

PRVI HRVATSKO - RUSKI KONGRES DUHOVNE PSIHIJATRIJE

s međunarodnim sudjelovanjem

Depresija, ovisnosti i suicid

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

„Da bolje čujemo dušu koja boli...“

ORGANIZATORI:

Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju - HIDP

Croatian Institute of Spiritual Psychiatry - CISP

Institut za mentalno zdravlje i pitanja ovisnosti - Moskva

Institute of Mental Health and Addictology - Moscow



ZBORNİK SAŽETAKA

01. - 03. ožujka 2013. Opatija, Hrvatska

Loquēn®

kvetiapin



PLIVA CNS Put do ravnoteže.

Loquēn® (kvetiapin), tablete 25 mg, 100 mg, 200 mg
Terapijske indikacije: liječenje shizofrenije. Bipolarni poremećaji, uključujući liječenje usmjerenih do teških maničnih epizoda, liječenje velikih depresivnih epizoda u bipolarnom poremećaju, sprečavanje ponovne pojave epizoda bolesti u bolesnika s bipolarnim poremećajem, kod kojih je došlo do odgovora na liječenje maničnih ili depresivnih epizoda. **Doziranje i način primjene:** Kvetiapin se uzima s hranom ili bez nje. **Doziranje za liječenje shizofrenije:** dva puta dnevno. Ukupna dnevna doza tijekom prva četiri dana terapije je 50 mg (1. dan), 100 mg (2. dan), 200 mg (3. dan) i 300 mg (4. dan). Od 4. dana nadalje doza treba biti 300 mg. Uobičajeni raspon učinkovitih doza je 400 do 800 mg na dan. Za liječenje usmjerenih do teških maničnih epizoda povezanih s bipolarnim poremećajem, dva puta dnevno. Ukupna dnevna doza prva četiri dana je 100 mg (1. dan), 200 mg (2. dan), 300 mg (3. dan) i 400 mg (4. dan). Doza se dalje, do 6. dana, smije povećavati do 800 mg na dan i to za najviše po 200 mg na dan. Uobičajeni raspon učinkovitih doza je 400 do 800 mg na dan. Za liječenje depresivnih epizoda u bipolarnom poremećaju, jednom dnevno prije spavanja. Ukupna dnevna doza tijekom prva četiri dana je 50 mg (1. dan), 100 mg (2. dan), 200 mg (3. dan) i 300 mg (4. dan). Preporučena dnevna doza je 300 mg. Pojedini bolesnici mogu imati koristi od primjene doze od 600 mg. Za sprečavanje ponovne pojave epizoda bolesti u bipolarnom poremećaju bolesnici kod kojih je došlo do odgovora na terapiju u akutnom liječenju bipolarnog poremećaja, trebaju nastaviti s uzimanjem jednake doze. Doza se može prilagoditi u rasponu od 300 mg do 600 mg na dan dva puta dnevno. Važno je koristiti najnižu učinkovitu dozu lijeka u vrijeme održavanja. **Stariji Osivno o kliničkim odgovorima i podnošljivosti u svakog pojedinačnog bolesnika, vremenski period za kiranje doza može biti duži. I dnevna terapijska doza može biti niža u odnosu na mlade bolesnike. Plazmatski klirens kvetiapiina je smanjen 30-50% u odnosu na mlade bolesnike. Ocjelovrnost i sigurnost primjene nije procijenjena u bolesnika starijih od 65 godina koji pate od depresivnih epizoda u okviru bipolarnog poremećaja. Djeca i adolescenti Ne preporuča se primjena kvetiapiina u djece i adolescenta mlađih od 18 godina. Nije potrebno prilagođavanje doze u bolesnika s oštećenjem bubrega. U bolesnika s oslabljenom funkcijom jetre terapiju treba početi dozom od 25 mg kvetiapiina/dan. Ovisno o kliničkom odgovoru i podnošljivosti u svakog pojedinačnog bolesnika, doza se svakodnevno može povećavati za po 25 do 50 mg, do one učinkovite. **Kontraindikacije:** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili bilo koji od sastojaka ovog lijeka. Istodobna primjena inhibitora ciklooksaгена P450A4, kao što su inhibitori HIV proteaze, azolni antifungici, entriocini, klaritromicin i nalazidol. