temperament (harm avoidance, novelty seeking, reward dependence and persistence), while character is shown through three dimensions (self-directedness, cooperativeness and self-transcendence). The self-transcendence dimension is connected with individual religious and mystic inclinations. On the other hand, the serotonin system was shown to be associated with religious and mystic experiences. The goal of this study was to examine the association between serotonin transporter gene polymorphism and the self-transcendence personality trait using TCI on the sample of Croatia's population.

DEPRESIJA – IZAZOV ZA CRKVENU PRAKSU

Nikola Vranješ

Teologija u Rijeci

| 30

Depresija, kao jedna od najrasprostranjenijih psihičkih bolesti današnjice, postaje sve značajniji društveno-medicinski izazov. U odnosu na crkvenu pastoralnu praksu depresija i druga psihička oboljenja također postaju sve zahtjevnijim problemom. Crkva u okviru svoga pastoralnog bolesnika duhovno skrbi i za oboljele od depresije kao i za druge psihičke oboljele osobe. Skrb Crkve primarno je duhovno-vjerske naravi. Crkveno karitativno služenje pomaže također i na društveno-kulturalnom planu i to ponajviše kroz pastoralno-savjetodavno djelovanje u smislu doprinosa što skladnijem uklapanju psihički oboljelih osoba u crkvenu i društvenu zajednicu. U ovome se predavanju, uz korištenje metode teološko-pastoralnog raspoznavanja, izlazu bitni elementi pastoralnog pristupa osoba oboljelih od depresije, izazovi i mogućnosti pastoralnog pristupa danas, kao i određene perspektive na čijem se ostvarivanju treba više poraditi.

DEPRESSION – A CHALLENGE FOR THE CHURCH'S PRACTICE

Depression, as one of the most common mental illnesses today, is becoming increasingly an important social and medical challenge. In relation to the Church's pastoral practice, depression and other mental illnesses are also becoming a more demanding problem. The Church, under the pastoral of the patients, spiritually cares for persons suffering from depression and other mental illnesses. The care of the Church is primarily of spiritual and religious nature. The Church's charitable service helps also to expand the socio-cultural level and that most of the pastoral and advisory activities in terms of contributions to an easier integration of mentally ill persons in the Church and the community. In this lecture, using the methods of theological and pastoral discernment, exposing the essential elements of pastoral care for persons suffering from depression, the challenges and opportunities of pastoral approach today, as well as some perspectives on whose realization must be more done in order to achieve results.

KRŠĆANSKA DUHOVNOST U POMAGANJU DEPRESIVNIM OSOBAMA

Milan Špehar

KBF Zagreb

Teologija u Rijeci

Najprije valja postaviti jasne temelje kršćanske duhovnosti koja se bazira na kršćanskoj dogmi i moralu, bez kojih kršćanske duhovnosti nema. Tako ona može pomoći praktično samo kršćaninu koji se nalazi u depresivnome stanju.

Općenito bi također mogla pomagati i nekršćanima te i nevjernicima onda kada u sebi nosi sveopće poglede na život: život kao zadaća, život koji osmišljavam svojim djelovanjem prema izgradnji svijeta i pomaganju čovjeku. Tu valja staviti naglasak na humanitarno djelovanje i na to da život svakoga čovjeka jest vrijedan življenja. Osvijestiti čovjeku kako on može živjeti i sa svojim teškoćama i uvijek biti na dobro drugome čovjeku.

CHRISTIAN SPIRITUALITY IN THE ASSISTANCE TO DEPRESSIVE PERSONS

Firstly, clear basics of Christian spirituality should be set, starting from Christian dogma and morals, which are a precondition for Christian spirituality. As such, it can help only a Christian affected by a depressive disorder.

But in general it could help also non-Christians and non-believers, especially when dealing with general understandings of life: life as a task, life conceived as a sensible effort both in the edification of the world and in the aid of others. Accents should be set on efforts in the humanitarian field, and on the fact that every man's life is worth living. Christian spirituality should awake in the consciousness of every man that he is both capable of living with his difficulties, along with being a source of good to his neighbour.

| 31

SUICIDI U DJECE I ADOLESCENATA

D. Kocjan Hercigonja

Mit o djetinjstvu kao periodu sreće srušili su brojni pokazatelji temeljeni na istraživanjima koja ukazuju na porast pokušaja i izvršenih suicida kod djece i mladih.

Kada se govori o suicidu kod djece i mladih, najčešće se spominju četiri osnovne karakteristike: beznađe, koje je značajan indikator adolescentne depresije i rizika za suicid, hostilnost, loša slika o sebi koja je najčešće povezana sa problemima u socijalnom i školskom funkcioniranju, te izoliranost koja se povezuje sa rigidnim obiteljskim odnosima i visokim stupnjem obiteljskih konflikata. Za bolje razumijevanje suicidalnosti kod djece važno je poznavanje dječjeg koncepta smrti jer mnoga djeca

pokazuju fluktuaciju u razumijevanju smrti, te često u za njih teškim situacijama dolazi do ego regresije, što okolina ne prepoznaće. Istraživanja ukazuju da postoje tri osnovne faze u razvoju dječjeg razumijevanja smrti koje se povezuju sa uzrastom djeteta, ali kod čega se ne smije zanemariti navedena ego regresija. To su egocentrično razmišljanje s negiranjem smrti, percepcija smrti kao nečeg privremenog do razumijevanja smrti kao nečeg neminovnog i generalnog. Pristupi suicidima kod djece i mladih u zavisnosti su od orijentiranosti i bazičnih stavova profesionalaca koji o tome govore. Ipak, bez obzira na bazični pristup i orijentiranost, naglašava se osiromašenje u međuljudskim odnosima, psihičko i socijalno ograničavanje, sram - posebice od neuspjeha, izolacija i odbacivanje.

Problem proizlazi iz prepoznavanja suicidalnih promišljanja, posebice kod djece koja svoje tuge i osjećaje ne mogu ili ne znaju verbalizirati već nam to pokazuju na svoj dječji način koji mi često ne prepoznajemo. Najčešće dječji problemi od strane odraslih budu minimalizirani kod djece i adolescenata radi vulnerabilnosti faze razvoja u kojoj se nalaze, nesigurnosti i nedostatka kapaciteta za proradu takvih događaja ili nemogućnosti izražavanja onog što osjećaju, što rezultira izostankom pomoći. Zato je vrlo važno prepoznati upozoravajuće rizične čimbenike, kao i zaštitne čimbenike koji pomažu djeci i mladima da prevladaju probleme.

Važno je naglasiti da period djetinjstva nije uvijek period sreće i da djeci možemo i moramo pomoći uvažavajući tri osnovne razine pristupa: primarnu, sekundarnu i tercijarnu prevenciju, što zahtjeva educiranost i kvalitetne profesionalce koji rade sa djecom.

SUICIDE IN CHILDREN AND YOUNG ADULTS

The myth of a childhood as a period of happiness has been abrogated by researches which indicate the increase of attempted and committed suicides in children and adolescents.

When we speak of suicide in children and adolescents, there are four main characteristics: hopelessness, which is an important indicator of adolescent depression and suicide risk, hostility, poor self-image, which is usually related to problems in social and school functioning and isolation related to rigid family relations and conflicts. For better understanding of suicides in children, it is important to be familiar with children's understanding of death as many children show a fluctuation in comprehension of death. Ego regression often occurs when children find themselves in difficult situations, which remains unrecognized by their environment. Researches have discovered that there are three main phases in a child's comprehension of death, associated with the child's age but bearing in mind ego regression. These phases are: egocentric thinking with negation of death, perception of death as something temporary, and understanding death as something general and imminent. The approaches to suicide in children vary based on orientation and general attitude of professionals dealing with this subject. However, a deterioration in human relations, psychological and social limitations and shame-especially from failure, isolation and rejection are stressed out regardless to the approach and orientation. The main problem lies in the recognition of suicidal thoughts, especially in children who are

unable to verbalize their sorrow and feelings. Instead, they show their feelings in their own childlike way which we often fail to recognize. Adults tend to minimize the problems of children and adolescents, which are attributed to the vulnerability of their developmental phase, insecurity and lack of capacity for processing such events or inability to express their feelings, which results in the incapacity to provide help. This is why it is very important to recognize the risk factors, as well as protection mechanisms which help children and adolescents to overcome their problems.

It is important to stress out that childhood is not always a blissful period and that it is our duty to help children and adolescents, bearing in mind three basic levels of approach: primary, secondary and tertiary prevention, which requires an adequate training and qualified professionals for working with children.

UNUTRAŠNJI SVIJET SUICIDALNOG BOLESNIKA

Darko Marčinko

Klinika za psihijatriju

Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb

| 33

Unutrašnji svijet suicidalnog bolesnika i dalje je enigma, dijelom zbog heterogenosti osobne reakcije na stres koji nosi suicidalnost. Do 5% od ukupnog broja suicida, događa se kod osoba bez ranije dijagnoze na Osi I. U ovom radu biti će prikazan slučaj muškarca koji je izvršio suicid i koji tijekom života nije imao psihijatrijsku dijagnozu na Osi I. Naglasak će biti na patološkom narcizmu.

Prema stres-dijateza modelu suicidalnosti, stresogeni događaji i dijateza (predispozicija) su sastavne komponente procesa suicidalnosti. Precipitirajući nepovoljni životni događaji za suicidalno ponašanje uključuju interpersonalne i laboralne stresore. Faktori osobnosti čine temelj suicidalne dijateze. Važna komponenta strukture osobnosti vezano uz suicidalnost je i patološki narcizam. Patološki narcizam, kao dio strukture osobnosti, ima svrhu zaštite samopouzdanja i unutrašnje kontrole, s jedne strane postoji grandioznost kao korelat održavanja samopouzdanja, dok s druge strane postoji suicidalno ponašanje kada obrambeni mehanizmi posustanu (Ronningstam & Maltsberger). Za nepodnošljive afekte, čiji je nastanak potaknut nepovoljnim vanjskim događajima, koristi se poricanje ili rascjep (Kernberg; Krystal; Schore). U takvim slučajevima, suicidalnost je pokušaj održavanja unutrašnje kontrole i usmjerena je protiv anticipirane narcistične prijetnje i narcistične povrede, uz moto „smrt prije posramljenja“ (Ronningstam & Maltsberger). Morbidni načini regulacije samopouzdanja kod osobama s patološkim narcizmom i problemom suicidalnosti, otežavaju narcističnim osobama da iznesu suicidalne ideje psihijatru. To je jedno od mogućih objašnjenja za suicid kod osoba koje nemaju psihički poremećaj na Osi I.

THE INNER WORLD OF SUICIDAL PATIENT

The inner world of suicidal patient is enigma, partly because of heterogeneity of personal reaction to stress of suicidality. Up to 5% of all suicides occur in persons without previous diagnosis on Axis I. In this work I will present the results of psychological autopsy for a man who has committed suicide and did not have psychiatric diagnosis on Axis I during his life. The emphasis in this case is problem of pathological narcissism.

According to stress-diathesis model of suicidality, stress events and diathesis factors are essential components of the process of suicidality. Precipitating life events to suicidal behavior commonly include interpersonal or work-related conflicts or losses. Personality factors create the basis of suicidal diathesis. Important component of personality structure regarding suicidality is pathological narcissism. Pathological narcissism, as a part of personality structure unreliable protects self-esteem and internal control, and people with such functioning can balance suicide-related self-esteem-preserving grandiose ideas, on the one hand, and the actual suicidal behavior and its real self-destructive or lethal consequences on the other (Ronningstam & Maltzberger). Intolerable affects, aroused by self-esteem-threatening life events such as loss of vital support, aspirations, and perfectionist ideals, can be denied and split off (Kernberg; Krystal; Schore). In such cases, suicidality may preserve a sense of internal mastery and control, or it may shield against anticipated narcissistic threats and injuries, as the motto "death before dishonor" implies (Ronningstam & Maltzberger). Suicide-related aspects of morbid self-esteem regulation make narcissistic individuals reluctant (or even unable) to convey their suicidal intent to a clinician. It is one of the possible explanations for suicide in persons without psychiatric diagnosis on Axis I.

| 34

FARMAKOTERAPIJA SUICIDALNOG PONAŠANJA DEPRESIVNIH, SHIZOFRENIH I BIPOLARNIH PACIJENATA

Pavo Filaković

Klinika za psihijatriju, KBC Osijek

Farmakoterapija suicidalnog ponašanja je za kliničara vrlo zahtjevna i ima ograničenu ulogu u sveukupnoj prevenciji suicida oboljelih od mentalnih poremećaja, jer suicidalnost nadilazi dijagnostičku podjelu i slijedi vlastitu psihopatološku dinamiku. Ta se uloga najvećim dijelom ostvaruje ublažavanjem i uklanjanjem rizika suicidalnosti putem racionalne i individualno prilagođene farmakoterapije usmjerene na učinkovito, sigurno i podnošljivo liječenje. Neurobiologija suicidalnosti je određena genetskim i epigenetskim faktorima, disfunkcijom neurotransmitorskog i neuroendokrinog sustava i sustava odgovora na stres. Zato farmakoterapijski pristup usmjeren na prevenciju i uklanjanje suicidalnosti treba prilagoditi kako o općim tako i

za dijagnozu specifičnim faktorima rizika. Premda je suicidalnost transdijagnostički fenomen, od izuzetne je važnosti postavljanje pravilne dijagnoze, jer ista skupina psihofarmaka ili čak isti psihofarmak, kod jedne dijagnostičke kategorije može ublažiti suicidalnost, a kod druge je potencirati. Zato rezultate nekih epidemioloških studija o smanjenju stope suicida nakon porasta potrošnje antidepresiva, kliničar treba uzeti s rezervom.

Detaljnijom analizom dobivenih podataka, može se primijetiti kako ipak nije svejedno koje antidepresive dajemo kojim bolesnicima, u kojoj dobi i u kojoj fazi bolesti. FDA posebno upozorava na mogućnost porasta rizika od suicidalnog ponašanja pri primjeni antidepresiva kod djece i adolescenata. Općenito uvezši, serotoninerđička sredstva imaju neutralni ili blago protektivni učinak na pojavu suicidalnog ponašanja dok noradrenerđička sredstva mogu imati i aktivacijski učinak, odnosno čak pogoršati suicidalnost u određenoj fazi poremećaja. To ne znači da kod konkretnog bolesnika, noradrenerđički ili dualni antidepresiv, ordiniran u pravo vrijeme i u pravoj dozi, neće imati dobar antisuicidalni učinak. Nadalje, primjena antidepresiva kod osoba s bipolarnim poremećajem, može također imati aktivacijski učinak na suicidalno ponašanje. Zato inzistiranje na većoj osjetljivosti za dijagnostiku bipolarnog poremećaja i na široj primjeni stabilizatora raspoloženja, samih ili u kombinaciji s drugim psihofarmacima, ima značajnu ulogu u sprečavanju i uklanjanju suicidalnog ponašanja. Pritom se kao posebno pogodni za prevenciju i uklanjanje suicidalnog ponašanja navode litij i natrijev valproat, ali i neki drugi stabilizatori raspoloženja. Poseban problem predstavlja farmakoterapija suicidalnosti u oboljelih od shizofrenije. Premda je klozapin potvrđen kao sredstvo s antisuicidalnim učinkom, taj lijek ne spada u prvu terapijsku liniju i ne može biti opće rješenje za problem suicidalnosti u shizofrenih. Farmakoterapija suicidalnog ponašanja ostaje za kliničara i dalje usko vezana uz umijeće racionalne i individualno prilagođene primjene psihofarmaka, popraćene odgovarajućom psihoterapijskom podrškom.

PHARMACOTHERAPY OF SUICIDAL BEHAVIOUR IN MAJOR DEPRESSION, SCHIZOPHRENIA AND BIPOLAR DISORDER

The psychopathological dynamics in suicidality overcomes actual diagnostic distribution therefore pharmacotherapy has restricted role in overall prevention of suicidal behavior among mentally ill and is demanding for clinician. This role is achieved thorough reduction and alleviation of suicidal risk with rational and individual pharmacotherapeutic approach emphasising effective, safe and tolerable treatment. The genetic and epigenetic factors, dysfunction of neurotransmitter, neuroendocrine system and stress response system has been determining for neurobiology of suicidality. Therefore, pharmacotherapeutic approach should be focused not only on prevention and reduction of suicidality but adjusted for general and diagnosis-specific risk factors. Suicidality represents trans-diagnostic issue, however making the correct diagnosis is of great importance. Identical group of psychiatric medications or even the same drug, could be palliating for suicidal behaviour in one diagnostic category and in other aggravating for suicidal ideations. Clinician should be reserved towards epidemiological studies about reducing suicidal

rate due to increased consumption of antidepressants.

Detailed data analysis has shown how it is not irrelevant which antidepressants we give to specific patient, in what age and phase of their illness. The FDA issues warnings about possible increased risk of suicidal behaviour in children and adolescents when given antidepressant therapy. In general, serotoninergic drugs have neutral or mildly protective effect on potential suicidal behavior while noradrenergic drugs may have activating effect or could even worsen suicidal ideation in certain phase of the illness. When given in appropriate dose and the right time, dual or noradrenergic antidepressants, could also have good protective impact on specific patient. In patients with bipolar disorder, antidepressive drug could be trigger for suicidal behaviour. Greater susceptibility in diagnosing bipolar disorder and broader application of mood stabilizing medications, alone or combined with other psychopharmacotherapy, has the significant role in suppression and elimination of suicidal behaviour. The lithium and sodium valproate are found to be particularly suitable for prevention and elimination of suicidal behaviour along with some other mood stabilizers. Pharmacotherapy of suicidality in patients with schizophrenia represents specific problem. Confirmed drug with anti-suicidal effect, Clozapine, is not first choice medication and does not represent general solution for suicidality in schizophrenia. For clinician, the pharmacotherapy of suicidal behaviour consists of skilled individual and rational drug administration accompanied with appropriate psychotherapeutic support.

| 36

PSIHODINAMIKA SUICIDA I SUICIDALNOG PONAŠANJA

Ika Rončević-Gržeta

Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka

Pitanje suicida je pitanje na koje pokušavaju odgovoriti stručnjaci različitih profila. Stručnjaci na polju mentalnog zdravlja s posebnim se interesom bave suicidom i suicidalnim ponašanjem, obzirom da suicidom može rezultirati niz psihijatrijskih entiteta. Pod suicidalnim ponašanjem podrazumijevamo različite oblike samoozljedivanja, ali bez fatalnog ishoda. Poruka takvog ponašanje može biti više značna.

I suicid i suicidalno ponašanje predodžba su ranih objektnih odnosa. Napadi na sebe metaforički predstavljaju ranije emocionalne povrede i internalizirane rane objektne odnose koji određuju način kako se nosimo sa životom i različitim životnim situacijama u sadašnjosti.

Iako postoje razlike u psihodinamici između onih koji počine suicid i onih koji se samozljeđuju, intrapsihički konflikt povezuje se s ranim objektnim relacijama. Majka, bilo da je doživljena kao pohlepna (proždiruća) bilo kao odbacujuća, doživljava se kao loš objekt tj. kao prijetnja *selfu*.

U onih koji se ozljeđuju postoji osjećaj zatočenosti *selfa* od strane tiranizirajućeg objekta uz istovremeni doživljaj svemoći i agresije. Cilj samoozljedivanja je stvoriti

osjećaj stvarnog sebe tj. osjetiti granice vlastitog *selfa* i spasiti se od potpune fuzije. Kod onih koji počine suicid: loš objekt internaliziran je na ambivalentan način iz čega proizlazi „ljutnja okrenuta prema unutra“. *Self* postaje meta vlastitih tanatičkih poriva = suicid.

Suicid predstavlja istovremeno uništenje *selfa* i objekta s kojim se identificirao. Dakle, suicid je želja za smrću i *selfa* i objekta, odnosno težnja za vječnim zajedničkim životom u fuziji s voljenim objektom dok suicidalno ponašanje (samo-ozlijedivanje) predstavlja težnju za životom kroz traženje granica vlastitog *selfa* u strahu od nestajanja u fuziji s objektom.

PSYCHODYNAMICS OF SUICIDE AND SUICIDAL BEHAVIOR

The issue of suicide is an issue on which experts of different profiles are trying to respond. Experts in the field of mental health share a special interest in suicide and suicidal behavior, given that suicide can result from a number of psychiatric entities. Suicidal behavior encompasses different forms of self-harm, but not fatal. The message of such behavior is often ambiguous.

Both suicide and suicidal behavior are representatives of the early object relations. Self-harm metaphorically represent earlier emotional injury and internalized early object relations that determine how we deal with life and different life situations in the present.