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi** Nije preporuča se primjena kvetiapiina u djece i adolescenta mlađih od 18 godina zbog nedostatka podataka koji bi potvrdili sigurnost primjene u toj dobnj skupini. U kliničkim ispitivanjima provedenim na bolesnicima s velikim depresivnim epizodama u bipolarnom poremećaju, primjećuje se povećani rizik od suicida u mladih odraslih bolesnika (mlađih od 25 godina) liječenih kvetiapiinom, u usporedbi s onima koji su dobivali placebo (3,0% vs. 0%). Liječnici bi trebali razmisliti o mogućem riziku od događaja povezanih sa suicidom nakon naglog prekida liječenja kvetiapiinom, zbog poznatih faktora rizika bolesti koja se liječi. Liječenje kvetiapiinom je povezano sa somnolencijom i sličnim simptomima, kao što je sediranost. Ovi simptomi su obično najteži unutar prvih tri dana liječenja i pretežno su blagog do umjerenog intenziteta. Bolesnicima s bipolarnom depresijom koji osjete somnolenciju jačeg intenziteta može biti potreban čeki nadzor tijekom maksimalno 2 tjedna od nastupa somnolencije ili dok se stanje ne poboljša. Kod takvih bolesnika čv možda bi bilo potrebno razmisliti o prekidi liječenja. Kvetiapin treba oprezno davati bolesnicima s poznatim kardiovaskularnim bolestima, cerebrovaskularnom bolešću i drugim stanjima koja povećavaju rizik od hipertenzije. Kvetiapin može izazvati ortostatsku hipotenziju, napsu u početnom razdoblju titriranja doze. U tom slučaju treba uzeti u obzir smanjenje doze ili postupnu titraciju doze. Kao i kada je riječ o ostalim antipsihoticima, savjetuje se oprez pri liječenju bolesnika s konvulzivama i anamnezom u odnosu na epilepsiju, u kojih je kvetiapin koristen za liječenje velikih depresivnih epizoda u bipolarnom poremećaju, učestalost ekstrapiramidnih simptoma je bila veća u bolesnika koji su primali kvetiapin u odnosu na skupinu koje je primala placebo. Jave li se znaci i simptomi tardivne diskinezije, važno razmisliti smanjenje doze kvetiapiina ili njegovu obustavu. Najveća neuroleptičkog malignog sindroma bila je povezana s uzimanjem antipsihoticika, uključujući kvetiapin. Kvetiapin u tom slučaju treba obustaviti i provesti primjerne medicinske mjere. Teška neutropenija se u kliničkim ispitivanjima kvetiapiina javila rijetko. Leukopenija ili neutropenija se pojavila nakon prekida liječenja kvetiapiinom. Mogući faktor rizika za pojavu neutropenije tijekom liječenja kvetiapiinom, su postojali nizi broj leukocita u urinu kod započinjanja liječenja, kao i prisutnost neutropenije uzrokovane lijekovima u anamnez. Primjenu kvetiapiina treba prekinuti kod bolesnika s brojem neutrofila $1,0 \times 10^9/L$. Bolesnike treba promatrati kako bi se uočili znakovi i simptomi infekcije, te treba kontrolirati broj neutrofila (dok ne prestane broj od $1,5 \times 10^9/L$). Pri istodobnoj primjeni kvetiapiina i jakih induktora jetrenih enzima, poput karbamazepina ili fenitoina, može se znatno smanjiti plazmataska koncentracija kvetiapiina, što može utjecati na učinkovitost kvetiapiina. Liječenje kvetiapiinom u bolesnika koji se liječe induktorom jetrenih enzima smije se započeti samo ako lijekovi smatra da koriste kvetiapinom načeljavara rizik prestatka liječenja induktorom jetrenih enzima. Važno je da se promjene u liječenju induktorom jetrenih enzima provede postupeno te da se, ukoliko je potrebno, indiktor jetrenih enzima zamijeni nekim ne-induktorom. Valja izbjegavati istodobnu uporabu ostalih neuroleptičkih lijekova. Povećanje tjelesne težine je prijavljeno kod bolesnika liječenih kvetiapiinom što treba nadzirati te poduzeti prikladne kliničke mjere, u skladu sa smjernicama za antipsihoticke. Hiperglikemija, razvoj ili pogoršanje dijabetesa povremeno praćeno ketoacidozom ili komom su rijetko prijavljeni. Preporuča se odgovarajuće kliničko praćenje u skladu sa smjernicama za antipsihoticke. Bolesnike liječene bilo kojim antipsihoticom uključujući kvetiapin, treba promatrati zbog pojave znakova i simptoma hiperglikemije (kao što su polidipsija, polifurija, polifagija i slabost), a bolesnicima sa samom bolešću ili sa rizičnim faktorima treba redovito pratiti zbog pogoršanja kontrole glukoze. Tjelesnu težinu treba redovito kontrolirati. U kliničkim ispitivanjima primijećeno je porast razine triglicerida, LDL-a ukupnog kolesterola, te smanjenje razine HDL-kolesterola. Obzirom da je u kliničkim ispitivanjima zabilježeno povećanje tjelesne težine, glukoze u krvi te lipida, moguće je pogoršanje profila metaboličkog rizika kod pojedinih bolesnika koje treba liječiti u skladu s kliničkim praksom. Nakon stavljanja lijeka u promet i u slučaju predoziranja došlo je do produljenja QT intervala. Kao i pri uzimanju ostalih antipsihoticika, nužan je oprez ako se kvetiapin propisuje bolesnicima s kardiovaskularnim bolestima ili bolesnicima koji u anamnez imaju produljenje QT intervala. Također je potreban oprez kada se kvetiapin primjenjuje zajedno s drugim lijekovima za koje se zna da produljavaju QT interval, te pri istovremenoj uporabi s neuroleptičkim narkoticima kod starijih bolesnika, kod bolesnika rođenih sa sindromom produljenog QT intervala, zakajanjem srca, hipotenzijom ili hipotagnezijom. Opisani su slučajevi venske tromboembolije (VTE) kod liječenja antipsihoticima. Potrebno je identifikovati sve rizične faktore za VTE prije liječenja kvetiapiinom i eventualno poduzeti potrebne mjere. Akutne reakcije uzrokovane opasni su u slučajevima nakon nagle obustave kvetiapiina. Stoga se savjetuje postupna obustava lijeka tijekom najmanje jednog do dva tjedna. Kvetiapin nije odobren za liječenje bolesnika sa psihozom povezano s demencijom. Kvetiapin treba davati opazno bolesnicima s rizikom od moždanog udara. Disfagija je opisana tijekom liječenja kvetiapiinom. Preporuča se oprez priklon liječenja kvetiapiinom u bolesnika kod kojih postoji rizik za razvoj aspiracijske upale pluća. Opisana je pojava pankreatitisa kod bolesnika koji su uzimali kvetiapin ali uzročno-posljedica veza nije utvrđena. Loquēn tablete sadrže laktozu. Bolesnici s rijetkim nasljednim poremećajem nepodnošenja galaktoze, nedostatkom laktaze ili glukoze-galaktoze malapsorpcijom ne bi trebali uzimati ovaj lijek. Loquēn tablete 25 mg sadrže boju Sunset yellow E110 koje može uzrokovati alergijske reakcije. Učestale reakcije: Najčešće prijavljene nuspojave pri uzimanju kvetiapiina su pospanost, omaglica, suha usta, blaga astenija, zatvor, haidrijska, ortostatska hipotenzija i dispneja. Kao i pri uzimanju ostalih antipsihoticika, i pri uzimanju kvetiapiina bilo je prijava porasta tjelesne težine, sinkope, neuroleptičkog malignog sindroma, leukopenije, neutropenije i perifernog edema. Ostale učestale nuspojave uključuju smanjenje vrijednosti hemoglobina, hipoprotaktinemiju, smanjenje ukupnog T₃, smanjenje ukupnog T₄, povećanje TSH, povišene vrijednosti serumskih triglicerida, povišene vrijednosti ukupnog kolesterola (posebno LDL), smanjene vrijednosti HDL kolesterola, povećani apetit, hiperlipidemija, nepravilni snovi i noćne more, susudne iscjede i porastanja glukoze, ekstrapiramidni simptomi, dizurija, zamračen urin, ritmič dispenja, povraćanje, porast vrijednosti jetrenih enzima, simptomi uzrokovani, razdražljivost, pirkcija. U djece i adolescenta povećan apetit, povećanje serumskog protinka, povišenje krvnog tlaka, ekstrapiramidni simptomi i nadražujući javljali su se u većem učestalosti nego u odraslih. **Napomena:** Upru promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku i svojstvene onima iz sažetka opisa svojstva lijeka u PROMETU I UPORABI sukladno članku 15 Pravilnika o načinu oglašavanja u lijekovima i homeopatskim proizvodima, Narodne novine broj 118/09, 140/09, 140/09. **Masa i datum rješenja:** UPI-530-09/07-01/99, UPI-530-09/07-01/99, UPI-530-09/07-01/99, UPI-530-09/07-01/99. **Nadn izdavanja na recept u ljekarni.** Upućuje se zdravstveni radnik na zadnji odobreni sažetak opisa svojstva lijeka te opisa i ljeka. SA MO ZA ZDRAVSTVENE RADNIKE. **Nazivi i adresa lokalna odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet:** PLIVA Hrvatska d.o.o., Pliva baruna Filipovića 25, 10 000 Zagreb, Hrvatska. www.pliva.hr, www.plivamed.net 02-13-002-01-ND/19-13-02-14**