Although there are differences in psychodynamics between those who commit suicide and those who are self-injuring themselves, intrapsychic conflict is related to early object relations. Mother, whether she is perceived as greedy (devouring) or as dismissive, is perceived as a bad, threatening object.

In those who are self-harming themselves, there is a sense of imprisonment of self caused by the tyrannical object, but with immediate experience of omnipotence and aggression. The goal of self-harm is to create a real sense of the limits of own self and to be saved from complete fusion.

For those who commit suicide: Attitude toward the internalized bad object, is ambiguous and create „anger turned inward“. Thus, self becomes the target of its own thannatic impulses = suicide. Suicide is the simultaneous destruction of the self and the object with which to identify.

Thus, suicide is the desire for death of both self and object, or pursuit of everlasting life together in fusion with the beloved object; suicidal behavior (self-injury) represents striving to live by seeking the limits of their own self in fear of extinction in the fusion with the object.

SUICID I DUHOVNOST

Đulijano Ljubičić, Rudolf Ljubičić

Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka

Klinika za psihijatriju, KB "Sestre Milosrdnice"

Postoji samo jedan doista ozbiljan filozofski problem – samoubojstvo.

Albert Camus

38
Suicid ili samoubojstvo je oduzimanje oduzimanja vlastitog života. To je svjesno i namjerno oduzimanje života. Suicid dolazi od latinskih riječi: *sui* - sebe + *occidere* – ubiti. U Hrvatskoj se posljednjih desetak godina, svake godine ubije prosječno 1000 ljudi, a na svako izvršeno samoubojstvo dolazi nekoliko pokušaja. Hrvatska je na 13. mjestu po broju samoubojstava muškaraca. Postoje biološki čimbenici suicidalnosti, a to su niska razina serotonina, smanjena količina lipida, te genetski faktori, kao i drugi predisponirajući faktori. Opisana je veza između depresije i suicida, anksioznosti i suicida te specifičnost psihiatrijskog i psihoterapijskog liječenja osoba sklonih suicidu. Ljudi su u suštini duhovna bića jer postavljaju pitanja: tko sam ja, koji je smisao mog života, koji je smisao patnje, odakle sam, kamo idem... Uz sva svojstva koja posjeduje, čovjek ima i egzistencijalno-duhovnu komponentu. Danas se potenciraju sve čovjekove sposobnosti koje se mogu izmjeriti, ali čovjek nosi u sebi nešto što ne možemo izmjeriti niti ćemo to ikada moći. To je njegova duhovna komponenta, tj. duhovna inteligencija. Viktor Frankl, osnivač logoterapije, kaže da duhovna dimenzija može liječiti mnoštvo psihičkih bolesti. On kaže da čovjekov duh može prkositi svakom profaniranju čovjeka i svakoj depresiji. Smisao je odlučujući lijek u liječenju svih psihičkih trauma. Zato je važno svaki psihički poremećaj promatrati sa biološkog, psihološkog, socijalnog i duhovnog aspekta.

SUICIDE AND SPIRITUALITY

There is only one truly serious philosophical problem – suicide.

Albert Camus

*Suicide is behavior when someone take their own life. It is a conscious and wilful killing. The suicide comes from the Latin words: *sui* - the + *occidere* - kill, to kill themselves. In Croatia, the last ten years, each year kill an average of 1000 people, and on each completed suicide there are a few attempts. Croatia is on the 13th place the number of male suicides. There are biological factors of suicide, such as low levels of serotonin, reduced the amount of lipids, and genetic factors, as well as other predisposing factors. It describes the relationship between depression and suicide, anxiety and suicide, and the specificity of psychiatric and psychotherapeutic treatment of individuals prone to suicide.*

Key component in suicidal thinking is despair and hopelessness. The person is a sign that people in higher risk of being killed. Humans are essentially spiritual beings because they ask questions: who am I, what is the point of my life, the meaning of suffering, where do I come from, where am I going ... With all the properties which it possesses, the man has an existential and spiritual component. Today, all emphasizing the human capacity that can be measured, but the man does not have in itself something that cannot be measured nor will it ever be. This is its spiritual component, or spiritual intelligence. Viktor Frankly, the founder of logotherapy, says that the spiritual dimension can treat a multitude of mental illness. He says that the human spirit can defy every man and every profanation depression. The point is crucial drug in the treatment of psychological trauma. It is therefore important to observe any mental disorder with biological, psychological, social and spiritual aspects.

SUVREMENE KLASIFIKACIJE SEKSUALNIH POREMEĆAJA

Goran Arbanas

Služba za duševne bolesti, OB Karlovac

| 39

Seksualno zdravlje uključuje funkcionalnost u tjelesnim, psihološkim i odnosnim aspektima seksualnog ponašanja. Da bismo neko stanje ocijenili kao seksualni poremećaj, potrebno je da postoji određeni seksualni problem koji dovodi do interpersonalnih i/ili intrapersonalnih problema, te da nije direktno uzrokovani nekim drugim duševnim poremećajem, psihoaktivnim tvarima ili nekim organskim stanjem. Seksualni su poremećaji relativno česti i brojna istraživanja pokazuju da pogađaju 40-45% žena i 20-30% muškaraca, berem jednom u životu.

Seksualni se poremećaji klasificiraju među duševne poremećaje. Mogu se podijeliti u tri (četiri) velike skupine: seksualne smetnje, parafilije (poremećaje seksualnih sklonosti) i poremećaje spolnog identiteta, a u MKB-10 postoji i kategorija poremećaja vezanih uz seksualni razvoj i orientaciju. U DSM-IV ove su tri kategorije seksualnih poremećaja povezane u zajedničku nadređenu kategoriju seksualnih poremećaja, dok su u MKB-10 one podijeljene u različitim poglavljima klasifikacije. Seksualne se smetnje nalaze u poglavlju Bihevioralni sindromi udruženi s fiziološkim poremećajima i tjelesnim čimbenicima (F52), a poremećaji spolnog identiteta i poremećaji seksualnih sklonosti u poglavlju Poremećaji ličnosti i ponašanja odraslih (F64 i F65). Predviđa se da će 2013. g. izaći DSM-V, koji će donijeti neke novine i u području seksualnih poremećaja.

Seksualne se smetnje dalje dijele (klasificiraju) prema dijelu seksualnog ciklusa koji je pogoden. Poremećaj seksualnog interesa/želje jest smanjenje ili potpuna odsutnost seksualnog interesa, želje, misli i maštanja. Poremećaji seksualnog uzbuđenja kod žena mogu biti poremećaji genitalnog (fizičkog) seksualnog uzbuđenja, poremećaji subjektivnog (psihičkog) seksualnog uzbuđenja i kombinirani. Kod muškaraca poremećaji seksualnog uzbuđenja uključuju erektilnu disfunkciju (teškoće u postizanju ili održavanju erekcije dovoljne za seksualnu aktivnost) i poremećaj genitalnog

uzbuđenja (spontano, neželjeno i neugodno seksualno uzbuđenje u odsutnosti seksualnog interesa i želje). U kategoriju seksualnih smetnji ulaze i prijevremena ejakulacija i odgođena ejakulacija (odgađanje ili nemogućnost postizanja ejakulacije). Dispareunija je pojавa bola tijekom seksualne aktivnosti, a vaginizam teškoće u vaginalnoj penetraciji zbog nevoljnih kontrakcija mišića koji okružuju rodnicu.

Jedina veća novina u DSM-V jest da će kategorije dispareunije i vaginizma biti udružene u zajedničku kategoriju genito-pelvične boli/boli pri penetraciji. Također, uvodi se i nova kategorija hiperseksualnog poremećaja, koji je i do sada postojao u MKB-10 (pod nazivom pretjerani seksualni nagon).

Parafilije (poremećaji seksualnih sklonosti) definiraju se kao poremećaji koji uključuju snažne seksualne porive, maštanja ili ponašanja koja uključuju neuobičajene predmete, aktivnosti ili okolnosti. Drugim riječima, osobi s parafilijom potrebna je specifična stimulacija (u vidu prisutnosti određenih predmeta, aktivnosti ili okolnosti) da bi postigla seksualno uzbuđenje. U ovoj kategoriji nalaze se ekshibicionizam, fetišizam, froterizam, pedofilija, seksualni mazohizam, seksualni sadizam (u MKB-10 oni su u zajedničkoj kategoriji sadomazohizma), transvestitski fetišizam, voajerizam, nekrofilija, telefonska skatalogija, parcijalizam, zoofilija, koprolifija, klizmafilija, urofilija.

U DSM-V uvesti će se razlika između parafilije i parafiličnog poremećaja. Parafilija će uključivati seksualne aktivnosti koje su i do sada bile definirane pojmom parafilije. Međutim, da bi se postavila dijagnoza parafiličnog poremećaja potrebno je da ovakvo ponašanje kod osobe izazove inter i/ili intrapersonalne probleme ili škodi (šteti) drugoj osobi. Kategorija pedofilije preimenovat će se upedohebefilični poremećaj i imati će podgrupe: pedofilični tip, hebefilični tip ipedohebefilični tip, ovisno o dobi žrtve. Također se predlaže uvođenje „novog“ poremećaja, poremećaja sa seksualnom prisilom, koji bi obuhvaćao osobe kojima je za seksualno uzbuđenje potrebna prisila (u mašti ili u stvarnosti).

Kategorija poremećaja spolnog identiteta preimenovat će se u rodnu nepodudarnost. Također, kroz cijeli tekst riječ seksualna bit će zamijenjena rječju rodan/rodna, uvažavajući razlikovanje spolnog, rodnog i seksualnog identiteta.

CURRENT CLASSIFICATIONS OF SEXUAL DISORDERS

Sexual health means functioning in physical, psychological, and relational aspects of sexual behaviour. To classify a certain condition as a sexual disorder, there needs to be a certain sexual problem that leads to interpersonal and/or intrapersonal problems; they must not be due to another mental disorder, psychoactive substance or medical condition. Sexual disorders are quite prevalent and many researches show that 40-45% of women and 20-30% of men, at least once in their live, suffer from these disorders.

Sexual disorders are classified as mental disorders. They can be divided into three (four) groups: sexual dysfunctions, paraphilias (disorders of sexual preference) and gender identity disorders, and in ICD-10 there is a category of psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation. In DSM-IV these three groups of sexual disorders are grouped together as sexual disorders, while

in ICD-10 there are scattered in different chapters of the classification. Sexual dysfunctions are part of the chapter „Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors“ (F52), while gender identity disorders and disorders of sexual preference are part of the chapter „Disorders of adult personality and behaviour“ (F64 and F65). It is planned that DSM-V is going to be published in 2013, and there will be some changes in the realm of sexual disorders.

Sexual dysfunctions are further divided (classified) according to the part of the sexual cycle that is affected. Disorders of sexual interest/desire refer to diminished or totally absent sexual interest, wish, thoughts and fantasies. Disorders of female sexual arousal can be disorders of genital (physical) sexual arousal, disorders of subjective (mental) sexual arousal and combined. In men, disorders of sexual arousal include erectile dysfunction (problem in achieving or maintaining erection firm enough for sexual activity) and disorders of genital arousal (spontaneous, unwonted and uncomfortable sexual arousal in absence of sexual interest and wish). In the category of sexual dysfunctions, there are also premature ejaculation and retarded ejaculation (delayed or impossible ejaculation). Dyspareunia refers to pain during sexual activity, and vaginismus refers to problems in vaginal penetration due to unwanted contractions of muscles surrounding the vagina.

One of the new developments in DSM-V is the merging of dyspareunia and vaginismus category into united category of genital-pelvic penetration pain. Also, there will be a new category of hypersexuality disorder, which exists in ICD-10 (under the name f excessive sexual drive).

Paraphilias (disorders of sexual preference) are defined as disorders that include strong sexual drives, fantasies or behaviours encompassing unusual objects, activities or circumstances. That means that a person with paraphilia needs specific type of stimulation (the presence of certain objects, activities or circumstances) to achieve sexual arousal. In this category there are exhibitionism, fetishism, frotteurism, paedophilia, sexual masochism, sexual sadism (in ICD-10 they form the united category of sadomasochism), fetishistic transvestism, voyeurism, necrophilia, phone scatology, partialism, zoophilia, coprophilia, clismaphilia, urophilia.

In DSM-V there will be a difference between paraphilia and paraphilic disorder. Paraphilia will include sexual activities that have been defined as paraphilia so far. But, to give a diagnosis of paraphilic disorder, there will be a need that such a behaviour leads to inter and/or intrapersonal problems and hurts another person. The category of paedophilia will be renamed into a paedohebephilic disorders and there will be subgroups: paedophilic type, hebephilic type and paedohebephilic type, depending on the age of the victim. Also, they suggest including a „new“ disorder, paraphilic coercive disorder, which would encompass people who need coercive behaviour (in fantasy or reality) to achieve sexual arousal.

The gender identity disorder will be renamed into gender incongruity. Also, through the entire text the word sexual will be replaced with the word gender, to reflect the distinction between gender and sexual identity.

BOLEST OVISNOSTI I SEKSUALNOST: DUHOVNI ASPEKTI

Danijel Buljan

Klinika za psihijatriju, KB "Sestre Milosrdnice"

Duhovnost se u širem smislu riječi odnosi na svrhu, bit, suštinu, svijest, etičnost, moralnost, vjerovanje, a ne samo na vjerovanje u smislu vjerskog opredjeljenja. Dosadašnjim istraživanjima pronađena je manja zloporaba sredstava ovisnosti među religioznim osobama nego među osobama koje nisu religiozne. Taj nalaz svakako potiče na razmišljanje i niz pitanja, npr.: jesu li religioznost i općenito duhovnost zaštitni čimbenici u odnosu na zloporabu sredstava ovisnosti i rizično seksualno ponašanje kada ovisnost već postoji?

| 42 U SAD-u prevladava program 12-stepenica anonimnih alkoholičara (AA), anonimnih ovisnika o heroinu i kokainu koji rade bez educiranog terapeuta. To je dobrovoljna udružba koja izbjegava bilo kakve političke ili ekonomske aktivnosti, a pruža priliku članovima da vježbaju poštenje, društvene odnose, provjeravaju svoje vrijednosti i prosuđivanje, pronađu prihvatanje i dobiju ponovo nadu. Agnostici i ateisti su dobrodošli u grupe i mogu izabrati vjerovanje u „više sile“ umjesto Boga. Paralelni program AA-a jest Al-Anon i uključuje samopomoć članova obitelji. Drugi programi usmjereni na obitelj jesu Al-Ateen za tinejdžere koji piju alkohol, za djecu alkoholičara i grupe za odraslu djecu alkoholičara. Proširenje na mlađu populaciju ovisnika koji uzimaju dva ili više sredstava ovisnosti i one s dodatnim psihijatrijskim poremećajima dovelo je do veće pozornosti na specifične potrebe ovih grupa. Tako su se razvile podgrupe za homoseksualne alkoholičare, lječnike, odraslu djecu alkoholičara, ateiste i agnostike, HIV pozitivne i one s dualnim dijagnozama.

Dok je duhovnost rijetko bila primjenjiva u liječenju zloporabe sredstava ovisnosti, dostupni podaci ukazuju na to da liječenje može biti učinkovitije kad se ona u njega i integrira.

ADDICTION DISORDER AND SEXUALITY: SPIRITUAL ASPECTS

In a broader sense spirituality refers not only to believing in terms of religious orientation, but to purpose, essence, consciousness, ethics, and morality. Past studies found lower rates of substance abuse among religious persons than in non-religious. This finding certainly raises questions, for example: Are religiousness and spirituality in general a protective factor in relation to substance abuse and risk sexual behavior once the addiction has occurred?

In the USA the program which prevails is the 12-step program of Anonymous Alcoholics (AA), Anonymous Heroin and Cocaine Addicts without educated therapists. It is a voluntary association which avoids any political or economic activities and offers its members the opportunity to practice honesty, social relations, check their values and judgment, find acceptance and regain hope. Agnostics and atheists are welcome in the group and can choose to believe in a “higher force” instead of God. AA’s parallel program is Al-Anon which includes also family members’ self-help. Other programs orientated to family are Al-teen for teenagers alcohol users, for children of alcoholics

and groups for adult children of alcoholics. The extension to younger population of addicts who take two or more substances and those with additional psychiatric disorders has led to greater attention to the specific needs of these groups. So there are subgroups for homosexual alcoholics, doctors, adult children of alcoholics, atheists and agnostics, HIV positive and those with dual diagnoses.

While spirituality has been rarely applied to substance abuse treatment, available data show that the treatment can be more efficient when spirituality is integrated in it.

NEKI ASPEKTI PSIHOPATOLOGIJE SEKSUALNIH PERVERZIJA

Sanja Janović

Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka

| 43

Neobično je da funkcija, poput seksa koja je osnovna za život i neophodna za nastavak vrste, može toliko biti podložna perverzijama i samim time tako lako otklonjena od vlastitog prirodnog cilja i svrhe. Pokušaji da se perverzije shvate u kontekstu asocijacije ideja i uvjetovanog refleksa su neadekvatni i pripadaju ropsotarnici povijesti. Teorija je bliža konceptu zaostalih reakcija iz infantilnog života, iako imaju zajedničko opće podrijetlo i mehanizam poput psihoneuroza. Posljedično, nesvesne fantazije u psihoneurozi imaju isti sadržaj kao i dokumentirane akcije pervertita. Osnovnim čimbenikom nastanka perverzija smatramo deprivaciju objekta ljubavi. Nadalje, smatramo ih patološkim reakcijama na abnormalne situacije koje u dalnjem tijeku podliježu mehanizmu represije ili potiskivanja, a za posljedicu imaju zastoj normalnog seksualnog razvoja. Precipitirajući čimbenici pobuđuju latentne potisnute sadržaje, koji se tada pojavljuju u izvornom obliku u kojem su prvobitno bile potisnute.

SOME ASPECTS OF THE PSYCHOPATHOLOGY OF SEX PERVERSIONS

It is strange that a function like sex, which is fundamental to life and necessary to the continuation of the species, should be so liable to perversion and so easily diverted from its natural aim and purposes. Attempt to explain perversions by the association of ideas or by simple conditioned reflex is inadequate and of historical value. We found them to be the persistence of morbid reactions of infantile life although they have the same general causation and the same mechanism as the other psychoneuroses. Consequently, unconscious phantasies in psychoneurosis show precisely the same content as the documentarily recorded actions of perverts. Essential factor in causation is the feeling of deprivation of love. We consider them as a morbid reactions to abnormal situations that are further repressed, and a result is

fixation and arrest of sexual development. The precipitating conditions arouse the latent repressed tendencies, and they emerge in the form in which they were originally repressed.

EREKTILNA DISFUNKCIJA: FARMAKOTERAPIJSKE MOGUĆNOSTI

Dinko Vitezić, Jasenka Mršić-Pelčić, Miljenko Kovačević

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Erektilna disfunkcija (ED) je definirana kao nemogućnost postizanja ili održanja erekcije dostačne za zadovoljavajući seksualni odnos te se klasificira kao psihogena, organska ili miješana psihogena i organska. U posljednja dva desetljeća učinjen je značajan napredak u razvoju liječenja ED. Temelj liječenja ED danas predstavlja peroralna farmakoterapija uz uporabu specifičnih inhibitora fosfodiesteraze 5 (PDE5). Tri inhibitora PDE5 su odobrena te u uporabi diljem svijeta: sildenafil citrat, vardenafil hidroklorid i tadalafil. Sva tri lijeka svoju su učinkovitost i sigurnost potvrdili u različitim vrstama kliničkih ispitivanja te postregistracijskim istraživanjima u bolesnika s ED različite etiologije i težine bolesti. Važno je napomenuti das u istraživanja ovih lijekove doprinijela boljem razumijevanju entiteta ED od bazične patofiziologije do različitih stanja i čimbenika rizika koji su s njom povezani.

Muškarci s ED često imaju prisutan komorbiditet poput šećerne bolesti, hipertenzije i bolesti koronarnih arterija. Depresija je također snažno prisutna u bolesnika s ED te može umanjiti seksualnu želju, ali uzročno-posljedična povezanost nije u potpunosti jasna. ED često prati psihosocijalni poremećaj koji može izazvati razvoj depresije ili, s druge strane, depresija može uzrokovati ED. Osim navedenog, ED smatramo multifaktorijskim stanjem koje može zahtijevati multidisciplinarni pristup liječenju, a ona nije samo problem muškarca/pacijenta budući da može dovesti i do poremećaja među partnerima. Stoga je odgovarajuće liječenje ED nužno potrebno, a među različitim mogućnostima liječenja najprihvativije i najjednostavnije je liječenje primjenom PDE5 inhibitora na usta.

ERECTILE DYSFUNCTION: PHARMACOTHERAPEUTIC POSSIBILITIES

Erectile dysfunction (ED) is defined as the inability to achieve or maintain an erection sufficient for satisfactory sexual performance and it is classified as psychogenic, organic, or mixed psychogenic and organic. In the last two decades there has been a considerable progress in the development of ED treatment. The mainstay of ED treatment today is oral pharmacotherapy with specific inhibitors of phosphodiesterase 5 (PDE5). Three PDE5 inhibitors are approved and used worldwide: sildenafil citrate, vardenafil hydrochloride, and tadalafil. All three drugs confirmed their efficacy and safety in various types of clinical and post-marketing trials in patients with ED of different aetiologies and baseline severity. It is important to emphasise that investigations of these drugs contributed to the better understanding of ED from the basic pathophysiology to different conditions and risk factors

connected with it.

Men with ED often have comorbidities such as diabetes, hypertension, and coronary artery disease. Depression is also strongly associated with ED and can reduce sexual desire, but the causal relationship is not clear. The psychosocial distress that often accompanies ED might stimulate the development of depressive illness or, on the other hand, depression might cause it. ED should be considered as a multifactorial condition that may require a multidisciplinary approach to the treatment, but it is not only a problem of men/patient, because the relationship between partners can also be disturbed. Therefore, adequate treatment of ED is needed and between different options the most convenient and simplest way is oral drug therapy with PDE5 inhibitors.

POREMEĆAJI SEKSUALNOSTI UZROKOVANI LIJEKOVIMA

Jasenka Mršić-Pelčić, Goran Pelčić, Dinko Vitezić

Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Klinika za oftalmologiju, KBC Rijeka

| 45

Seksualni poremećaji predstavljaju kompleksan problem s psihološkim, biološkim i socijalnim posljedicama. Četvrto izdanje *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) svrstava seksualne poremećaje, obzirom na uzrok, u četiri kategorije: primarni, uvjetovani općim zdravstvenim stanjem, inducirani lijekovima i "nije drugačije navedeno". Seksualni poremećaji su česta i neugodna nuspojava mnogih lijekova, uključujući ne samo lijekove koji se propisuju na recept, nego i različite bezreceptne lijekove kao i tzv. rekreativne droge. Iako je teško utvrditi da li je određeni lijek odgovoran za seksualnu disfunkciju (mnoge bolesti same po sebi mogu utjecati na seksualnu funkciju te često puta nije jednostavno razlučiti što je uzrok poremećaja, bolest ili lijek koji se koristi za liječenje bolesti), smatra se da su lijekovi odgovorni za gotovo 25% slučajeva seksualnih poremećaja.

Osim toga, nuspojave koje se odnose na seksualne probleme se često ne prijavljuju zbog nelagode te je za očekivati da je stvarni udio seksualnih disfunkcija uzrokovanih lijekovima i veći. Poznavanje normalne biologije seksualnih funkcija, uz poznavanje mehanizma djelovanja različitih lijekova, može značajno pomoći u procjeni mogućeg utjecaja lijeka na pojedine seksualne funkcije. Naime, seksualne funkcije su posredovane prvenstveno djelovanjem različitih centralnih i perifernih neurotransmitora, hormona i neuropeptida koji osiguravaju kompleksne mehanizme normalnih seksualnih reakcija. Na primjer, važnu ulogu u povećanju seksualne funkcije imaju neurotransmitori kao što su dopamin, noradrenalin, acetilkolin i histamin te dušični oksid, hormoni kao što su testosteron, estrogen (žene) i hormon koji oslobađa gonadotropin (GnRH) ili neuropeptid oksitocin, dok važnu ulogu u inhibiciji seksualnih funkcija imaju neurotransmitori poput serotonina ili GABA-e te hormoni estrogen (muškarci), progesteron i prolaktin. Lijekovi koji utječu na gore navedene medijatore seksualnih funkcija mogu biti odgovorni za seksualne

poremećaje, ovisno o mehanizmu njihovog djelovanja.

U ovom pregledu će biti prikazani različiti lijekovi koji mogu izazvati seksualne disfunkcije, s osobitim naglaskom na psihotropne lijekove. Naime, u literaturi se nalaze brojni podaci o poremećaju seksualnih funkcija uzrokovanih raznim psihotropnim lijekovima što naročito ugrožava osjetljivu populaciju psihijatrijskih bolesnika. Na primjer, selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SSRI) su u skupini antidepresiva najčešći uzrok seksualnih poremećaja. Podaci iz različitih studija pokazuju da čak 30%-60% bolesnika liječenih sa SSRI imaju neki oblik seksualne disfunkcije.

Budući da su seksualni poremećaji česta nuspojava lijekova, liječnici moraju s osobitom pažnjom pratiti upravo pacijente koji koriste lijekove koji su mogući uzročnici seksualnih disfunkcija, budući da to može značajno utjecati na suradljivost i konačni uspjeh liječenja.

DRUG-INDUCED SEXUAL DISORDERS

| 46

Sexual disorders represent a complex problem with psychological, biological and social ramifications. The fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) classifies sexual disorders into four categories: primary; general medical condition-related; substance-induced and 'not otherwise specified' sexual dysfunctions. Sexual dysfunctions are a common and distressing side effect of many drugs, including not only prescribed medications but also various over-the-counter (OTC) drugs and recreational substances. Although it is relatively difficult to determine whether a particular drug is responsible for sexual dysfunction (as many diseases could affect sexual function and it can be difficult to establish if the dysfunction is a result of the disease or the medicine used to treat it), it is assumed that drugs are responsible for nearly 25% cases of sexual dysfunctions.

Moreover, side-effects that involve sexual problems are often not reported due to embarrassment. This means the actual rate of sexual dysfunction caused by medicines may be higher than reported. Knowledge of the normal biology of sexual functions, along with the knowledge of the mechanism of action of different drugs, helps one to predict whether a medication might cause sexual problems. Sexual functions are mediated primarily by the various central and peripheral neurotransmitters, neuropeptides and hormones that promote normal sexual reactions. While neurotransmitters like dopamine, noradrenalin, acetylcholine and histamine, peripheral neurotransmitter nitric oxide, hormones like testosterone, estrogen (women) and GnRH or neuropeptide oxytocin have an important role in increasing sexual functions, neurotransmitters like serotonin or GABA and hormones estrogen (men), progesterone or prolactin have an important role in sexual inhibition. In general, drugs that affect above mentioned mediators of sexual functions may be responsible for sexual disorders, depending on their mechanism of action.

The various drugs which are most likely to be associated with sexual dysfunctions will be discussed with an emphasis on psychotropic drugs. Namely, the literature provides a lot of evidence that psychotropic drugs can induce significant sexual function disorders in the vulnerable population of psychiatric patients. For example, selective

serotonin-reuptake inhibitors (SSRIs) appear to be the class of antidepressants most likely to cause sexual dysfunction. Published studies suggest that between 30%-60% of SSRI-treated patients may experience some form of treatment-induced sexual dysfunction.

Since sexual disorders are a common adverse effect of various drugs, physicians should monitor their patients for drug-induced sexual adverse effects, as these may affect compliance with therapy and ultimate treatment success.

DEVIJANTNO PONAŠANJE, SEKSUALNOST I RELIGIOZNOST

Branka Aukst Margetić

Klinika za psihiatriju, KBC Zagreb

| 47

Devijantno ponašanje općenito, pa tako i ono vezano uz seksualnost, rezultira iz niza prirođenih i okolinskih čimbenika uključujući i osobne osjećaje i vjerovanja, obiteljske odnose, odnose s vršnjacima (osobito kad su u pitanju mlađe osobe) i društvene utjecaje. Duhovni i/ili religijski ciljevi, vjerovanja i praksa zauzimanju središnje mjesto u životima mnogih ljudi i značajno utječu na njihovu kogniciju, afekt, motivaciju i ponašanje, pa stoga mogu biti predmet proučavanja različitih profesija koje se susreću s devijantnim ponašanjem i doprinjeti razumijevanju korijena ovakvog ponašanja.

Neadekvatnost dosadašnjih intervencijskih modela u terapiji osoba sa devijantnim ponašanjem, zahtijeva upoznavanje i implementaciju resursa koje nam nudi duhovnost i religioznost. U ovom pregledu osobito će se istražiti veze religioznosti i seksualnosti, te prikazati mogućnosti primjene dosadašnjih saznanja u izradi modela intervencijskih programa za osobe koje pokazuju devijantno ponašanje općenito, a osobito seksualno devijantno ponašanje.

DEVIANT BEHAVIOR, SEXUALITY AND RELIGIOSITY

Deviant behavior, including sexually deviant behavior, results from a range of natural and environmental factors including personal feelings and believes, family relations, peer-relations (especially important for younger persons) and social influences. Spiritual and religious aims, believes and practice take central place in lives of many people and significantly influence their cognition, affect, motivation and behavior, and accordingly may be subject of research in various professions which work with deviant behavior and could add to understanding of the origins of such behavior.

Inadequacy of current interventional models in therapy of the persons with deviant behavior claims for studying and implementation of resources which spirituality and religiosity offers. This review will present the connections between religiosity and sexuality and the possibilities of implementation of current knowledge in preparing the model of interventional programs for the persons that show deviant behavior in general, and especially sexually deviant behavior.

SEKSUALNOST I SVETO

O suodnosu ljudske seksualnosti i svetog raspravlja se u općem kontekstu teološke antropologije u kojem je čovjek definiran kao odgovorno, svjesno i slobodno biće, sposobno za samo-nadilaženje te uspostavu odnosa sa svetim. Povijesno-kritički razmatra se odnos prema ljudskoj seksualnosti u kontekstu različitih religija, od antičke Grčke, Egipta, Indije do velikih monotheističkih sustava Islama, Židovstva i Kršćanstva, kroz pregled (religijskih) propisa koji se mogu doticati fiziološke, biološke, psihološke, emocionalne, socijalne, moralne, religijske i duhovne dimenzije ljudske seksualnosti. Kao posebno pitanje otvara se ekskluzivni odnos svetog i celibata/čistoće. U kontekstu razumijevanja patologija seksualnosti, ne gubi se izvida cjelokupnost osobe te odnosa prema svim drugim dimenzijama ljudskosti koji mogu biti iskrivljeni povredom odnosa sa svetim. Zaključno, razmatra se literarna simbolika ljubavi i senzualnosti prisutna u odabranim Biblijskim tekstovima.

| 48

SEXUALITY AND THE SACRED

The mutual relationship between the sexuality and the sacred is discussed in a general context of a theological anthropology which defines a human as a responsible, conscious and free being capable of self-exceeding and of a compliance with the sacred. The relation towards human sexuality is pondered through a historic-critical overview of different religious systems, Greece, Rome, Egypt in antiquity, India, up to the great monotheistic beliefs of Judaism, Christianity and Islam, by overviews of (religious) laws that might regulate physiological, biological, psychological, emotional, social, moral, religious or spiritual dimension of human sexuality. A special issue is the exclusive relation of chastity/celibacy and the sacred. In the context of an understanding of pathologies of sexuality, the whole person is in focus in all aspects that can be distorted by an inappropriate relation to the sacred. Finally, a literary symbolism of love and sensuality is analyzed through selected Biblical passages.

PSIHJATRIJA U NEW YORKU: KOLIKO SMO RAZLIČITI U ČEMU SMO SLIČNI?

Mirjana Blokar

Cilj ove prezentacije je uvid u nove tokove u psihijatriji sa posebnim fokusom na trendove u New Yorku. Iako New York nije jedini centar inovacija u tom području, sastav stanovništva u toj metropoli je toliko raznolik da taj mega-grad uistinu predstavlja mikrokozam svijeta.

New York privlači ljudе koji su ambiciozni i determinirani da uspiju i koji su jedinstveno spremni da rade na uklanjanju barijera njihovim ciljevima. Ako su ta ograničenja psihološka, mnogi Njujorčani su spremni angažirati se u

psihoterapeutskom procesu i mnogi su voljni podvrgnuti se liječenju lijekovima. Pogledajmo što je novo, što je popularno i što je djelotvorno.

PSYCHIATRY IN NEW YORK: THE DIFFERENCES AND SIMILARITIES?

The goal of my paper is to examine and elucidate new trends in Psychiatry, with a particular focus on New York City. New York is not the only center of innovation in this field, but because its population is so diverse it truly represents a microcosm of the world.

New York attracts those who are ambitious and determined to succeed. These are the individuals who tend to employ all the tools that can be helpful in removing external or internal (psychological) road blocks in achieving their goals; hence the eagerness to seek solutions in psychotherapy and/or medications.

Let's take a closer look at what is new, what is popular, and what appears to be effective.

| 49

SEKSUALNOST I NASILJE: PRILOG RASPRAVI O POJAVNOSTI I PODRIJETLU ELEMENATA SPOLNOSTI U AGRESIVNOM PONAŠANJU

Amir Muzur, Iva Rinčić, Mirko Štifanić
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Fenomenološkom analizom i na spekulativnoj razini, ovaj rad obnavlja raspravu o korijenima agresivnosti i nasilja, posvećujući osobitu pažnju elementima seksualnosti koje u ovim pojavama otkrivamo. Interferencija agresije i spolnosti raširena je i dobro poznata, a očituje se na više razina: pri silovanju, sadizmu, eksibicionizmu, psovkama s (najčešćim) naglašenim elementima spolnosti i na druge načine. Fenomen verbalnog nasilja, uključujući njegove lingvističke i socio-kulturološke aspekte, u središtu je razmatranja autora članka, kao i šire dileme testosteronske podloge agresivnosti, povezanosti nasilja i prirodnog odnosa među spolovima i drugo.

SEXUALITY AND VIOLENCE

By using phenological analysis and at the speculative level, the present paper renews the discussion on the roots of aggressiveness and violence, devoting special attention to the elements of sexuality revealed in those phenomena. The interference of aggression and sexuality is widespread and well known, and it is manifested at various levels: at rape, sadism, exhibitionism, coursing (swearing) with the most expressed sexual elements, and in other ways. In the focus of the consideration of the authors of this paper is the phenomenon of verbal violence, including its linguistic and socio-cultural aspects, as well as the broader dilemmas of testosterone underpinnings

of aggressiveness, interrelation between violence and natural intersexual relations, and other.

PSIHIČKO I DUHOVNO (NOETIČKO) U DEPRESIJI

Križo Katinić

Klinika za psihijatriju, KB "Sestre Milosrdnice"

Ljudsku osobu možemo promatrati u tri dimenzije: tjelesna, psihička i duhovno-noetička dimenzija. Sve tri djeluju u jedinstvu svake osobe, a cilj je usklađeno međusobno dinamičko susretanje i isprepletanje. Tjelesna dimenzija označava funkcionalnu učinkovitost, odsustvo bolesti. Psihička dimenzija (u ovakvoj nomenkulaturi) osobe, predstavlja emocionalno-intelektualnu ekspresiju, intimne unutarnje doživljaje, odgovore na vanjski svijet.

| 50

Treća, duhovno-noetička dimenzija je posljednja instanca, *sinteza vođena savješću u donošenja odluka, znači specifični ljudski komentar*. Znači upravljanje, nadrastanje tjelesne i psihičke dimenzije, nekada distanciranje, a nekada nadrastanje i *transcendiranje preko psihofizičke datosti*. Kroz taj proces možemo pratiti pojedinca u bolesti i zdravlju, u slobodnoj refleksiji i psihoterapijskom posredovanju između terapeuta i klijenta.

Izraz depresija po definiciji i po fenomenologiji nosi *psihofizičku patnju*. Psihofizička ekspresija depresije zaustavlja život, ona boli, ona se vidi, ona se na kraju – liječi.

Duhovno-noetička dimenzija nije nužno religiozna, ali religiozna dimenzija ne može postojati bez dinamike duhovno-noetičke dimenzije. Duhovno ima široko značenje i nikako ne može biti izjednačeno s religioznim, mada se često sinonimski prepostavlja. (Naravno, da se *religiozno pojavljuje bez duhovnog*, no o tome se uglavnom ne govori).

Među ostalim, depresija se nudi kao model jasnijeg razumijevanja duhovnog u onom širem smislu, a duhovna dimenzija je nužan preduvjet *prevladavanja depresije* (danas je preusko govoriti o *terapiji depresije*).

THE MENTAL AND SPIRITUAL (NOETIC) IN DEPRESSION

We can observe a person through three dimensions: physical, mental and spiritual-noetic. All three act in each person's unity, and the goal is harmonized and mutual dynamic meeting and intertwinement. The physical dimension indicates the functional efficacy, the absence of disease. A person's mental dimension (in such a nomenclature) represents the emotional-intellectual expression, inner experiences, and responses to the outer world. The third, spiritual-noetic dimension is the last instance, synthesis guided by conscience while making decisions, and it indicates the human comment. It means managing, outgrowing the physical and mental dimensions, sometimes distancing, sometimes outgrowing and transcending via psychophysical ideas. We can follow an individual's process in sickness and health, in free reflection and psychotherapeutic mediation between the therapist and the client.

The term depression carries, according to its definition and phenomenology, the psychophysical suffering. The psychophysical expression of depression restrains life; it hurts, can be seen and in the end is cured.

The spiritual-noetic dimension is not necessarily religious, but the religious dimension cannot exist without a spiritual-noetic dimension. The spiritual has a wide meaning and can, by no means, be equalized with the religious, although it is very often considered a synonym. (Of course, the religious occurs without the spiritual, but this is something which is not talked about).

Depression is offered as a model of a clearer understanding of the spiritual in the broader sense, while the spiritual dimension is a necessary precondition for overcoming depression (today talking about the therapy of depression is too narrow).

SEKSUALNOST: JUČER, DANAS, SUTRA

Vera Folnegović Šmalc

Klinika za psihijatriju Vrapče

| 51

Seksualnost pojedinca ne treba shvatiti kao model ponašanja koji nije usko povezan s njegovim psihičkim, moralnim, religioznim, bihevioralnim, kulturološkim i somatskim obilježjima, njegovim kritičkim stavovima. Međutim, postoje i iznimke, gdje se kod pojedinca ili grupu može "izdvojiti" pojedina dimenzija ponašanja (pa tako i seksualnost) i značajno "izaći" iz okvira ukupnih općih i prihvatljivih moralnih kriterija. Seksualni porivi služe održavanju vrste, zaštiti života i stvaranju interakcija među ljudima i pojedincima. Oni mogu biti vrlo različiti i u kvantitetu i u kvaliteti, mogu biti uklapljeni u druge nagone, ali i izolirani. Psihijatrija kao znanstvena disciplina bavi se i izučavanjem seksualnog zdravlja, koje definira kao stanje fizičkog, emocionalnog, duševnog i socijalnog blagostanja u odnosu na seksualnost. Seksualno zdravljje bazira se na pozitivnom i respektabilnom pristupu i seksualnosti i seksualnim odnosima kao i mogućnosti zadovoljavajućeg seksualnog iskustva bez prisiljavanja, diskriminacije i nasilja. Svim osobama za njihovo zdravje moraju biti zaštićena i ispunjena njihova seksualna prava. Među brojnim definicijama seksualnosti čini se da je i danas prihvatljiva i vrlo pragmatična definicija Anne Freud, koja kaže da je seks ono što činiš, a seksualnost je ono što jesi. Ta se definicija može smatrati univerzalnom i čini se da je podjednako aktualna bila i jučer i danas a vrlo vjerojatno će biti aktualna i sutra. Govoreći o seksualnosti kao psihijatar, kojemu se obraćaju uglavnom oni, koji sa svojim seksualnim životom nisu zadovoljni, bilo da se radi o posljedicama medikamentozne terapije (kao nuspojave) ili same bolesti (depresija, PTSP i sl.) nedostaje druga komplementarna definicija, koju osoba najčešće "nudi" psihijatru i vrlo često i sebi samom, a koja bi mogla glasiti: "seksualnost je ono što želiš" (a to je najčešće ono što nemaš).

Poremećaj seksualnosti je danas često i posljedica medikamentozne terapije (često psihofarmaka) ali i drugih, javlja se i kao simptom nekih psihičkih poremećaja, a opisan je i kao zasebna dijagnostička kategorija u obje suvremene klasifikacije tj. i u

MKB-10 (šifra F52) i u DSM-IV (šifra F52). Sve to upućuje na opravdanost uvrštavanje te problematike u aktualne psihijatrijske probleme i teme koje se obrađuju u redovitoj edukaciji i studenata i specijalizanata.

SEXUALITY: YESTERDAY, TODAY AND TOMORROW

One's sexuality is tightly connected with his psychic, moral, religious, behavioral, cultural and physical characteristics and his critical attitudes. However, there are some exceptions when one behavioral dimension of an individual or a group (including sexuality) may be separated and act separately from other common and acceptable moral criteria.