**PRVI HRVATSKO - RUSKI KONGRES
DUHOVNE PSIHIJATRIJE**

ZBORNİK SAŽETAKA

PRVI HRVATSKO - RUSKI KONGRES DUHOVNE PSIHIJATRIJE

ZBORNIK SAŽETAKA

Urednik:

Rudolf Ljubičić

Dizajn naslovnice i grafičko uređenje:

Miloš Stupar

Tiskano u Zagrebu, veljača 2013.

POKROVITELJ KONGRESA:



MINISTARSTVO ZDRAVLJA REPUBLIKE HRVATSKE

ORGANIZATORI:

Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju

Institut za mentalno zdravlje i pitanja ovisnosti - Moskva

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

Katedra za kazneno pravo Pravnog fakulteta Sveučilišta u Rijeci

Predsjednici kongresa:

Đulijano Ljubičić, Boris Tsygankov

Počasni predsjednik kongresa:

Norman Sartorius

Dopredsjednici kongresa:

Veljko Đorđević, Mihaly Szentmartoni, Dmitry Khritinin

Predsjednik organizacijskog odbora:

Rudolf Ljubičić

Predsjednik znanstvenog odbora:

Miro Jakovljević

Tajnik kongresa:

Hrvoje Jakovac

ORGANIZACIJSKI ODBOR:

Dragana Jurić, Ana Bačeković, Dragutin Breški, Tanja Frančeski, Trpimir Glavina, Jelena Ivelić