Sexual drives are important for the preservation of species, protection of life and interactions between people and individuals. Their quality and quantity may differ, they may be parts of other drives or act separately.

Psychiatry as the scientific discipline deals with sexual health defining it as the state of the physical, emotional, psychic and social well-being related to sexuality. Sexual health is based on positive and respectable attitude towards sexuality and sexual intercourse. It is also based on the satisfying sexual experience without force, discrimination or violence. For one's health it is important to have protected and realized sexual rights.

Among many definitions of the sexuality the one of Anna Freud is still accepted and very pragmatic. It implicates that sex is what you do and sexuality what you are. That definition may be considered as universal and is similarly actual yesterday, today and probably tomorrow. A psychiatrist, who deals mostly with sexual problems that are either a consequence of a medication (side effects) or a disorder (depression, PTSD etc.) makes the complementary definition of sexuality that is often "suggested" by his patients: sexuality is what you wishes (and mostly misses).

Sexual disturbances are today often negative consequences of medication (psychopharmacotherapy or other pharmacotherapy) or they may be symptoms of psychic disorders. They are also described as diagnostic category in both contemporary classifications (DSM-IV, and ICD-10 as F52). All that makes it important to include this topic among other actual psychiatric problems and themes that are analyzed by students and residents during their regular education.

SEKSUALNO ZLOSTAVLJANJE MALOLJETNIKA

Ivan Štengl
KBF, Zagreb

DSM-IV svrstava pedofiliju (F65.4) u skupinu seksualnih poremećaja i poremećaja spolnog identiteta. Literatura u međuvremenu razlikuje specifične poremećaje ove vrste: pedofiliju, hebofiliju i efebofiliju, te incest, isključive oblike ili ne. Komorbititet se ovog poremećaja pokazao sa homoseksualnošću ali rijetko, s poremećajima uzrokovanimi psihoaktivnim tvarima i ovisnosti o alkoholu, sa opsesivno-

kompulsivnom neurozom, neurološkim deficitom i mentalnom retardacijom. Etiologija poremećaja nije posve razjašnjena; čini se da njegov razvoj pospješuje više čimbenika u interakciji: neurološki deficit ili oštećenje u frontalno-temporalnom području, kriva aktivacija amigdale odnosno razvoj djeteta u vrijeme oko 13-te godine (neurofiziološka labilnost glede dominacije hemisfere mozga) i njima susljedna distorzija u percepциji i prosudbi te emotivnoj i ponašajnoj reakciji, zatim poremećaji u endokrinom sustavu, u razvoju socijalnih odnosa, posebno primarnih (dubinske i sistemske psihologije), trauma, fizičko i seksualno zlostavljanje u djetinjstvu, visoki stres i ovisnost majke u vrijeme trudnoće. Biheviorizam i teorije socijalnog učenja promatraju ovaj poremećaj iz perspektive učenja osjećaja krivnje i seksualne ugode kroz socijalizaciju.

Senzibilnost za prava i zaštitu djeteta slijedi povijesni i kulturološki razvoj, ali otvara moralno i pravno pitanje slobode seksualnog života i sposobnosti privole, posebno kad je riječ o «međugeneracijskim odnosima». Problematici valja stoga pristupiti interdisciplinarno.

SEXUAL ABUSE OF MINORS

DSM-IV classifies paedophilia (65.4) in the group of Sexual disorders and Gender identity disorder. Literature, in the meantime, differentiates specific disorders of this type: paedophilia, hebephilia and ephebophilia, and incest, exclusive forms or not. Comorbidity of this disorder are presented with homosexuality, but rarely with disorders caused by psychoactive substances and alcohol dependence, with obsessive-compulsive neurosis, neurological deficit and mental retardation.

Aetiology of the disease is not completely understood; it seems that its development accelerates the interaction of several factors: neurological deficit or damage in frontal-temporal area, wrong activation of the amygdale or the development of the child around the age of 13. (neurophysiologic instability regarding the dominance of cerebral hemispheres) and their consecutive distortions in perceptions and judgments, emotional and behavioral reactions, then disturbances in the endocrine system, the development of social relationships, especially primary (in-depth and systematic psychology), trauma, physical and sexual abuse in childhood, high stress and addiction in the mother during pregnancy. Behaviorism and theory of social learning are viewing this disorder from the perspective of learning feelings of guilt and sexual pleasure through the socialization. Sensibility for the rights and protection of the child is following their historical and cultural development, but opens up a moral and legal question of freedom of sexual life and ability to consent, especially when it comes to „cross-generational relationships“. The approach to this problem should be interdisciplinary.

Biopsihosocijalni model u medicini naglašava važnost bioloških, psiholoških i socijalnih faktora u ljudskom funkcioniranju u kontekstu zdravlja i bolesti. Osnivačica modernog hospicijskog pokreta Cicely Saunders dodala je još prije par desetljeća i duhovnu domenu patnje u palijativnu medicinu. Ona je shvatila da u palijativnoj medicini nije dovoljna samo bolja kontrola tjelesne боли, već cjelovita skrb usmjerena prema bolesniku kao osobi. Cicely Saunders je predložila termin totalne боли jer umirući bolesnici imaju tjelesnu, duhovnu, socijalnu i psihološku бол koju treba liječiti. Duhovnost je izrazito važna u modernoj palijativnoj medicini kao njezin integralni dio, pri čemu je važno poštovati duhovna vjerovanja i vrijednosti bolesnika, liječiti ih uvijek s uvažavanjem njihovog dostojanstva i biti svjestan patnje koju ovi bolesnici proživljavaju. Duhovnost u palijativnoj medicini je važan način u prepoznavanju cjelovitih potreba bolesnika. Svaki član interdisciplinarnog palijativnog tima primjenjuje i duhovnu skrb, uz uvažavanje specifičnosti načina rada pojedinaca različitih specijalnosti ovisno o kontekstu i profesionalnoj razini edukacije za ovo područje.

Zdravstveni profesionalci u palijativnoj medicini moraju biti svjesni i svojih osobnih vrijednosti, vjerovanja i stavova te prepoznavati kako njihovi pogledi utječu na razumijevanje života, zdravlja i bolesti. Oni moraju biti svjesni svojih brojnih duhovnih pitanja koja se pojavljuju u odgovoru na bolesnike s neizlječivim i terminalnim bolestima. Edukacija o komunikacijskim vještinama u palijativnoj medicini je izrazito važna za sve članove interdisciplinarnog tima. Komunikacija s bolesnicima u palijativnoj medicini o duhovnim pitanjima uključuje nekoliko ključnih elemenata: odgovore na duhovne teme, prepoznavanje potreba i želja povezanih s duhovnošću i uzimanje formalne duhovne anamneze. U Hrvatskoj je potreban razvoj kvalitetnog sustava edukacije iz područja duhovnosti u palijativnoj medicini na svim razinama, a sukladno suvremenoj svjetskoj medicinskoj praksi.

SPIRITUALITY AND PALLIATIVE MEDICINE

The bio-psychosocial model in medicine emphasises that biological, psychological and social factors play a significant role in human functioning in the context of health or disease. Cicely Saunders, the founder of modern hospice movement, introduced few decades ago the spiritual domain of suffering in palliative medicine. She realized that in the treatment of patients in palliative medicine we need not only better physical pain control but better overall patient-centred care. She coined the term „total pain“ because dying people have physical, spiritual, psychological, and social pain that must be treated. Spirituality is very important in modern palliative medicine as an integral part, in which patients' spiritual beliefs and values are respected, they are treated with dignity and health care professionals are fully attentive to the suffering their patients encounter. Spirituality in palliative medicine is important way of approaching the overall needs of patients. Everyone in the interdisciplinary palliative team practice

spiritual care, but the specifics of how it is delivered depend on the context and the professional's level of training.

Health care professionals in palliative medicine must be aware of their own values, beliefs and attitudes and recognize how those viewpoints influence their understanding of life, health and illness. Therefore, they should be aware of what spiritual issues may be elicited in themselves in response to their patients with incurable and terminal illnesses. Education on communication skills in palliative medicine is very important for all members of the interdisciplinary team. Communicating with patients in palliative medicine about spiritual issues includes several key elements: responding to spiritual themes, recognizing spiritual clues and taking a formal spiritual history. It is necessary to develop various educational programs at all levels in Croatia about the spirituality in palliative medicine, according to the modern world medical practices.

| 55

INTEGRACIJA TEHNIKA BUDISTIČKE MEDITACIJE U AUTOGENI TRENING

Vedran Bilić, Darko Marčinko

Klinika za psihološku medicinu, KBC Zagreb

Klinika za psihiatriju, KBC Zagreb

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Za razliku od drugih velikih svjetskih religija, u kojima se dominirajuća religiozna praksa odvija putem rituala i molitvi, u budizmu, iako su zastupljeni i rituali, dominira meditacija. Budizam je religiozno-filosofski sistem u okviru kojeg su razvijene raznovrsne tehnike meditacije. Široj javnosti je možda najpoznatija meditacija na koan u okviru zen budizma. Jedna od najčešćih tehnika budističke meditacije je 'anapana sati', usmjeravanje pažnje na dah, a prema budističkoj literaturi jedna od najbitnijih je 'vipassana' meditacija. Vipassana znači 'vidjeti unutra', 'vidjeti duboko' i obično se prevodi kao meditacija uvida, kojom se razvija 'ne-reagirajuća svjesnost'. Krajnji cilj meditacije nije intelektualna spoznaja, nego ostvarenje svjesnosti o sveukupnosti vlastitog bića, putem direktnog iskustva.

Autogeni trening je specifična psihoterapijska tehnika, proistekla iz hipnoze. Razlikujemo osnovne vježbe i viši stupanj autogenoga treninga. Osnovne vježbe se provode usmjeravanjem pažnje vježbača na dijelove tijela (desnu ruku, trbuš, čelo) i na osjete u tijelu (težina, toplina, otkucaji srca). Cilj osnovnih vježbi je postizanje psihosomatske relaksacije i unutrašnjeg mira – autogenog stanja, koje se može opisati kao 'budno sanjanje'. Nakon postignutog autogenog stanja moguće je vježbati viši stupanj autogenog treninga koji produbljuje autogeno stanje, a sastoji se od 'gledanja' zatvorenim očima, tj. suočavanja sa psihičkim sadržajima koji se pojavljuju iz nesvesnog u vidu slika.

Treća formula osnovnih vježbi ('dišem') gotovo je identična meditaciji usmjeravanja



elicea®

filmom obložene tablete

escitalopram

28 × 10 mg

28 × 20 mg

Korak u svjetlo.

Na Osnovnoj listi
lijekova HZZO-a

NOVO

... od sada dostupno i u
višoj dozzi

28 × 20 mg

Satav svaka filmom obložena tabletada sadrži 10 mg ili 20 mg escitaloprama i stiliku escitaloprometa. Indikacija Elice je indikacija za liječenje velikih depresivnih epizoda, parafinog povraćanja i u tebi bez agorafobije, socijalne anksioznosti, pomerenja, predužne boljstvi, generalizirane anksioznosti pojavnica i oposessivno-kompulzivnog pomerenja. Dodjeljuje Elica se primjenjujući u obliku pojedinačne douve i mlače se uzeti sa 1/2 tez hranice. Velike depresivne epizode: uobičajena doza iznosi 10 mg jednom dnevno, a vratno u individualiziranu dozovanju bolesnika, mlaže se povećati do maksimuma do 20 mg dnevno. Za postizanje antidepresivnog odgovora potrebna je 2-4 tjedna. Nakon pojavljivanja simptoma, liječenje se nastavlja najmanje 6 mjeseci. Recenzija premačaća se u literaturi: potreba doza je 5 mg preprijevajuće je 10 mg (bez hranice), te je potrebo početna doza na 10 mg dnevno. Dosa se može povećati do maksimuma od 20 mg dnevno, vratno u individualiziranu dozovanju bolesnika. Lijek je svaki put počevajući od 5 mg dnevno, a vratno u individualiziranu dozovanju bolesnika. Lijek je svaki put počevajući od 10 mg dnevno. Socijalni anksioznost pomerenja: uobičajena doza iznosi 10 mg jednom dnevno. Potisnu su 2-4 tjedna za uobičajeno simptoma. Ovičao u individualiziranu dozovanju bolesnika, dose se mlaže iznositi do 20 mg dnevno. Generalizirana anksioznost pomerenja: potisna doza iznosi 10 mg jednom dnevno. Potisna doza je 20 mg dnevno. Opišivo anksioznost pomerenja: doza se mlaže povećati do maksimuma od 20 mg dnevno. Dejstvo na infektivnu i infuzivnu bolesnicu: doza se mlaže povećati do maksimuma od 20 mg dnevno. Stari bolesnici >65 godina: Potreba je uzmjeti na 1/2 težine liječenja i počevajući s nešto manjom dozom. U starijim bolesnicima nije ispitivano. Bočni učinakovi <18 godina: Elica se ne smije primjenjivati u liječenju djece i adolescenata u dobi između 18 i godina. Smršavajuće funkcije u bolesnika kod Neag (ili unutarnje oboljenja) koji bi mogao prilagoditi djece nje neophodna. Opet se navodi da kod telega smršavajuće funkcije je subjecka XLLC manji od 30 mmHg. Stvarajući funkcija potisna doza je 5 mg dnevno. Ispitivo je da je dječja liječnja količina 1/2 od dječje i u njenom stvari potreba je. Opet i poslovno patičivo smršavajuće doza potrebno je da telega smršavajuće funkcije djece. Način primjene lijeka Elica se primjenjuje u obliku pojedinačne douve i mlače se uzeti sa 1/2 tez hranice. Razmazivanje: Pretpostavlja se na escitaloprom ili na bio loju od ponosnosti hranic. Iznenadljivo liječenje s nešto manjom, invazivnijom metodom trebalo bi imati mecenje oblikova (MAO-inhibitori). Posebne upozorenja i mjerne oprene Elica se ne smije primjenjivati u liječenju djece i adolescenata u dobi između 18 i godina. Recenzija bolesnika i poticanje nečekajuće pojave simptome anksioznosti se ne smije liječiti antidepresivom, već pažljivo i skidajuće se učinkoviti putovi unutar djele, liječenje nekrepljenog liječenja. Escitalopram treba obustaviti kod svakog bolesnika kod kojeg se razvije konvulzija SSSR tekuća obilježjavi kod bolesnika s nestabilnim epilepsijama, a bolesnika s kontinuiranim epilepsijama potencijalno je i epilepsija nadzirati. Kod bolesnika s manjim hipomanijom u iznimnost, SSR treba primjenjivati s opasom, a liječenje prekiniti kod stalnog bolesnika koji se radič i manjim fazama. Kod bolesnika s depresivnom liječnjem se SSR može iznenaditi kontrolu glikemije (hipoglikemija ili hiperglikemija). Depresija je povezana s povećanim rizmom od socijalnih mali, samosvetljivo i usidici, koji je priznat sve dok ne raste p i značajna remisija. S tim da se depresija ne mora dobiti liječenjem prethodno rješavanju liječenja ili dala, bolesnik treba primiti nadzorstvo se nastavlja tog poboljšanja. Primjena SSR/SAR je povezana s rizmom ataksije, kardiometabolicne zabrinjavajućim nemirom i potencijom za intereferenciju, uz nemogućnost mnogog spjevanja ili stajanja i to u mlađi prihod niskoljeđa liječenja. Kod bolesnika koji liječuju liječni simptomi, povećanje doze može biti teško. Svojevje se opere kod iznenadne

primjene SSR i osimih antičika i plasmina, s liječnikom na koji utječe na fužinu trebalo bi (prethodno antičik i plasmin) i fenotiazidi, nebro, triciklici antidepresivi, acetilfensolin, kofein. I nezvezani protutuberculari (Isoniazid, rifampicin, etambutol) i amikacin. Kod bolesnika s psorijatidom konzolidirajući. Kliničko blagoslovo i strokohromotilijempon (SSRI i ECT) je ograničenje, zlog toga se smješte oprez. U njihom delujuvaju, kod bolesnika koji su uzmeli SSR i ECT liječenje se liječnikom se istočitog regimom lako do 10 do 15 doza agresija, tremor, mokorija i hipertenzija mogu okazati na njihovu tegozinu. Utrošak koliko od mlađe prekriva liječenje sa SSR i etambutolom blagoslovo te započeti se s primjenom liječenja. Simptomi ozbiljnosti koji se pojavljuju prijavi su: smršavajuće liječenje sa Cest, osobito kod nogu, prekida, a dijagoni: omogućiti, servici i povremeni, povremeni spavajući, agresija, liječenje, uspravljanje, uspravljanje, uspravljanje i povremeni vid. U pauza se pojavi unutri prethodne nekoliko dana od početka liječenja, a utrošak se smanjuje lagom do injekcije. Zlog opadanje, blagoslovo, kori bolesnik s konzolidirajućim liječenjem bolesnik učini se smješte oprez. Bolesnik s njihom uspravljanju povremenim simptomima galakturis, tajka bubrežni defekcijon i glukoz-galaktosurija, ali i pojavljivanjem ne smije uzimati ovaj. Rec. Trudno je i dojewe liječenje se ne smije uspostaviti za vrijeme trudnoće i dojewe, onda se uključuju evidentne potrebe. Jedino solan podaje prekrite obroke redovitočin. Utrošak na sposobnost upoznavanja vozilima i mogućnostima tako je univerzalno da ekskluzivno ne utječe na intermedijalnu funkciju i gubitakne performanse, ali su potencijalni liječi moguće nepristupljivi sposobnosti prepoznavanja ili je taj utrošak ne pristupljivi kod bolesnika trebaju ih i uspravljanje. Nasuprot PPI (liječenje Elica) mogu se još raspravljati koje je uplatljivo. Biće i često prisutan nekoliko tretmana liječenja. Kreon je cesta (≥1700) moguće navoditi se mrežna. Često (≥1700-1710) moguće uplatiti povremeni spavajući, tonusni (tonozreni), anoreksi, nemo, abnormni smrš, nečekajući, smršavajući, omogućiti, povremeni, amfisi, zdravje je, gubitak zato, poranje, rabi, a da je pogodno zdravje, amfisi, mizansi, izmjeriti blisko, povremeni galakturis i impozantna i nuklearna, anoreksi, a zara, učinku, plesisti, povremeni blisko. Među telesne raspravljaju (≥1700) su buksovaci, agitacija, razvedljivi, povremeni, bukovaci stanje, povremeni očišćenje, povremeni zraka, mrežna, povremeni vid, mrežna, buksovaci, epatit, gastronefritičkih bolesti, eritrokritički, obročna, epatit, punica, metarhiza i leziona u mrežnici u žena, edem. Recenzija cesta (≥1700) se mogu jesti anafleksija kod i se smršavajuće liječenje. Liječi se usprava na recept, i jedno. Način i način nositelje oboljevanja za stavljanje utrošak liječenja u promet. Elica 10 mg filmom obložene tabletice, 28 tabletice (PFI-530-09-08-01/106, 26 svibnja 2008). Elica 20 mg filmom obložene tabletice, 28 tabletice (PFI-530-09-08-01/109, 26 svibnja 2008).

Ovaj promotorni materijal sadži bitne podatke o lijeku koji su izvršeni cijekom drugom odobrenom sažetu svjetlosti lijeku te cijekom drugom odobrenom i pali su u skladu s čl. 15. Pravilnika o načinu obogašavanja o lijekovima i homeopatskim prezbivalima (Mandat no morne i broj 134/2008). Samo za zainteresovane državštine.

Dodatačno informacije možete dobiti od firme: KRKA-FARMA d.o.o., Radnička 48/II, p.p. 205, Zagreb 10002
Telefon (01) 63 12 100, telefonski (01) 61 76 739, E-mail: krka-farma@zg.hr, web: www.krka-farma.hr



Naša inovativnost i znanje posvećeni su zdravljima. Zbog toga naša odlučnost, ustrajnost i iskustvo zajedno doprinose jednom cilju – razvoju djelotvornih i neškodljivih proizvoda vrhunske kvalitete.

pažnje na dah, a vježbanje višeg stupnja autogenog treninga sadrži elemente meditacije uvida.

Produciranjem i produbljivanjem autogenog stanja, dolazi do regresije u službi ega, te se spontano pojavljuju svjesni i predsvjesni psihički sadržaji u vidu misli, emocija i tjelesnih osjeta. Međutim, pojavljuju se i sadržaji iz nesvjesnog u vidu psihičkih slika, ranih sjećanja i potisnutih emocija. Vježbači postaju svjesni i onih psihičkih sadržaja koji su u budnom stanju nesvjesni. Anksiolitičko djelovanje autogenog stanja i suportivno djelovanje pozitivnog transfera prema voditelju vježbe i grupi u kojoj se kontinuirano vježba, privremeno jačaju ego vježbača, te omogućavaju kontejniranje i auto - konfrontaciju opservirajućeg ega sa psihičkom sadržajima koji se spontano pojavljuju.

Autogeni trening se uobičajeno svrstava u suportivne psihoterapijske tehnike, koje prvenstveno nemaju za cilj proširivanje svjesnog ega nesvjesnim sadržajima ida. Međutim vježbanje na opisani način otvara mogućnost kasnije integracije psihičkih sadržaja u svjesni ego i njihovu proradu, što se odvija većim dijelom nakon vježbe, drugim psihoterapijskim postupcima u okviru individualne ili grupne psihoterapije.

| 57

INTEGRATION TECHNIQUES OF BUDDHIST MEDITATION IN AUTOGENIC TRAINING

Unlike other major world religions, in which the dominant religious practice takes place through ritual and prayer, in Buddhism, although rituals are represented, meditation dominates. Buddhism is a religious-philosophical system in which they developed a variety of meditation techniques. General public is perhaps most familiar with meditation on the koan in Zen Buddhism. One of the most common techniques of Buddhist meditation is 'sati anapana', focusing on the breath, and according to Buddhist literature, one of the most important is the 'Vipassana' meditation. Vipassana means 'to see inside ', 'to see deep' and is usually translated as insight meditation, which is developing a 'non-reacting awareness'. The ultimate goal of meditation is not intellectual knowledge, but the achievement of awareness of the totality of one's own being, through direct experience.

Autogenic training is a specific psychotherapeutic technique, arising out of hypnosis. We distinguish between basic training and a higher level of autogenic training. Basic exercises are carried out by directing attention to parts of the body (right arm, abdomen, forehead) and the sensations in our body (weight, heat, heart rate). The aim of basic exercises is to achieve psychosomatic relaxation and inner peace - autogenic state, which can be described as 'dreaming awake'. After achievement of autogenic state one can exercise a higher degree of autogenic training that deepens autogenous condition and which consists of 'viewing' with ones eyes closed, or coping with mental contents that emerge from the unconscious in the form of pictures.

The third formula of the basic exercises ('breathing') is almost identical to meditation focusing on breath, and exercise of a higher degree of autogenic training contains elements of insight meditation.

Extending and deepening the autogenic state, there is a regression in the service of the ego, and spontaneously appear conscious and preconscious mental contents in the form of

KAZNENOPRAVNI ODGOVOR NA SEKSUALNO NASILJE

Velinka Grozdanić

Pravni fakultet, Rijeka

58 Kazneno pravo kao najrepresivniji dio pravnog sustava svake države oduvijek je svojim sankcijama reagiralo na seksualno nasilje. Pri tom su se sadržaji ovih inkriminacija često mijenjali, a mijenjala se i kaznenopravna reakcija na takva ponašanja. Što više, može se reći da je upravo područje zaštite spolnih sloboda i spolnog morala unutar kaznenog prava podložno najčešćim izmjenama. Razlog tomu treba tražiti u dinamici i promjenljivosti stavova o prihvatljivosti ili neprihvatljivosti, normalnosti ili patologiji, moralnosti ili nemoralnosti ljudskih ponašanja u sferi spolnosti. Promijenjeni stavovi utječu na moralne vrijednosti društvene zajednice i uvijek iznova aktualiziraju pitanje granica kaznenopravne intervencije. Danas kod seksualnih delikata, i u svijetu i kod nas, svjedočimo istovremenom i paralelnom odvijanju dva potpuno suprotna procesa: dekriminalizaciji uslijed liberalizacije društvenih odnosa u području seksualnosti i kriminalizaciji kao rezultatu pojačane zaštite ljudskih prava u sferi slobode odlučivanja u spolnim odnosima. Brojne normativne intervencije, osobito one novijeg datuma, kroz dinamiku širenja ili sužavanja zone kažnjivosti u ovom području otvaraju nova pitanja i potiču stare dileme. Međutim, uz sve sporove, nejasnoće, nedorečenosti, nama nikakve sumnje da nasilni postupci u području spolnosti u bilo kojem obliku predstavljaju najgrublje nasrtaje na spolni integritet osobe i njezino spolno samoodređenje i kao takvi zahtijevaju društvenu reakciju putem kaznenopravnih sankcija.

CRIMINAL LAW RESPONSE TO SEXUAL VIOLENCE

Criminal law, as the most repressive part of the legal system of any country, has always reacted with its sanctions to sexual violence. In this process the contents of these incriminations have often changed and the criminal law reaction to such behaviours has changed as well. Even more, it could be said that within criminal law precisely the field of protection of sexual freedom and sexual morals is subject to the most frequent changes. The reason for this should be searched in the dynamics and changeability of attitudes on acceptability or unacceptability, normality or pathology, morality or immorality of human behaviour in the sphere of sexuality. The changed standpoints influence moral values of the social community and over and over again actualise the question of boundaries of criminal law intervention. Concerning sexual crimes today, in our country as well as the world, we witness a simultaneous and parallel taking place of two completely opposite processes: decriminalisation caused

by liberalisation of social relationships in the field of sexuality and criminalisation as a result of a stronger protection of human rights in the sphere of free decision making in sexual relationships. Numerous normative interventions, especially the recent ones, through the dynamics of widening or narrowing of the zone of punishability in this field, open new questions and stimulate old dilemmas.

However, in spite of all disputes, uncleanness, understatements, there is no doubt that violent behaviour in the area of sexuality in any form represents the most rude attack to sexual integrity of the person and his/her sexual self-determination, and as such demands social reaction through criminal sanctions.



Velafax® XL

venlafaksin

Harmonija dvostrukog djelovanja

kapsule 75 mg
kapsule 150 mg



Antidepresivi

Napomena: Sastavni dio ovog promidžbenog materijala predstavlja i sažetak opisa svađatava lijeka za Velafax® XL, sukladno članku 15. i 17. Pravilnika o rednim oglašavanju o lijekovima i homeopatskim proizvodima. Narodne novine broj 118/09. Način i mjesto izdavanja: Na recept, u ljekarni. 12-09-190-02-NOMA-09/12-10.

PLIVA  **CNS**



POSTERI

Dosadašnja istraživanja pokazuju kako je kod alkoholičara koji su religiozni, upravo religioznost odnosno okretanje duhovnosti važan čimbenik u očuvanju apstinencije od alkohola i promjeni životnog stila odnosno cjelokupnoj rehabilitaciji alkoholičara. Autori prikazuju slučaj pedesetpetogodišnjeg muškarca, više stručne spreme, rastavljenog, oca dva punoljetna sina, sada umirovljenika, koji je nakon razvoda braka, degradacije na radnom mjestu i posljedične depresije te simptomatskog alkoholizma sustavno liječen programima Dnevne bolnice za lijeчењe alkoholizma KB Sestre Milosrdnice u kombinaciji sa seminarima duhovne pomoći te rehabilitacijom u KLA kroz što je pronašao nove duhovne vrijednosti, uspostavio emocionalnu vezu te uspješno održava apstinenciju preko deset godina.

THE ROLE OF SPIRITUALITY IN THE TREATMENT OF ALCOHOLICS - CASE REPORT

| 62

Previous studies have shown that in alcoholics who are religious, spirituality and religiosity is important factor in maintaining abstinence from alcohol and lifestyle changes and the overall rehabilitation of alcoholics. The authors present a case of 55 year old men, educated, divorced, father of two adult sons, now retired, who after the divorce, the degradation in the workplace and the resulting depression and symptomatic alcoholism has systematically attended the programs of the Day Hospital for treatment of alcoholism of Sestre Milosrdnice in Zagreb, combined with spiritual seminars and rehabilitation of the KLA through which he found a new spiritual values, establish an emotional connection and was able to maintain abstinence over ten years.

BEZNADNOST I RELIGIJSKO SUČELJAVANJE U VETERANA PTSP-om

**Sanea Mihaljević, Elvira Koić, Branka Aukst-Margetić,
Bjanka Vuksan-Ćusa**

Odjel za duševne bolesti, OB Virovitica
Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb

Osjećaji uskraćene budućnosti i beznadnost simptomi su koji zahvaćaju ratne veterane oboljele od PTSP-a. Beznadnost je prepoznata kao prediktor suicidalnosti, vrlo izražene u veterana s PTSP-om. S druge strane, poznata je povezanost religioznosti i zdravlja, te pojавa da religijsko uvjerenje nižeg intenziteta rezultira većom učestalošću javljanja po psihološku/psihijatrijsku pomoći. Ratna trauma može oslabiti ili ojačati nečiju vjeru. To ovisi o načinu religioznog sučeljavanja koje može biti pozitivno i negativno.

Ovim radom prikazujemo odnos između beznadnosti (mjerene s Beck Hopelessness

Scale) i načina religioznog sučeljavanja (pozitivnog ili negativnog, mjereno ljestvicom R-COPE) u 111 hrvatskih ratnih veterana s dijagnozom PTSP.

HOPELESSNESS AND RELIGIOUS COPING IN CROATIAN WAR VETERANS WITH PTSD

Feelings about foreshortened future and meaningless time that remain are the most intrusive symptoms in war veterans with post-traumatic stress disorder (PTSD). They also develop hopelessness as a system of negative expectations concerning oneself and one's future life. Hopelessness is a strong predictor of suicide which is closely associated with PTSD. On the other side, there is growing evidence on association between religiosity and health. Previous researches showed if religious faith is weakened it is contributed to more extensive current use of mental health services. War trauma experience can both weaken or reinforce religious faith. It partly depends on religious coping which can be positive and negative.

In our work we present correlation between hopelessness (measured with Beck hopelessness scale) and religious coping style (positive or negative, measured with R-COPE) in 111 Croatian war veterans with PTSD.

| 63

HAGIOTERAPIJA, DEPRESIVNOST I LJESTVICA ŽIVOTNIH VRIJEDNOSTI

Sanea Mihaljević, Lucija Murgić, Marina Marinović

Odjel za duševne bolesti, OB Virovitica

Centar za duhovnu pomoć, Zagreb

Sve je veći broj stručnih radova koji ukazuju na dobrobit uključivanja duhovno/religioznih čimbenika u liječenje mentalnih bolesti. U Hrvatskoj postoji autentični model pružanja duhovne pomoći, pod nazivom hagioterapija. Ona se temelji na načelu da je svaka osoba duhovno/egzistencijalno biće koje u sebi nosi prirođeni moralni zakon po kojem se specifično razlikuje od svih ostalih stvorenja. Područje rada hagioterapije je tzv. "duhovna duša".

Autori predstavljaju pilot istraživanje provedeno na 42 osobe koje su poradi depresivnih simptoma zatražile hagioterapijsku pomoć u Centru za duhovnu pomoć u Zagrebu (CDP). Hagioterapija je primijenjena u oko sedam individualnih tretmana po osobi. Prije i poslije tretmana proveden je polustrukturirani intervju te je utvrđen intenzitet depresivnosti samoocjenskom skalom Beck Depression Inventory. Rezultati potvrđuju značajan pad u intenzitetu depresivnosti i značajne razlike u skali životnih vrijednosti nakon primjene hagioterapije.

HAGIOTHERAPY, DEPRESSIVENESS AND THE SCALE OF LIFE VALUES

Large number of professional papers show the benefit of the inclusion of spiritual / religious factors in treatment of mental illnesses. In Croatia there is an authentic model of spiritual help, called hagiotherapy. It is based on the principle that every person is a spiritual / existential being, who in itself carries a natural moral law by which specifically differentiates them from all other creatures. The field of hagiotherapy is called a "spiritual soul". The authors present a pilot study conducted on 42 people who, due to depressive symptoms, sought help at the Center for spiritual help in Zagreb (CDP). Hagiotherapy was applied in about seven individual treatments per person. Before and after the treatment semi-structured interview was carried out, which determined the intensity of depression through self-assessment scale Beck Depression Inventory.

The results confirmed the significant decrease in the intensity of depression and significant differences in the scale of life values after application of hagiotherapy.

| 64

PITANJA O SMISLU ŽIVOTA: DUHOVNOST UMJESTO SUICIDA

Lana Knežević

Beznađe oduzima cijelom čovjekovu psihofizičkom i duhovnom organizmu energiju da se brani protiv bolesti i smrti. U duhovnom smislu suicid definiramo kao manjak nade koja je neuništiva, pruža sigurnost protiv okretanja u poroke i grijeha te povezuje čovjeka s Bogom. Istraživanja pokazuju manju stopu suicidalnih ponašanja u društвima koja karakterizira veća posvećenost duhovnim sadržajima kao što su molitva, meditacija, odlazak u crkvu i sl., koji isto tako pružaju i veći stupanj socijalne podrške. Prilikom tretmana suicidalnih osoba usmjereno na duhovnost pacijenata vraća nadu, životnu radost i kreativnost, zatim povjerenje, samopouzdanje i konačno smisao, što posljedično dovodi do poboljšanja zdravstvenog stanja i u velikoj mjeri smanjuje sklonost suicidalnom ponašanju.

QUESTIONS ABOUT THE MEANING OF LIFE: SPIRITUALITY INSTEAD OF SUICIDE

Hopelessness takes over a person's psycho-physical and spiritual energy which defends the body against disease and death. In the spiritual sense the suicide is defined as a lack of hope that is indestructible, provided that it gives security against rotation of vice and sins, and connects with God. Studies show lower rates of suicidal behavior in societies which are characterized by bigger commitment to spiritual activities such as prayer, meditation, church attendance, etc., which also provide a greater degree of social support. During the treatment of suicidal individuals, focus on the spirituality of patients returns hope, the joy of life and creativity, then the trust,

self-confidence and ultimate meaning, which consequently leads to improved health and greatly reduces the propensity to suicidal behavior.

POTREBA ZA LIJEĆENJEM SEKSUALNIH PROBLEMA U DNEVNOBOLNIČKIM UVJETIMA

Goran Arbanas, Sanja Maroević, Lana Mužinić, Jadranko Galić, Ena Ivezić

Služba za duševne bolesti, OB Karlovac

Klinika za psihijatriju Vrapče

Seksualni poremećaji česti su poremećaji koji se javljaju kod jedne trećine žena i četvrtine muškaraca. U skupini osoba oboljelih od duševnih poremećaja, oni su još i češći. Međutim, samo dio osoba sa seksualnim problemima osjeća potrebu za liječenjem ovih smetnji.

Ispitanici i metode. U tri dnevne bolnice u dvije ustanove (Opća bolnica Karlovac i Psihijatrijska bolnica Vrapče) provedeno je ispitivanje osoba oboljelih od ovisnosti o alkoholu, depresije, anksioznih poremećaja i posttraumatskog stresnog poremećaja o njihovim seksualnim problemima i njihovoj percepciji je li im zbog ovih problema potrebna stručna pomoć.

Rezultati. U cijelokupnom uzorku seksualne probleme je doživljavalo između 45% i 64% ljudi, ovisno o fazi seksualnog ciklusa u kojemu se problem javlja (najviše je problema bilo sa seksualnim uzbuđenjem i orgazmom, a najmanje sa zadovoljstvom orgazmima). Najviše problema u svim kategorijama imali su oboljeli od depresije, a najmanje ovisnici o alkoholu. Međutim, svega je 30% osoba smatralo da im je potrebna stručna pomoć, odnosno smo je polovica onih sa seksualnim smetnjama doživljavala ove smetnje kao takve zbog kojih im je potrebno liječenje, neovisno o osnovnoj dijagnozi, zdravstvenom statusu, pušenju, spolu, obrazovanju i bračnom stanju.

Zaključak. Premda polovica do dvije trećine osoba s duševnim smetnjama ima seksualne probleme, svega polovica njih smatra da su ovi problemi dovoljnog intenziteta da im je potrebno liječenje, neovisno o duševnom poremećaju zbog kojeg se liječe, te neovisno o drugim zdravstvenim i socio-demografskim faktorima.

A NEED FOR TREATMENT OF SEXUAL PROBLEMS IN A DAY HOSPITAL SETTING

Introduction. Sexual disorders have a high rate of prevalence, with one third of women and one fourth of men suffering from them. In a group of people with mental disorders, sexual problems are even more prevalent. But, only a part of persons with sexual problems has a need for the treatment of these problems.

Subjects and methods. We conducted an inquiry in three day hospitals in two institutions (General hospital Karlovac and Psychiatric hospital Vrapče) in patients treated for alcohol dependence, depression, anxiety disorders, and posttraumatic stress disorder. They were inquired about their sexual problems and of their

perception if they need a professional help for these problems.

Results. In the sample, 45-64% of them had sexual problems, depending on the phase of a sexual cycle (the most problems were with sexual arousal and orgasm, and the least with satisfaction with their orgasms). Patients with depression had the most problems in all phases of a sexual cycle, and alcohol dependent persons the least. But, only 30% of patients thought that they need a professional help, i.e. only half of those with sexual problems had the perception that these problems are such that they present a problem. This was regardless of the primary diagnosis, health status, smoking, gender, education, or marital status.

Conclusion. Although half to two thirds of people with mental disorders have sexual problems, only half of them think that these problems are of high enough intensity that they need treatment for them, regardless of the mental disorder, and other health or socio-demographic factors.

| 66

GESTALT PSIHOTERAPIJA PACIJENTA S EGZIBICIONIZMOM: OD STRAHA PRED KAZNOM DO ISTINSKE MOTIVIRANOSTI

Lea Gudelj

Klinika za psihijatriju, KBC Rijeka

Seksualnost služi ispunjenju mnogih svrha. Neke od njih su nastavak vrste, izražavanje osjećaja, jačanje veze u paru, postizanje osjećaja zadovoljstva. Seksualnost se može izraziti na normalan i nenormalan način. Parafilije su devijantni seksualni interesi i ponašanja koja izlaze iz okvira normi definiranih u određenom društvenom okruženju. Obilježje egzibicionizma je ponavljajući seksualni poriv izlaganja genitalija drugim, najčešće odraslim osobama (MKB 10 šifra F 65.2; DSM IV šifra 302.4). Egzibicionisti imaju tako snažno izražen poriv da se pokazuju drugim ljudima, da im to uzrokuje seksualno uzbuđenje i potiče ih na precizno organizirane i usmjerene aktivnosti čiji je cilj pokazivanje genitalija točno određenoj skupini ljudi. Vrlo je mali broj egzibicionista koji se želi izlagati pogledima muškaraca; egzibicionisti su najčešće muškarci, a za žrtve biraju žene.

Ovdje prikazujem slučaj 29-godišnjeg muškarca koji boluje od egzibicionizma. Psihijatru se javlja na savjet odvjetnika, a nakon što je bio uhićen radi ponavljanja djela u razdoblju dok je u tijeku bilo suđenje za isto djelo, na istom mjestu i sa istom ciljnom skupinom – djevojčicama školskog uzrasta. Na prvom psihijatrijskom pregledu evidentni su bili simptomi anksioznosti, sniženog raspoloženja, te naglašen strah zbog sudske presude i moguće zatvorske kazne. Preporučena je psihofarmakoterapija – SIPPSS antidepresiv s anksiolitičkim učinkom i stabilizator raspoloženja. Pacijent je upućen na psihologičko testiranje. Dobrobit psihijatrijskog tretmana prepoznaje kao ublažavanje simptoma akutnog distresa i mogućnost da na sudu dokumentira svoju spremnost da se lijeći. Na početku terapijskog procesa, koji je vođen po principima Gestalt psihoterapije, nisu bile prepoznatljive niti naznake spremnosti za rad na postizanju izvjesnog stupnja spoznaje problema, potreba za uspostavu interakcije sa

terapeutom ili pak ideja o posljedicama koje njegovo ponašanje može imati na žrtve. Tijekom šest-mjesečne psihoterapije pacijent počinje osjećati ispravnost koja prevladava u odnosima sa njemu značajnim ljudima. U motivaciji za psihoterapiju prepoznatljiv je značajan pomak prema autentičnoj potrebi da si ispunji prazninu koja vlada njegovom egzistencijom. Želi nastaviti psihoterapijski proces, koji je sada ugrožen iščekivanjem kazne za ponovljeni čin egzibicionizma.

GESTALT PSYCHOTHERAPY OF EXHIBITIONISTIC PATIENT: FROM FEAR OF PUNISHMENT TO GENUINE MOTIVATION

Sexuality serves a variety of purposes. Among them are perpetuation of the species, expression of feelings and bonding between pairs, and gratification. Sexuality may be expressed in a normal or abnormal fashion. Paraphilic interests are deviantly expressed sexual interests and behaviours that do not represent culturally defined normal sexual interests. Exhibitionism is characterized by recurrent compulsive urges to expose their genitals to another person, usually an adult (DSM-IV code 302.4; ICD 10 code F 65.2). Exhibitionists have strong sexual urges to expose themselves that become so intense that they find themselves sexually aroused and making concerted efforts to expose themselves to particular individuals. Although a few exhibitionists expose themselves to males, this is infrequent; exhibitionism is generally perpetrated by males against females.