Ivan Kanjer, Lana Knežević, Darko Labura, Tina Šubat Lazinica, Igor Salopek,

Anamarja Orlić, Vjekoslav Peitl, Radimir Rakun

ZNAVSTVENI ODBOR:

Goran Arbanas, Ivana Ljubičić Bistrović, Marijana Braš, Danijel Buljan,

Goran Dodig, Nikola Drobnyak, Tanja Frančišković, Vesna Golik Gruber,

Velinka Grozdanić, Ika Rončević Gržeta, Herman Haller, Sanja Janović,

Andela Jeličić, Vesna Šendula Jengić, Vlado Jukić, Miljenko Kapović,

Dalibor Karlović, Križo Katinić, Tomislav Lesica, Darko Marčinko,

Branka Aukst Margetić, Srđan Marušić, Ninoslav Mimica, Jasenka Mršić,

Amir Muzur, Marija Vučić Peitl, Vesna Pešić, Rudolf Ljubičić, Ingrid Škarpa-Prpić,

Veronika Reljac, Iva Rinčić, Gordana Rubeša, Milan Špehar, Mirko Štifanić,

Alan Šustić, Boran Uglješić, Dinko Vitezić, Nikola Vranješ, Zoran Zoričić

SADRŽAJ:

USMENE PREZENTACIJE

DEPRESIJA, SAMOUBOJSTVO, OVISNOSTI O DROGAMA I DUHOVNOST Prof.dr.sc. N. Sartorius	11
NORMALNO I PATOLOŠKO U RELIGIJI Prof.dr.sc. M. Szentmártoni	12
FACTORS THAT AFFECT SUICIDAL BEHAVIOUR Prof.dr.sc. B.D. Tsygankov	13
DEPRESIJA IZ SEDAM PERSPEKTIVA: TRANSDISCIPLINARNI INTEGRATIVNI MODEL Prof.dr.sc. M. Jakovljević	14
DUHOVNOST U RAZUMIJEVANJU, PREVENCIJI I LIJEČENJU DEPRESIJE Prof.dr.sc. M. Jakovljević	15
“DUHOVNA PSIHIJARIJA” Prof.dr.sc. Đ. Ljubičić	17
PSIHOANALIZA, C.G.JUNG I RELIGIJA – PREGLED ODNOSA PSIHOANALIZE I RELIGIJE Dr. R. Nikolić	21
PSYCHOTHERAPISTS PERSONALITY AND SPIRITUALITY Prof.dr.sc. R. Nabiullina	22
MOTHER'S ROLE IN THE SPIRITUAL PSYCHOTHERAPY SERIOUSLY ILL CHILD Dr. Z. Polozhaja	23
ESTETIKA SUICIDA – OD ANTIČKE DO KONCEPTUALNE UMJETNOSTI Dr.sc. A. Mindoljević Drakulić	23
EXPERIENCE OF THE MOSCOW SERVICE OF THE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO THE POPULATION WHEN RENDERING THE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO THE PERSONS BEING IN THE SHARP CRISIS STATE. Dr. T. Sergey	26
SKIN ITCHING AS A PSYCHOSOMATIC SYMPTOM OF DEPRESSION Dr. V.V. Marilov	27
PARTICULARIES OF DEPRESSIVE DISORDERS' DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA Dr. A.E. Bryoukhin	28
CHARACTERISTICS OF PERSONALITY TRAITS AND EMOTIONAL SPHERE IN WOMEN WITH NIGHT EATING SYNDROME Dr. I.S. Mahortova	29