Here I present a case of 29 years old male referred to a psychiatrist by his attorney after being repeatedly apprehended in the act of exhibitionism against schoolgirls at the time he had been waiting for court sentence for previously committed act of exhibitionism at the same location. Initial psychiatric interview revealed marked anxiety, depressed mood, fear of the upcoming court sentence and consequences of pending incarceration. SSRI antidepressant with anxiolytic properties and mood stabilizer were prescribed. The patient was referred to psychological testing. His primary gain from psychotherapy was to relieve symptoms of acute distress, and to be able to document to the court his willingness to treat his problem. No traces of the willingness to establish some degree of insight, to engage into meaningful relationship with the therapist or to even begin contemplating possible effects of his acts to victims were discernible at the time. In the course of the therapy conducted by Gestalt principles, the patient was able to experience his deficiency in contacts with significant figures. His motivation for attending, after six months of psychotherapy,

shows perceptible shift towards genuine urge to fill the void surrounding his existence. The therapy is ongoing, although jeopardized by pending court sentence for repeated act of exhibitionism.

BIBLIJA I DEPRESIJA

Jelena Ivelić, Ružica Branković

U Bibliji su zapisani primjeri nekih oblika depresije. Ovi primjeri pokazuju da su

depresije zabilježene u Svetom pismu sastavni dio ljudskog iskustva. To ne ovisi o vjeri ili nevjeri oboljelih. Zato ne smijemo osuđivati osobe koje se bore sa tom bolešću. Ovdje ću nabrojati samo neke primjere osoba koje Biblija opisuje, a koji su bolovali od depresije. To su: *Kralj Šaul, Jona, Jakov, David*. Biblijski heroji kao Jakov, Šaul, David imali su epizode koje se mogu okarakterizirati kao blaži ili teži oblici depresije. To pokazuje da ni vjernici nisu izolirani od problema, ali pri suočavanju i rješavanju depresije oni su pozvani slijediti biblijske smjernice. Sveti pismo daje utjehu i pomaže onima koji se nalaze u teškim životnim situacijama tako treba usmjeriti pozornost na nekoliko utjeha posebno onima koji se suočavaju sa tim problemom. Evo neke od smjernica koje nas Biblija uči kako da se nosimo sa depresijom: *Bog te ljubi, Bog brine za svaku osobu, Misli pozitivno, Upoznaj samog sebe, Bog želi da smo radosni, Zajedica vjernika, Božja Riječ, Isus Krist, Utjeha u teškim trenutcima, Ljubav kao moćna sila, Pobožnost*.

Naša radost nije u novim stvarima, uzbudljivim osjećajima, niti u ponosnim djelima. Naša radost je Isus Krist, Njegova ljubav i Njegovo spasenje. Ne dajte da vam to netko ukrade. Život će vam sigurno nanijeti mnoge udarce, al budite poput prvih kršćana – i u najtamnjim zatvorima podižite glas i srce svoje Bogu, a On će vam vjerno davati radost i užitke u vaše živote. Duh Sveti – naš tješitelj – je tu da čuje naš plač i izljeći ga u smijeh. U Bibliji se nalaze mnogi citati koji nas mogu podići iz depresije.

THE BIBLE AND DEPRESSION

In the Bible, they are many examples of some forms of depression. These examples show that the depression recorded in Scripture is a part of human experience. It does not depend on faith or unbelief patients. Therefore, we must not condemn those who are struggling with this disease. Here I will list just some examples of people who the Bible describes, who suffered from depression. They are: King Saul, Jonah, Jacob, David. Biblical heroes like James, Saul, and David had an episode that can be characterized as mild or severe forms of depression. This shows that even the faithful are not spared from this disease, but when facing and solving the depression they are called to follow biblical guidelines. Scripture provides comfort and helps those who are in difficult life situations that should focus attention on some particular comfort to those who are facing this problem. Here are some of the guidelines that the Bible teaches on how to deal with depression: God loves you, God cares for each person, think positive thoughts, get to know yourself, God wants us to be joyful, community of believers, God's Word, Jesus Christ, solace in difficult moments, Love as a powerful force, Devotion.

Our joy is not in new stuff, exciting feelings, nor the proud deeds. Our joy is Jesus Christ, His love and His salvation. Do not let someone steal it. Your life will surely cause many impacts, but be like the early Christians - in the darkest prisons lift your voice and heart to God, and He will faithfully give joy and pleasure in your life. The Holy Spirit - our comfort - is there to hear our cries and heal him with laughter. In the Bible there are many quotes that can lift us out of depression.

ZNAČAJ SEKSUALNE MORALNOSTI U PROCESU OPORAVKA OVISNIKA O DROGAMA

Davor Moravek
Klinika za psihijatriju, KB "Sestre Milosrdnice"

Ovisničko ponašanje i seksualna moralnost su teme od velikog značenja u zapadnim društвima. Istovremena pojavnost epidemiskog širenja seksualno prenosivih bolesti (poput epidemije HIV/AIDS) te zlouporabe droga kod mladih, učinilo je upitnim tradicionalne koncepte moralnosti, obitelji te seksualnosti. Adolescenti koji zlorabe raspon supstanci su izolirani od svakovrsnih socijalnih grupa. Istovremeno (moguće i kao rezultat) povezuju se sa grupama koje značajno koriste droge i odbacuju institucije društva i druge angažmane usmjerenе na karijeru i društvena postignuća. Postoji negativna veza između vrijednosnih postignuća i zlouporabe sredstava. Ključna je veza između ovisnosti koje je antisocijalno ponašanje nasuprot procesa socijalizacije i društvenih vrednota. Postoji značajna veza između korištenja droga i alkohola te brojnosti seksualnih partnera. U modernoj tržišnoj ekonomiji, seksualne slike se često koriste pri oglašavanju i promociji. Općenito gledano, pretežito seksualno ponašanje konzistentno i vođeno prevladavajućim društvenim stavovima. Jedno od glavnih zadaća kod mladih u potrazi za osobnim identitetom je traženje seksualnog identiteta.

Potražnja za prostitutijom može biti shvaćena u općem kontekstu muške seksualnosti. Kao i u muško – muškom seksualnom ponašanju, velik broj muškaraca čini se da je u stanju uživati u seksualnosti sa minimalnom potrebom za intimnošću. Ovi možda imaju intimne veze sa ženama no te veze ih ne zadovoljavaju u potpunosti u njihovim seksualnim željama. Programi zamjena igala i forsiranje uporabe kondoma bili su radikalni koncepti kada su uvedeni a sada su uobičajena praksa u većini zapadnih zemalja te su fokusirani na ovisnike. Jesu li danas ovisnici uistinu najugroženija grupa koja treba takav program smanjenja štete u našem društву?

Ovisnici su pesimistični u odnosu na život i zaokupljeni negativnim i opasnim aspektima življenja. Gotovo od najranijih dana, ovisnik je sistematično odgajan i treniran da bi bio nekompetentan. Pasivni su iako manipulativni, te potreba koju najviše trebaju je potreba za predvidljivim nagrađivanjem. Suprotno od ostalih uslijed toga nisu u mogućnosti pronaći zvanje, karijeru te smislene, kontinuirane aktivnosti.

Najpotrebnije vrijednosti su one koje su usmjerene na zdravlje, dosljednost i samokontrolu; postignuća, rad, konstruktivne aktivnosti; veće značenje životnih ciljeva, socijalne svijesti, brige za zajednicu, poštovanje drugih, uzajamnost u međuljudskim odnosima; intelektualne svijesti i samosvijesti; prihvaćanje osobne odgovornosti za učinjeno.

U ovom radu, autor naglašava sličnosti i razlike moralnih koncepta, strategije smanjivanja štete, supstitucijske terapije te empirijskih otkrića u stvarnom oporavku ovisnika.

Addictive behaviors and sexual morality is issue of great concern in western society. Co occurrence of epidemic spread of both sexual transmitted diseases (like HIV/AIDS epidemic) and drug misuse in young people, questioned traditional concept of morality, family and sexuality. Adolescents who abuse a range of substances are more isolated from social networks of all kinds. At the same time (perhaps as a result), they associate with groups of heavy drug users that reject mainstream institutions and other involvements connected with career success and accomplishment. There is an inverse relationship between achievement values and substance abuse. The crucial issue is the relationship between addiction as antisocial misbehavior and socialization processes and social values. There is a significant relationship between drug and alcohol use and the multiplicity of sexual partners. In modern free market economies, sexual imagery is very commonly used as an advertising and promotional tool. In general, prevailing sexual behaviors are consistent with and governed by prevailing social attitudes. One of the primary tasks for teens in their quest for personal identity is their search for sexual identity.

| 70

The demand for prostitution can best be understood in the overall context of male sexuality. As with male to male sexual behavior, most men appear to have the ability to enjoy the experience of sexuality with a minimal need for intimacy. These men may have and enjoy intimate relationships with women but such relationships do not fully satisfy their sexual desires. Needle exchanges and the push to use condoms was radical concept when introduced and now it is a common practice for most western countries focused on addicts. Are addicts now really endangered group and in need of harm reduction service in our society?

Addicts are pessimistic about life and preoccupied with its negative and dangerous aspects. From almost his earliest days, the addict has been systematically educated and trained into incompetence. They are passive even as they are manipulative, and the need they feel most strongly is a need for predictable gratification. Unlike others, therefore, they could not find a vocation, a career, a meaningful, sustained activity.

The most needed values are those focused on health, moderation, and self-control; achievement, work, and constructive activity; larger purposes and goals in life; social consciousness, concern for the community, respect for other people, and mutuality in human relationships; intellectual and self-awareness; and acceptance of personal responsibility for our actions.

In this paper, author emphases similarity and differences in morality concepts, harm reductions strategies, substitution therapy concept and empirically findings in real recovery of addicts.

ZNAČENJE DUHOVNOSTI U ODRŽAVANJU APSTINENCIJE U ALKOHOLIČARA

K. Nenadić-Šviglin ,S. Jelić
Klinika za psihijatriju Vrapče

Alkoholizam i depresija su često međusobno povezani. Mnoge osobe s depresivnim poremećajem postaju alkoholičari jer su tugu i tjeskobu pokušavale ublažiti s uzimanjem alkoholnih pića. S druge strane, mnogi alkoholičari pokazuju znakove depresije jer su pijenjem ugrozili svoje zdravlje i situaciju na radnom mjestu te poremetili odnose u obitelji.

Nakon otrežnjenja u alkoholičara se često javljaju osjećaji srama, grizodušja, bojazni i samosažaljenja. Oni uvijek iznova pokušavaju smanjiti neugodne osjećaje s konzumiranjem alkoholnih pića i tako se nađu u začaranom krugu, kojega je teško prekinuti. Mnoga istraživanja su pokazala da postoji povezanost razine duhovnosti s poboljšanjem različitih psihičkih poremećaja (depresija, tjeskoba, ovisnosti).

Cilj istraživanja bio je pokušati utvrditi u alkoholičara duhovne čimbenike koji su im pomogli tijekom liječenja da održe apstinenciju od alkohola. Ispitanjem je bilo obuhvaćeno 50 ispitanika oba spola. Svi ovisnici o alkoholu su bili članovi kluba liječenih alkoholičara i apstinirali su najmanje dvije godine. Od ukupnog broja alkoholičara jedanaestoro njih imalo je komorbidnu dijagnozu depresivnoga poremećaja i primali su antidepresive. Sa svim ispitanicima psihijatar je vodio razgovor u Centru za alkoholizam i druge ovisnosti PB Vrapče i u Klubu liječenih alkoholičara „Centar Kustošija“ u razdoblju od 15. listopada 2010. do 15. siječnja 2011.godine.

Većina ispitanika kazala je da su s apstinencijom od alkohola dobili bolju kvalitetu življenja, poraslo im je samopouzdanje te su postali smireniji i vedriji, no još je dio njih izražavao bojazan od povratka na ranije alkoholičarsko ponašanje. Osjećaji srama i krivnje zbog pijenja i alkoholnih problema te potreba da dokažu sebi i drugima da mogu promijeniti dosadašnji stil življenja pomoglo im je da održe apstinenciju. Neki ispitanici su naglasili da su ih upravo ovi negativni osjećaji i potaknuli da prihvate liječenje, no tek onda kada su mogli priznati i suočiti se sa time da su ovisni o alkoholu. Mlađi alkoholičari su češće iznašali da im je nalaženje životnoga smisla bilo jako važno za upješnu apstinenciju dok su stariji češće govorili da su za njih to bili strah od pogoršanja bolesti i strah od smrti. Nadalje, ispitanici su navodili i druge čimbenike koji su im pomogli u očuvanju apstinencije od alkohola kao što su: vjerski osjećaji (u religioznom smislu), ključni životni doživljaji i krizne situacije, osjećaj odgovornosti za sebe i svoje zdravlje i osjećaj zadovoljstva u pružanju pomoći drugim članovima kluba liječenih alkoholičara.

Duhovna dimenzija (nalaženje životnog smisla, vjerski osjećaji, osjećaj zadovoljstva u pomaganju drugim članovima kluba liječenih alkoholičara) alkoholičarama je vjerojatno pomogla, uz druge čimbenike, u održavanju trajnije apstinencije od alkohola.).

MEANING OF SPIRITUALITY IN MAINTAINING ABSTINENCE IN ALCOHOLICS

Alcoholism and depression are often connected to each other. People with depressive disorder become alcoholics because they drank to release sadness and anxiety. On the other hand, many alcoholics show signs of depression, because they endangered their

health, job and family relations, with drinking. When they get sober, they often have feelings of shame, remorse, fear and self-pity. They keep on drinking alcohol in order to decrease unpleasant feelings and then they get trapped in a vicious circle, which is hard to break. Studies showed that there is connection between level of spirituality and improvement of psychical disorders (depression, anxiety, addiction).

The aim of this study was to identify spiritual factors which helped alcoholics to maintain abstinence. Fifty participants were included in the study, all were members of Club of Treated Alcoholics who abstain from alcohol for at least two years. Out of 50 participants 11 had depressive disorder and received antidepressants. All participants had interview with psychiatrist in Center for Alcoholism and Other Addictions in Psychiatric Hospital Vrapče and in Club of Treated Alcoholics "Center Kustošija" in period from October 15 2010 till January 15 2011.

Most participants said that with abstinence they gained better quality of life, increase of self-confidence and that they became more patient and happier, but some of them had fear that they will go back to previous habits. Feelings of shame and guilt about drinking and problems related to alcohol, as well as the need to prove themselves and others that they can change their lifestyle helped them to maintain abstinence. Few of them emphasized that these negative feelings were motivation for treatment, but only when they were able to confess that they are addicted to alcohol. Younger alcoholics more often said that finding of life sense was very important for successful abstinence, whereas older participants more often said that fear of illness deterioration and fear of death were their motivation for abstinence. Furthermore, participants specify other factors which helped them in maintaining of abstinence such as: religious feelings, important life events and crises, feeling of responsibility for themselves and their health, and satisfaction in helping other members of Club. Spiritual aspect (finding of life sense, religious feelings, feeling of satisfaction in helping other members of Club) was probably one of factors which helped alcoholics to maintain abstinence.

DUHOVNA DIMENZIJA I NJEZINA INTERAKCIJA IZMEĐU PACIJENATA I OSOBLJA NA SUBAKUTNOM ODJELU NEUROPSIHJATRIJSKE BOLNICE U POPOVAČI

**Maristela Šakić, Zvjezdana Furjan, Robert Marinić, Mirjana Kozina Obradović, Tija Žarković Palijan, Branka Aukst Margetić
NPB dr. Ivan Barbot, Popovača
Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb**

Današnji čovjek je uvidio potrebu težnje ka cjelovitosti. Upravo duhovna dimenzija nadodana tjelesnoj i psihičkoj predstavlja preduvjet cjelovitosti.

U ljudskoj naravi je lakše shvatiti i liječiti psihofizičke dimenzije, međutim duhovna dimenzija je bit individue nastao od izvora duha i bez pristupa duhovnoj dimenziji i razmišljanja da ona egzistira nema cjelovitog psihijatrijskog pristupa.

U našoj poster prezentaciji želimo prikazati rezultate dobivene analizirajući odgovore

na pitanja *spiritual well being* skale.

U istraživanju je sudjelovalo trideset pacijenta koji su bili zaprimljeni tijekom mjeseca prosinca 2010. godine na muški subakutni odjel NPB „dr. Ivan Barbot“ u Popovači. Također su u istraživanju sudjelovalo i osoblje istog odjela, njih sveukupno dvadeset troje.

Analizom odgovora koji se odnose na vlastiti stav prema Bogu, molitvi i smislenom životu želimo pokazati razinu duhovnih pokazatelja pacijenata i osoblja koje je u neposrednom kontaktu sa pacijentima. Također smo usporedili odgovore ove dvije skupine ispitanika te pokazali da su u duhovnoj korelaciji.

Za obje skupine ispitanika analizirali smo omjer ocjena kojima su ocjenjena pitanja koja se pozitivno odnose prema duhovnom naspram ocjena pitanja koji se negativno odnose prema duhovnom.

Rezultatima želimo prikazati kako pacijenti i osoblje zapravo predstavljaju jednu cjelovitu duhovnu interakciju koja stvara duhovno ozračje pozitivnog ili negativnog slijeda sa značajem kako na pojedinca tako i na opće stanje cijelog odjela.

SPIRITUAL DIMENSIONS AND ITS INTERACTION BETWEEN PATIENTS AND STAFF OF SUBACUTE DEPARTMENT IN THE NEUROPSYCHIATRIC HOSPITAL IN POPOVAČA

Today's man has seen the need to striving towards wholeness. Spiritual dimension like a supplement to physical and mental integrity is a prerequisite for a wholeness.

The human nature is easier to understand and treat its mental and physical dimensions, however, the spiritual dimension is essence of individuals which arose from the source of spirit and without access to the spiritual world, and even thinking that she exists, there is no comprehensive psychiatric approach.

In our poster presentation we want to show the results obtained by analyzing the answers to spiritual well being scale.

The study included thirty patients who were received during the month of December 2010 on the male department subacute NSP „Dr. Ivan Barbot“ in Popovača. The staffs on the same department also participated in the study, a total of twenty-three of them.

With the analyses responses relating to own attitude toward God, prayer, and meaningful life we wanted to show the level of spiritual indicators of patients and staff which is in direct contact with patients. We also compared the responses of these two groups of subjects and showed that they are in the spiritual correlation.

For both groups, we analyzed the ratio of ratings with which are rated issues which are positively related to the spiritual, against the questions that are negatively related to the spiritual.

In our report of the results we want to show that patients and staff actually represent a complete spiritual interaction that creates a spiritual atmosphere of positive or negative atmosphere for the both of, the individuals and the general condition of the entire department.

ZLATNI SPONZOR:

PFIZER CROATIA d.o.o.

DUHOVNOST KAO POMOĆ U LIJEĆENJU SEKSUALNO ZLOSTAVLJANE INVALIDNE DJECE

Sanja Katalinić, Vesna Šendula Jengić, Jelena Hodak
Psihijatrijska bolnica, Rab

Kroz povijest čovječanstva, društvena zajednica je sve činila kako bi osobe s fizičkim i psihičkim invaliditetom bile izolirane i izdvojene od ostalih. Tek u prošlom stoljeću, uvodjenjem novih lijekova i tehnika došlo je do pozitivnih pomaka i promjene u predrasudama o ovoj skupini ljudi s posebnim potrebama. Međutim, diskriminacija invalidnih osoba i dalje predstavlja ozbiljan društveni problem.

Smatra se da osobe s invaliditetom predstavljaju najveću, najsironašniju, najneeduciraniju i najnezaposleniju manjinu u većini razvijenih zemalja. Nadalje, unatoč pojedinim nastojanjima ne postoji niti sustavna, adekvatna zaštita od nasilja nad njima. Invalidne osobe su vrlo često žrtve fizičkog, psihičkog, seksualnog nasilja.

| 74

U djece s invaliditetom su mogući svi oblici zlostavljanja. Otkrivanje zlostavljanja se najčešće dešava tek kada se javе hitne okolnosti, npr. fizički znakovi (fizičke povrede, trudnoća, spolne bolesti, smrtni ishod) i/ili očigledne promjene u ponašanju koje su direktna posljedica zlostavljanja. Vrlo često se događa da osobe koje se brinu o djetetu ne primjećuju da je ono žrtva zlostavljanja i može trajati godinama prije nego se posumnja naisto. Mnogi ljudi ne mogu vjerovati da djeca s invaliditetom mogu biti žrtve zlostavljanja i zanemarivanja. Stoga, niti djeca, niti njihovi roditelji nisu pripremljeni kako da reagiraju i odgovaraju na nasilje. Zapravo, roditelji dobiju puno informacija o invaliditetu, njezi i razvoju djeteta, te društvenoj pomoći, ali ne i o tome da su njihova djeca potencijalne žrtve nasilja. Iako postoje dobro razrađeni programi za prevenciju nasilja nad djecom, vrlo rijetko su oni namijenjeni i pripremljeni upravo invalidnoj djeci, njihovim obiteljima i svima koji su uključeni u njihovu skrb.

Djeca s invaliditetom često ne razumiju da seksualno zlostavljanje zapravo predstavlja nasilje nad njima, odnosno kriminalnu radnju. Stoga, često nikada nikome ne govore o tom bolnom iskustvu. Zlostavljači su najčešće osobe koje se brinu o njima (roditelji, obitelj, zakonski skrbnici, njegovatelji, partneri) i koji iskorištavaju njihovu posebnu ranjivost. Glavni čimbenici rizika seksualnog zlostavljanja invalidne djece: socijalna nemoć, nedostatak komunikacijskih vještina, loše prosuđivanje, nedostatak spolnog odgoja, izoliranost od obitelji, život u stresnoj okolini, neznanje i/ili nerazumijevanje svojih prava.

Žrtve se opiru prijavljivanju zlostavljanja zbog više razloga. Jedna od njih je strah od gubitka veze s često najvažnijom osobom u životu koja je ujedno zlostavljač. Zatim zbog straha od prijetnji ili ucjena zlostavljača koji može imati iracionalno veliku dimenziju i biti nova trauma za žrvtu. Također, u slučaju prijave i sudskog procesuiranja zlostavljanja, ova se djeca smatraju manje pouzdanim svjedokom od neinvalidne djece što dodatno otežava sam dokazni postupak. U pravilu se redovito preispituje vjerodostojnost iskaza žrtve što je dodatni traumatizirajući čimbenik.

Seksualno zlostavljana djeca se osjećaju krivim zbog nemogućnosti odbijanja, imaju nisko samopoštovanje, depresivna su i suicidalna i osjećaju se bespomoćno zbog društvene stigmatizacije seksualnog odnosa. Kod mentalno retardirane djece moguće je da strah bude dominantniji od krivnje i da se razviju privremeni duševni poremećaji od eretičnih stanja preko akutne psihoze itd., a sve ovisno o dobi razini dizabiliteta, te trajanju zlostavljanja. Nadalje, dokazano je da invalidna djeca koja su bila žrtve seksualnog zlostavljanja, sama usvoje ovakvo iskrivljeno poimanje seksualnosti kao normalno, pa je moguće da i sami postanu zlostavljači.

Autori u radu iznose podatke iz istraživanja na ovom području. S obzirom na oblik sve su žrtve zapuštene, a 87.5% su i fizički i psihički zlostavljane, a seksualno je zlostavljano 25% invalidne djece. Posljedice zlostavljanja su bile različite, od laka tjelesnih ozljeda, do smrti uslijed zadobivenih teških tjelesnih ozljeda.

Činjenica da su djeca terorizirana prosječno 7 godina prije podizanja kaznene prijave potvrđuje ranije navedene probleme u svezi otkrivanja i procesuiranja.

Prevencija nasilja nad invalidnim osobama je prvi korak u smanjenju njegove pojavnosti. Primarna prevencija predstavlja najbolji način sprečavanja viktimizacije ovih osoba.

Zbrinjavanje djece žrtava nasilja je vrlo bitno i provodi se kroz složeni interdisciplinaran sustav. Cilj ovog sustava predstavlja zaštita interesa djeteta. Psihičko liječenje je vrlo složeno i dugotrajno, a usmjerava se na rješavanje nastalih posljedica kako bi žrtva što prije vratila svoj integritet i psihofizičko zdravlje. Kako se ne bi osjećali potpuno duhovno napušteni, sami i otuđeni od najintimnije obitelji i šire zajednice, treba ih okružiti podrškom i sigurnošću. Probuđena duhovnost jača osjećaj oprosta što je neophodno za obnavljanje života u pozitivnom smjeru, u svim sferama. Dušobrižnik treba biti podrška djetetu tijekom cijelog procesa iscjeljivanja njegove duše kako bi jednoga dana mogao oprostiti svom nasiљniku. Djetetu treba pomoći da razriješi osjećaj krivnje i nepravde, vrati vjeru u sebe, svoju nevinost i omogućiti da vrati osmjeh na lice i opet se bezbrižno igra sa svojim čistim osjećajima.

SPIRITUALITY AS HELP IN THE TREATMENT OF SEXUALLY ABUSED DISABLED CHILDREN

In the course of human history the community did everything possible to isolate and segregate the persons with physical and mental impairments from the others. It was only in the 20th century that with the introduction of new medications and treatment techniques progress was made and the prejudice about the people with special needs diminished. However, discrimination of the disabled still exists and presents a serious problem of the society.

In most developed countries it is wrongly believed that the physically impaired persons represent the largest, the poorest, the least educated and the most unemployed minority. Moreover, despite some sporadic efforts, a systematic or adequate protection of this group of people from violence does not exist. Disabled persons are very often victims of physical, mental or sexual violence.

In the case of disabled children all types of abuse are possible. The abuse is most often discovered only when urgent circumstances arise, such as physical evidence (injuries, pregnancy, sexually transmitted disease, death) and/or evident changes in behaviour which are directly caused by the abuse. It very often happens that the persons who take care of the child fail to notice that the child is a victim of abuse so that the abuse can remain unnoticed for years. Many people have problems believing that disabled children can indeed be abused and neglected. This is why neither the children nor the parents are prepared how to react and respond to violence. In fact, the parents are provided with an abundance of information about the disability, the care, the child's development, the social help, but not about the fact that their children can potentially be victims of abuse. Although there are well developed programs for prevention of violence against children, they are rarely adapted for disabled children, their families and all the other persons who are involved in their care.

Disabled children often fail to understand that sexual abuse is indeed a violent act against them, and that it is a criminal offence. Thus, very often they do not share this painful experience with anyone. The abusers are in most cases the very persons that take care of these children (parents, family, legal guardians, care takers, partners) and who take advantage of their specific vulnerability. The main risk factors of sexual abuse of disabled children are: social impotence, lack of communication skills, bad judgement, lack of sexual education, isolation from family, life in a stressful environment, ignorance and/or inability to understand their rights.

The victims refrain from reporting the abuse for several reasons. One of them is the fear of losing touch with the person who is often the most important person in their lives and who is at the same time the abuser. Another reason is the fear of the abuser's threats and blackmails which can assume an irrationally large dimension and present a new trauma for the victim. Also, in case of reporting the abuse which leads to a court procedure, these children are considered to be less reliable witnesses than non-disabled children, which makes the evidence procedure even more difficult. As a rule, the validity of the victim's statement is always re-examined, which is an additional traumatizing factor.

Sexually abused children feel guilt because of the inability to refuse, they have low self-esteem, they are depressive and suicidal and they feel helpless because of the social stigmatization of sexual intercourse. In mentally retarded children the fear can be more dominant than guilt and temporary mental disorders may develop, such as acute psychosis and other. They all depend on the child's age, the level of disability and the duration of the abuse. Furthermore, it has been proved that disabled children, who were at some time sexually abused, accept this distorted notion of sexuality as normal thus making it possible that they themselves become abusers some day.

The authors review the research data in this field. Regarding the type, all the victims are neglected, 87.5% have been physically and mentally abused and 25% of the disabled children were sexually abused. The consequences varied from mild injuries to death caused by severe physical injuries. The fact that the children were being terrorized for 7 years in average prior to reporting the abuse confirms the already mentioned problems regarding the discovery and criminal processing of the abuse.

Prevention of violence against disabled persons is the first step in the reduction of its incidence. Primary prevention is the best way of prevention of victimization of these persons.

Taking care of the abused and victimized children is very important and it is performed through a complex interdisciplinary system. The aim of this system is protection of the child's interests. Psychological treatment is very long and complex and it is directed towards alleviating the created consequences so that the victim could restore their integrity and mental and physical health. These children should be surrounded by support and safety so that they wouldn't feel completely spiritually abandoned, alone and detached from the closest family and the community. Spirituality strengthens the feeling of forgiveness which is necessary for the positive renewal of life in all aspects. The spiritual guardian should be supportive during the whole process of the healing of their soul so that some day they would be able to forgive their abuser. The child should receive help in trying to resolve the feeling of guilt and injustice, to restore faith in themselves and their innocence. They should be able to smile again, to be carefree and have their innocent emotions.

NASILNI POČINITELJI SEKSUALNIH DELIKATA ILI NASILNI SEKSUALNI PREDATORI

Gordan Bošković, Vesna Šendula Jengić
Psihijatrijska bolnica Rab

Jedno od temeljnih ljudskih prava je seksualna sloboda, što uključuje nepovredivost osobne seksualne slobode, pravo pojedinca da donosi odluke o svojem seksualnom životu kao i o stupanju u seksualni kontakt s drugim ljudima. Pojam nepovredivosti i pojam seksualne slobode konvergiraju, jer nema integriteta bez mogućnosti izbora kao ni bez slobode donošenja odluka.

Seksualno nasilje, uključujući silovanje, definira se kao: bilo koji seksualni čin pod prisilom, pokušaj da se iznudi seksualni čin, neželjeni seksualni komentari ili pristupi, trgovanje ljudima radi seksualnih usluga ili drugi pokušaji usmjereni protiv seksualnosti neke osobe na prisilan način od strane bilo koje osobe bez obzira na njihov međusobni odnos i u bilo kojem okruženju, uključujući, ali ne isključujući dom i posao.

Prinuda može pokriti čitav spektar razina prisile. Osim fizičke sile može uključivati psihološko zastrašivanje, ucjenu i druge prijetnje, poput na primjer prijetnje od tjelesnog ozljedivanja ili otkaza na poslu ili uskraćivanja traženog radnog mjesta. Prinuda se također može dogoditi kada žrtva nije u stanju dati svoj pristanak, na primjer ako je ista drogirana, pod utjecajem alkohola, dok spava ili je mentalno nesposobna razumjeti situaciju.

Termin 'predatorski' označava čin koji je usmjeren prema nepoznatim ili poznatim ljudima s kojima se ostvaruje ili nastavlja kontakt s primarnim ciljem viktimizacije.

Također, 'seksualno nasilni predator' označava bilo koju osobu koja je osuđena ili optužena za nasilan seksualni zločin i koja ima mentalnu abnormalnost ili poremaćaj osobnosti zbog kojega je povećana vjerovatnost da bi ta osoba mogla počiniti predatorski čin seksualnog nasilja.

U ovome članku raspravljamo o obliku i incidenciji zločina iz Poglavlja XIV. Kaznenog zakona Republike Hrvatske koji klasificira seksualni zločin u četiri osnovne skupine: 1. Zločin koji izravno napada slobodu odlučivanja u području seksualnosti, 2. Zločini koji izravno napadaju ili zlostavljaju mlade ljude, 3. Zločini povezani s pornografijom i 4. Zločini povezani s bludnim radnjama ili koji podržavaju blud. Poseban je naglasak stavljen na zločin silovanja i nudi komparativne indikatore za nekoliko europskih zemalja.

Članak govori o različitim faktorima rizika važnima za etiologiju, prevenciju i predikciju nasilnog seksualnog ponašanja, posljedice seksualnog nasilja i mogućnost tipologije seksualnih predatora.

| 78

VIOLENT SEX OFFENDERS OR VIOLENT SEX PREDATORS

One of the fundamental human rights is sexual freedom which implies inviolability of sexual freedom of an individual, the right to make decisions about their sex lives as well as to enter into sexual relationships with other people. The notion of inviolability and the notion of sexual freedom converge because there is no integrity without the possibility of choice or without the freedom of making decisions.

Sexual violence, including rape, is defined as: any sexual act under coercion, attempt to obtain a sexual act, unwanted sexual comments or advances, acts to traffic or otherwise directed attempts against a person's sexuality using coercion by any person regardless of their relationship to the victim, in any setting, including but not limited to home and work.

Coercion can cover a whole spectrum of degrees of force. Apart from physical force, it may involve psychological intimidation, blackmail or other threats, such as the threat of physical harm, of being dismissed from a job or of not obtaining a job that is sought. It may also occur when the violated person is unable to give consent – for instance, while drunk, drugged, asleep or mentally incapable of understanding the situation.

The term 'predatory' denotes acts directed towards strangers or individuals with whom a relationship has been established or promoted for the primary purpose of victimization and 'sexually violent predator' indicates any person who has been convicted of or charged with a crime of sexual violence and who suffers from a mental abnormality or personality disorder which makes the person likely to engage in predatory acts of sexual violence.

In this paper we discuss the form and extent of crime in Chapter XIV. of Criminal Code of the Republic of Croatia within sex crime can be classified into four basic groups: 1 crimes which directly attack the freedom of decision making in the area of sexuality, 2 crimes which directly attack the young or abuse young people, 3 crimes associated with pornography and 4. crimes associated with or which support fornication. Special

emphasis is put on the crime of rape and provides comparative indicators for several European countries.

The paper discusses various risk factors important for the etiology, prevention and prediction of violent sexual behavior, the consequences of sexual violence and the possibility of typologies of sexual predators.

PREVENCIJA SUICIDA U PENALNIM I FORENZIČKO PSIHIJATRIJSKIM SUSTAVIMA

Vesna Šendula Jengić, Gordan Bošković, Alan Bosnar
Psihijatrijska bolnica Rab

Suicid se može definirati kao namjerno ubojstvo samoga sebe, premda je ta definicija bila predmetom kritike .S obzirom da je teško ocijeniti je li u trenutku smrti suicidom bila prisutna namjera, nalazi mrtvozornika mogu podcijeniti broj suicida. U trenutku suicida velika većina ljudi pati od nekog duševnog poremećaja, iako se mogu dogoditi izuzeci od nekoliko racionalnih suicida. Suicid je relativno neuobičajen događaj, no mogućnost suicida osoba s duševnim poremećajem uvijek je potencijalni rizik s kojim se sreću zdravstveni i drugi stručnjaci koji su odgovorni za skrb o takvima osobama. Odluka o hospitalizaciji i liječenju pacijenta u bolnici u sukladno Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama često je potencirana brigom vezanom za rizik od samoozljeđivanja ili rizik od ozljeđivanja drugih te preventivnim radnjama u smislu osiguranja više razine sigurnosti po bolesnika i okolinu. Pravni osnov prijema pacijenata na forenzičke odjele psihijatrijskih ustanova jeste glava VII ZZODS ili, što je rjeđe, pod određenim uvjetima premješteni iz zatvora tijekom izdržavanja kazne. Odnos između suicidalnog ponašanja i nasilnog ili homicidalnog ponašanja je složen, ali nužan za razumijevanje fenomena suicida u uvjetima više razine sigurnosti. Prema istraživanjima, oko 30% nasilnih osoba ima povijest autodestruktivnog ponašanja, a 10%-20% suicidalnih osoba bilo je nasilno prema drugima.

Kliničke studije su također potvratile opću pozitivnu korelaciju između suicida ili suicidalnog ponašanja i nasilja prema drugima. Iako su i suicidalno i nasilno ponašanje pod utjecajem različitih čimbenika, ono što ih povezuje mogla bi biti temeljna inklinacija prema izraženijoj impulzivnosti, afektivnoj labilnosti i bihevioralnoj dezinhiciji . Mnogi drugi socijalni faktori također se povezuju kako sa suicidalnim tako i s nasilnim ponašanjem, uključujući nasilje u obitelji, konflikte u obitelji, dostupnost oružja, muški spol i drugi.

Glavni duševni poremećaji i faktori povezani s povećanim rizikom od nasilja ili homicida su shizofrenija, zloporaba droga i poremećaj osobnosti . Procjena rizika je termin koji se odnosi na metodu uspoređivanja vjerojatnih posljedica odluka koje se formuliraju u procesu odlučivanja. U psihijatriji se to obično odnosi na istu metodu koja se fokusira na aktualnu kliničku praksu procjene rizika od ozljeđivanja sebe ili drugih.

Tradicionalno, procjena rizika se usredotočava na predikciju: na primjer, u forenzičkoj psihijatriji psihijatar predviđa je li pacijent opasan, pa tako i postoji li rizik da će počiniti nasilno djelo. U posljednje se vrijeme u procjeni rizika pokušavaju objediti znanstveni dokazi i klinička praksa. Alati za procjenu rizika u forenzičkoj psihijatriji započinju uključivati aspekte upravljanja rizikom te su se reformulirali kao proces u kojem se identificiraju i pručavaju statički, stabilni, dinamički i budući rizični faktori da bi se umanjila vjerojatnost njihovog pojavljivanja. U ovome radu raspravljamo o tri šira pristupa procjeni rizika: kliničkoj, aktuarskoj i strukturiranoj stručnoj prosudbi.

PREVENTION OF SUICIDE IN PENAL AND FORENSIC PSYCHIATRIC FACILITIES

Suicide may be defined as intentional self-killing, although the definition has been the subject of critical review. As the determination of whether intent was present at the time of death by suicide can be difficult, coroner's inquests tend to underestimate the number of suicides. At the time of suicide, a vast majority of people are suffering from some form of mental disorder, although there may, exceptionally, be a few rational suicides. Suicide is a relatively uncommon event, but the possibility of suicide by those with mental disorders is always a potential hazard faced by health and allied professionals responsible for their care. Admission and treatment of a patient in hospital under mental health legislation is often precipitated by concern regarding risk of self-harm and/or risk of harm to others and necessity for admission to a higher level of secure facility. Patients in forensic facilities include patients admitted through mental health legislation or, rarely, transferred during sentence from prison. The relationship between suicidal behaviour and that which is violent or homicidal is complex but relevant to the understanding of the phenomenon of suicide in secure conditions.

According to research about 30% of violent individuals have a history of self-destructive behaviour and 10–20% of suicidal persons have a history of violence to others. Clinical studies have also confirmed a general positive association between suicide or suicidal behaviour and violence to others. Although suicidal and violent behaviour are both influenced by multiple factors, the common thread linking the two may be an underlying propensity for elevated impulsivity, affective instability and behavioural disinhibition. Many other social factors have also been recognised as being associated with both suicidal and violent behaviour, including a history of violence in the family, family conflict, access to weapons, male gender and others.

The main mental disorders associated with increased risk of violence or homicide are schizophrenia,

substance misuse and personality disorder. Suicide risk is elevated in all mental disorders, but especially in depressive illness, schizophrenia, substance misuse and personality disorder.

Risk assessment is the term which refers to the method of balancing probable consequences of decisions which formalises the decision-making process. In psychiatry, it usually refers to the same method focused on the current clinical practice of assessing the risks of harm to self or others.

Traditionally, risk assessment has focused on prediction: for example, in forensic psychiatry the psychiatrist predicts whether a patient is dangerous and therefore at a risk

of committing a violent act. In more recent times, risk assessment systems have attempted to unite research evidence with clinical practice. Risk assessment tools in forensic psychiatry have begun to incorporate aspects of risk management and have been reformulated as the process of identifying and studying static, stable, dynamic and future risk factors to reduce the probability of their occurrence. In this article we discuss three broad approaches to risk assessment: clinical, actuarial and structured professional judgement.

AGRESIVNOST I DUHOVNOST

Suzana Jonovska, Vesna Šendula Jengić, Gordan Bošković, Slaven Zudenigo
Psihijatrijska bolnica Rab

| 81

Dok moderno društvo nagrađuje natjecateljski duh i agresivnost, duhovnost podržava manje materijalne sfere i daje prednost introspekciji. S druge strane, moderno društvo će vrlo vjerojatno razviti visoke etičke standarde koji su u pogledu tolerancije rizika visoki, u pogledu agresivnosti niski i umjereni i fokusiraju se na sredstva jednakno kao i na ishode. Ako je društvo jako i ako podržava visoke etičke standarde, imat će snažan i pozitivan utjecaj na ponašanje kao takvo. Ipak, jako društvo koje ima visoku toleranciju na agresiju može razviti neetično ponašanje. Duhovnost može biti produžetak etički orijentirane kulture. Duhovnost prepoznaje da ljudi imaju unutarnji život koji ih hrani i koji se hrani smislenim životom i radom koji se događa u kontekstu društva.

Formalno, definicija zdravlja SZO kao stanja potpunog tjelesnog, psihičkog i socijalnog blagostanja (dobrobiti), a ne kao tek odsustvo bolesti, dopušta da duhovnost dobiva sve veću pažnju kao varijabla u zdravstvenim istraživanjima. Nadalje, jedan od instrumenata koji je razvijen za mjerjenje kvalitete života (SZO Kvaliteta života), sastoji se od šest domena: fizičko zdravlje, psihičko zdravlje, razina neovisnosti, društveni odnosi, okružje te duhovnost, vjera i osobno vjerovanje. Duhovnost je zajednička svim ljudima, doživljava se na različite načine i značajno utječe na život osobe. Duhovnost osposobljava i motivira u potrazi za smisлом i svrhom života; utječe na i pod utjecajem je naseg fizičkog stanja, osjećaja, misli i odnosa.

Stoga značajke duhovne zajednice uključuju snažan osjećaj svrhe, fokusiraju se na individualni razvoj koji naglašava jake strane pojedinca, povjerenje i poštovanje, nagradu prije nego li kaznu te tolerira različitosti.

Čini se kao da se ljudima svidi da su od rođenja pripremani da budu nasilni i agresivni. Nasilje je heterogeno. Fizičko nasilje može biti impulzivno, reaktivno ili defanzivno; također ono može biti predatorska agresija lišena žaljenja ili kajanja. Nasilna ponašanja mogu biti povezana s intoksikacijom alkoholom, psihozom ili

drugim neuropsihijatrijskim stanjima. Nasilni činovi mogu biti rezultat osobnih ili kulturnih sustava vjerovanja. Nasilje može biti seksualizirano ili usmjereno točno određenoj žrtvi ili određenoj skupini. Rizik od određenog nasilnog incidenta u određeno vrijeme i na određenom mjestu ovisi o kombinaciji karakteristika i aktualnom stanju počinitelja, skupu okolnosti u određeno vrijeme, dostupnosti žrtve i karakteristikama te žrtve. Tako i drugi čimbenici, pored samog počinitelja, trebaju biti uključeni u razmatranje pri planiranju prevencije i/ili upravljanja agresijom. Doista, mnogi počinitelji vjeruju da vanjski čimbenici imaju veću ulogu u izazivanju njihovog nasilnog ponašanja nego oni unutarnji. Agresivnost nije nužno nasilan čin; agresivna osoba nije nužno nasilna. Mnoga nasilna ponašanja rezultat su defanzivnog odgovora na percipiranu agresiju. Agresivnost koju opisujemo u ovom članku je rezultat mjere samoiskaza za agresivnost kao osobine ličnosti, a svakodnevno duhovno iskustvo je rezultat mjere samoiskaza o transcendentnom u svakodnevnom životu te njegovoj/njezinoj percepciji interakcija ili uključenosti transcedentnog u svakodnevni život.

| 82 U ovom članku raspravljamo o razlikama između agresivnosti kao osobine ličnosti izmjerene *Upitnikom agresivnosti* i duhovnosti izmjerene upitnikom *Skala svakodnevnog duhovnog iskustva* te korelacijom između agresivnosti i dnevnog duhovnog iskustva na tri uzorka: odrasle zdrave osobe, odrasli pacijenti u psihijatrijskoj ustanovi i odrasli forenzički psihijatrijski pacijenti na liječenju.

AGGRESSIVENESS AND SPIRITUALITY

While modern society rewards competitiveness and aggressiveness, spirituality seems to encourage less material engagement and favor greater inner reflection. On the other hand, modern society is most likely to shape high ethical standards that are high in risk tolerance, low to moderate in aggressiveness, and focus on means as well as outcomes. If a society is strong and supports high ethical standards, it will have a powerful and positive influence on behavior as such. However, a strong society which highly tolerates aggression can shape unethical behavior. Spirituality can be an extension of ethical culture orientation. Spirituality recognizes that people have an inner life that nourishes and is nourished by meaningful life and work that takes place in the context of community.

Formally, WHO definition of health as a state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease, allows spirituality to gain increasing attention as a health research variable.

Furthermore, an instrument developed for measuring quality of life, the WHO Quality of Life, is structured by six domains: Physical health, Psychological health, Level of independence, Social relationships, Environment, Spirituality, religion and personal beliefs. Encountered in various ways in all human beings, spirituality is a common human phenomenon and significantly influences the life of a person. Spirituality enables and motivates us to search for the meaning and purpose in life; it affects and is affected by our physical state, feelings, thoughts and relationships.

Therefore, characteristics of a spiritual community include a strong sense of purpose, focus on individual development that emphasizes strengths of an individual, trust and respect, reward more than punishment and tolerate the differences.

Humans seem to like they are wired from birth to be violent and aggressive. Violence is heterogeneous. Physical violence can be impulsive, reactive or defensive; or it can be predatory, remorseless aggression. Violent behaviors can be related to alcohol intoxication or psychosis or other neuropsychiatric conditions. Violent acts may be the result of personal or cultural belief systems. Violence can be sexualized or directed at a specific victim or at a specific group. The risk of a particular violent incident happening at a particular time and place depends on the combination of the characteristics and current state of the perpetrator, the set of circumstances at the time, victim availability and the characteristics of that victim. Thus, factors other than the perpetrator should be taken into consideration when planning the prevention and/or management of aggression. Indeed, many service users believe that external factors are more important precipitants of their violent behavior than the internal ones. Aggressiveness is not necessarily an act of violence; an aggressive person may not be violent. Ironically, many violent behaviors are a result of a defensive response to perceived aggression. Aggressiveness described in this article is a result of a self report measure of trait aggressiveness and daily spiritual experience is a result of a self report measure of person's perception of the transcendent in daily life and her or his perceptions of interactions with or involvement of the transcendent in everyday life.

In this article we discuss the differences between the trait aggressiveness measured by Aggression Questionnaire and spirituality measured by Daily Spiritual Experience Scale as well as correlation between the results of aggressiveness and daily spiritual experiences in three samples: adult normal persons, adult psychiatric inpatients and adult forensic psychiatric inpatients.

SREBERNI SPONZORI:

KRKA-FARMA d.o.o.
ABBOTT Ltd.
PLIVA HRVATSKA d.o.o
ELI LILLY (Suisse) S.A.

BRONČANI SPONZORI:

ASTRAZENECA d.o.o.
SERVIER PHARMA d.o.o.
SANOFI-AVENTIS CROATIA d.o.o
| 84 SANDOZ d.o.o.
NOVARTIS HRVATSKA d.o.o.
BELUPO d.d.
JANSSEN: PHARMACEUTICAL COMPANIES OF JOHNSON & JOHNSON S.E. d.o.o.

PRIJATELJI KONGRESA:

ALKALOID d.o.o.
LUNDBECK CROATIA d.o.o.
JADRAN - GALENSKI LABORATORIJ d.d.

Popis autora:

A

Arbanas G. 39, 65
Aukst Margetić B. 47, 62, 72

B

Bilić V. 55
Blokar M. 48
Bosnar A. 79
Bošković G. 77, 79, 81
Brajković M. 54
Braš M. 54
Branković R. 68
Buljan D. 42

C

Crnčević Orlić Ž. 14

D

Dodig G. 21

Đ

Đorđević V. 54

F

Filaković P. 34
Folnegović Šmalc V. 51
Freitag E. 12
Furjan Z. 72

G

Galić J. 65
Gelo J. 29
Golik Gruber V. 62
Gruber E. 62
Grozdanić V. 58
Gudelj L. 66

H

Hodak J. 74

I

Ivelić J. 68
Ivezić E. 65

J

Jakovljević M. 19, 27
Janović S. 43
Jeličić A. 48
Jelić S. 71
Jonovska S. 81

K

Karlović D. 29
Katinić K. 50
Katalinić S. 74
Kocijan Hercigonja D. 31
Kočić E. 62

L

Kovačić S. 17
Kovačević M. 17, 44
Knežević L. 64
Kozina M. 72
Kuljanić K. 18

Ljubičić Đ. 38
Ljubičić R. 38

M

Marčinko D. 33, 55
Martinović G. 17
Marinić R. 72
Marinović M. 63
Maroević S. 65
Mihaljević S. 62
Mihanović M. 22
Moravek D. 69
Mršić Pelčić J. 44, 45
Murgić L. 63
Muzur A. 49
Mužinić L. 65

N

Nenadić Švigin K. 71

P

Pelčić G. 45
Presečki P. 22

R

Rinčić I. 49
Rončević Gržeta I. 36
Rudan V. 23

S

Sartorius N. 11
Sotošek S. 17
Szentmártoni M. 13

Š

Šakić M. 72
Šendula Jengić V. 74, 77,
79, 81
Šitum S. 22
Špehar M. 31
Štengl I. 52
Štifanić M. 49

V

Valenčić M. 16
Vitežić D. 17, 44, 45
Vranješ N. 30

Z

Zudengo S. 81

Ž

Žarković Palijan T. 72
Zlatarević S. 22

glavni simptomi
depresije

anskoznost

Osjećam se *(loše) cijelo vrijeme.*

neobjašnjivi bolovi



Neobjašnjivi bolovi

su prisutni kod mnogih ako ne i kod većine depresivnih bolesnika,
ali se ne smatraju dijelom dijagnostičkih kriterija za depresiju

Stahl

Stahl SM Stahl's Essential Psychopharmacology 2008;453-614



Početna doza i doza održavanja

60 mg jednom dnevno

Maksimalna doza

120 mg dnevno

CYMBALTA duloxetinum 30 mg i 60 mg tvrde želučanootporne kapsule

Terapijske Indikacije: Liječenje velikih depresivnih epizoda. Liječenje bolne dijabetičke periferno neuropatije u odraslih. Liječenje generaliziranih anksioznih poremećaja.

Kontraindikacije: Preosjetljivost na djelatnu tvar ili na bilo koju od pomoćnih tvari. Kontraindi-cirana je istodobna primjena CYMBALTE s neselektivnim, irreverzibilnim inhibitorima monoamin-oksidaže (MAOI). CYMBALTA se ne smije uzimati u kombinaciji s fluksosaminom, cipro-flaksosinom ili enoksacincem (tj. snažnim inhibitorima CYP1A2), jer se pri toj kombinaciji povećava koncentracija duloksetina u plazmi. Teško hubređno oštećenje (Kilens kreatinina < 30 m/min). Kontraindicirano je započeti liječenje CYMBALTOOM kod bolesnika s nekontroliranom hipertenzijom, koja bolesnika može izložiti potencijalnom riziku od hipertenzivne krize.

Posebna upozorenja i posebne mjeru opreza pri uporabi: *Manje i konvulzije:* CYMBALTA treba s oprezom давати bolesnicima s povijesom manje ili s dijagnozom bipolarnog poremećaja i/ili konvulzija.

Mitralijazi: nužan je oprez kada se CYMBALTA propisuje bolesnicima s povijesom očnini tlakom i onima s povremenim rizikom od pojave akutnog glaukoma uskog kuta. *Krvni tlak i srčana frekvencija:* kod bolesnika s poznatom hipertenzijom ili drugim bolestima srca preporučuju kontrola krvnog tlaka, osobito tijekom prvog mjeseca liječenja. Duloksetin se treba primjenjivati s oprezom kod bolesnika čije stanje može biti kompromitirano ubrzanim srčane frekvencije ili povišenjem krvnog tlaka. Ne smije se započeti liječenje duloksetinom u bolesniku s nekontroliranom hipertenzijom. *Primjena u djece i adolescenata u dobi do 18 godina:* Cymbalta se ne bi smjela primjenjivati u terapiji djece i adolescenata do 18 godina. *Prekid liječenja:* Simptomi ustežanja prilikom prekida liječenja CYMBALTOOM su česti, osobito ako se liječenje naglo prekine. *Trudnoća i dojenje:* Nema odgovarajućih podataka o primjeni

duloksetina kod trudnicu i dojenčadi. Ženama treba savjetovati da obavijestite svog liječnika ako tijekom liječenja zatrudnje ili namjeravaju zatrudniti. *Starje osobe:* potreban oprez prilikom primjene duloksetina doze u lječenju starijih osoba. *Nuspojave:* Najčešće prijavljene nuspojave kod bolesnika s depresijom koji su liječeni CYMBALTOOM bile su mučnina, glavobolja, suhoća usta, pospanost, umor, nesanica, omaglica i затvor. *Medulim:* česte nuspojave bile su većinom blago do umjerenje, obično su se javljale na početku liječenja, te su uglavnom nestajale u daljem tijeku liječenja. *Doziranje i način primjene:* Kroz usta. Velike depresivne epizode: Početna doza i preporučena doza održavanja je 60 mg dnevno, koja se uzima sa ili bez hrane. Generalizirani anksiozni poremećaji: Preporučena početna doza za bolesnike s generaliziranim anksioznim poremećajem je 30 mg dnevno, koja se uzima sa ili bez hrane. Bolna dijabetička periferna neuropatija: Početna doza i preporučena doza održavanja je 60 mg dnevno, koja se uzima sa ili bez hrane.

Ime i adresu nositelja odobrenja: ELI LILLY HRVATSKA d.o.o., Hondlová 2/5, 10000 Zagreb

Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet:

- CYMBALTA 30 mg tvrde želučanootporne kapsule: UP/I-530-09/05-01/772 od 24.07.2006.

- CYMBALTA 60 mg tvrde želučanootporne kapsule: UP/I-530-09/05-01/773 od 24.07.2006.

Naćim i mjesto izdavanja lijeka: Na recept, u lijekarni

Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom odobrenom sažetu svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima i homeopatskim proizvodima ("Narodne novine" broj 118/2009).

SAMO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE

HRCYM00008 27.08.2010.

Eli Lilly (Suisse) S.A.

Predstavništvo u RH

Hondlová 2/5, 10000 Zagreb

T 01/2350 999. F 01/2305 870

Cjelovit oporavak?

AstraZeneca 

AstraZeneca d.o.o., Branimirova 29, 10000 Zagreb, tel. (01) 4628 000, fax. (01) 4618 228, www.astrazeneca.com



NOVO!
Seroquel®
XR
kvetiapin

*Jednom
dnevno
za cjelovit
oporavak.^{1,2}*

1. Kahn RS et al. J Clin Psych 2007; 68: 832-842
2. Suppes T et al. Journal of Affective Disorders 2010;121(1):106-15.

Seroquel®
XR
kvetiapin

Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom odobrenom sažetu opisu svojstava lijeka te cjelokupnoj odobrenoj uputi sukladno članku 15. Pravilnika o načinu oglašavanja lijekova i homeopatskih proizvoda ("Narodne novine" broj 118/09). Samo za zdravstvene djelatnike.

Seroquel XR 50 mg, 200 mg, 300 mg i 400 mg filmom obložene tablete s produljenim oslobadanjem (quetiapinum)

Terapijske indikacije: Seroquel XR je indiciran za liječenje shizofrenije. U klinički stabilnih shizofrenih bolesnika, u kojih se ovim lijekom provodi terapija održavanja, Seroquel XR učinkovito sprječava relapse osnovne bolesti. Seroquel XR je indiciran za liječenje umjerenih do teških maničnih epizoda koje se javljaju u okviru bipolarnog poremećaja. Seroquel XR je indiciran za liječenje velikih depresivnih epizoda u bipolarnom poremećaju. Seroquel XR nije indiciran za sprečavanje ponovne pojave maničnih ili depresivnih epizoda. **Doziranje i način primjene:** SEROQUEL XR filmom obložene tablete se uzimaju jednom dnevno, bez hrane. Tablete treba prugati cijele, a ne ih prepoloviti, sačuvati ili smruti. **Za liječenje shizofrenije i umjerenih do teških maničnih epizoda povezanih s bipolarnim poremećajem:** Seroquel XR treba uzimati najmanje jedan sat prije obroka. Dnevna doza na početku liječenja iznosi 300 mg (prvi dan), 600 mg (drugi dan). **Za liječenje depresivnih epizoda povezanih s bipolarnim poremećajem:** Seroquel XR treba uzimati najmanje jedan sat prije spavanja. Dnevne doze u prva četiri dana liječenja iznose: 50 mg (prvi dan), 100 mg (drugi dan), 200 mg (treći dan) i 300 mg (četvrti dan). Preporučena dnevna doza je 300 mg. **Kontraindikacije:** Seroquel XR je kontraindiciran u bolesnika koji su preosjetljivi na djalatnu tvar ili na bilo koji od pomoćnih tvari sadržanih u ovom lijeku. Kontraindikacija je istodobno primjena s inhibitorima citokroma P450 3A4, kao što su inhibitori HIV-proteaze, azolni antimikrotici, entronik, klantromicin i nefazodon. **Posebna upozorenja i posebne mјere opreza pri uporabi:** Kvetiapin može izazvati ortostatsku hipotenziju, napose u početnom razdoblju titriranja doze; ako se to pojavi, potrebno je smanjiti ili postupno izbrisati dozu. Kod bolesnika s postojećim kardiovaskularnim bolestima treba razmotriti spornu titraciju lijeka. Ako se pojave znaci i simptomi tardive diskinezije, potrebno je razmotriti smanjenje doze ili prekid liječenja. Neuroleptički maligni sindrom povezuje se s uzimanjem antipsihotika, uključujući i kvetiapin. Klinički znaci obuhvaćaju: hipertermiju, promjenjen mentalni stanje, učinkoznost mišića, nestabilnost autonomnog sustava i povišenu kreatinin-fosfokinazu. Pri pojavici tih znakova treba prekinuti liječenje i poduzeti prikladne medicinske mјere. Istodobna primjena kvetiapina sa anazinikima induktorima jereninih enzima, kao što su karbamazepin i fenitol, takođe smanjuje koncentraciju kvetiapina u plazmi, što može utjecati na učinkovitost terapije kvetiapinom. Kod pacijentata koji su već pod terapijom induktormi jereninih enzima, početak terapije Seroquelom XR preporuča se samo onda ako liječnik smatra da prednosti premašuju potencijalni rizik prekida terapije induktorkom jereninih enzima. Hiperglikemija ili pogorjevanje već postojećeg dijabetesa opisano su u tijeku liječenja kvetiapinom. Preporuča se odgovarajuće kliničke praćenje dijabetičara i pacijenata sa rizičnim faktorima za razvoj šećerne bolesti. U kliničkim ispitivanjima kvetiapin je porast razine triglicerida i kolesterolja. Pri predozirajućem zabilježeno je produženje QT intervala. Kao i pri primjeru drugih antipsihotika, potreban je oprez pri uporabi kvetiapina u bolesnika s kardiovaskularnim bolestima ili bolesnicima u čijoj obiteljskoj anamnesi postoji podatak o produženju QT intervala. Akutne simptome ustezanja koji uključuju nesanicu, mučnina, glavobolju, projev, povraćanje, omaglica i razdražljivost, opisan su nakon naglog prekida uzmajanja kvetiapina. Stoga se preporučuje postupno preklapanje uzmajanja lijeka tijekom perioda od najmanje jednog do dva tjedna. Seroquel XR nije odobren za liječenje psihozu uzrokovane demencijom. Seroquel XR treba s ozorem primjenjivati u bolesnika sa rizičnim faktorima za razvoj moždanog udara. Seroquel XR tablate sadrže laktozu. Bolesnici sa rizičnim faktorima za moždani udar trebaju se prethodno uzmjeti ovaj lijek. **Nuspojave:** Načinje se na nuspokane koje izaziva kvetiapin: somnoljenja, omaglica, suha usta, blaga astenija, konstipacija, tihkaradja, ortostatska hipotenzija i disperzija. **Poremećaji krvi i limfognih sustava:** Često: leukepenija. **Poremećaji živčnog sustava:** Vrlo često: omaglica, somnoljenja, glavobolja. Često: sinkropsija, ekstrapiramidni simptomi. **Srčani poremećaji:** Često: tihkaradja. **Poremećaji oka:** Često: zamućen vid. **Krvotljni poremećaji:** Često: ortostatska hipotenzija. **Poremećaji džiglinskog sustava, prišta i srednjoprstja:** Često: blaga astenija, periferni edem. **Pretrage:** Vrlo često: Porast serumskih triglicerida. Porast ukupnog kolesterolera (pretežno LDL kolesterol). Često: Povećanje jetenske lezine, porast serumske transaminaza (ALT, AST), smanjenje broja neutrofila, povećanje razine glikozne u krvi do hipertengenskih vrijednosti. **Naziv i adresas nositelja odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet:** AstraZeneca d.o.o., 10000 Zagreb, Branimirova 29, Zagreb, Republika Hrvatska. **Klasi i datum rješenja o odobrenju za stavljanje gotovog lijeka u promet:** Seroquel XR 50 mg: UPI-530-09/07-01/484, 17. listopada 2008.; Seroquel XR 200 mg: UPI-530-09/07-01/485, 17. listopada 2008.; Seroquel XR 300 mg: UPI-530-09/07-01/486, 17. listopada 2008.; Seroquel XR 400 mg: UPI-530-09/07-01/487, 17. listopada 2008. **Način izdavanja:** Na recept, u lijekarni.