	THE COMBINATION OF AUTO- AND HETEROAGGRESSIVE BEHAVIOUR IN PARANOID SCHIZOPHRENIC PATIENTS	
	Dr. S. Oskolkova	30
	GRUPE SAMOPOMOĆI— TEMELJ REHABILITACIJE U ALKOHOLOGIJI	
	Doc.dr.sc. Z. Zoričić	31
	REHABILITATIVE CARE SYSTEM ADDICTED PATIENTS IN THE RUSSIAN FEDERATION	
	Dr. T.N. Dudko	32
	ULOGA OBITELJI U PREVENCIJI OVISNIČKIH PONAŠANJA DJECE	
	Prof.dr.sc. S. Sakoman	33
	OVISNOST – ZAPREKA CJELOVITOM ČOVJEŠTVU	
	Dr.sc. V. Reljac	34
	REZONANCIJA: OD PSEUDOTRUDNOĆE DO TERAPIJSKE ZAJEDNICE	
	Mr.sc. S. Janović	36
	POSTOJE LI RAZLIKE U POVEZANOSTI DUHOVNOSTI I RELIGIOZNOSTI S DEPRESIJOM?	
	Dr. S. Mihaljević	37
	KLINIČKA SLIKA, BIBLIJSKA ANTROPOLOGIJA I KRŠĆANSKA VJERA	
	Prof.dr.sc. M. Szentmártoni	39
	TEOLOŠKI POGLED NA STANJE I LIJEČENJE OBOLJELIH OD DEPRESIJE	
	Doc.dr.sc. N. Vranješ	39
6	PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PROACTIVE BEHAVIOUR OF PATIENTS WITH DEPRESSION	
	Dr. A.I. Erzin	41
	SPIRITUAL UPBRINGING IN THE PARENTALFAMILY - THE LEADING FACTORS OF PRIMARY PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR	
	Dr. B.S. Polozhy	42
	SUICIDALNOST U BOLESNIKA S POREMEĆAJEM OSOBNOSTI I POREMEĆAJEM PREHRANE	
	Doc.dr.sc. D. Marčinko	43
	SUICID KAO OPĆI FENOMEN	
	Prof.dr.sc. G. Dodig	43
	THE MODEL OF SUICIDE AID IN SARATOV REGION	
	Dr. J.B. Baryl'nik	45
	KRŠĆANSKA DUHOVNOST LJUDSKOGA ŽIVLJENJA	
	Prof.dr.sc. Milan Špehar	46
	NEW PERSPECTIVES OF THE DIAGNOSTICS OF THE SUICIDAL RISK	
	Dr. O. Kalashnikova	47
	STUDY POPULATION STRUCTURE SUICIDAL BEHAVIOR (IN THE RETROSPECTIVE STUDY SUICIDES SARATOV REGION)	
	Dr. E.V. Bachilo	48

SUICIDES OF TEENAGERS (ACCORDING TO POSTHUMOUS FORENSIC PSYCHIATRY EVOLUATIONS) Dr. S.V. Vaulin	50
DELIVERY OF CARE TO SUICIDAL PATIENTS IN CRISIS INTERVENTION PSYCHIATRIC WARD OF GENERAL HOSPITAL Doc.dr.sc. V.M. Gilod	51
SUICIDAL THOUGHTS IN PATTERN OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER Dr. I.E. Danilin	52
ASSESSMENT OF SUICIDE RISK IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN THE OUTPATIENT SETTING OF PRIMARY HEALTH AND SOCIAL CARE. Dr. K.V. Sinitsina	53
CATAMNESIS OF KORSAKOFF'S SYNDROME IN ALCOHOLISM Dr. M.S. Artemieva	54
EVALUATION OF LIFE QUALITY AS A COMPONENT OF PATIENTS' WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS REHABILITATION Dr. D.D. Samoylova	55
GDJE JE MJESTO KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA U MEDICINSKOJ EDUKACIJI? Prof.dr.sc. V. Đorđević	56
DEPRESIJA KOD STARIJIH OSOBA Prof.dr.sc. N. Mimica	59
DUHOVNOST I PSIHOONKOLOGIJA Prim.dr. sc. B. Auks Margetić	60
NEMOJ POSTOJATI Dr.sc. J. Bošnjaković	61
PREDIKCIJA SUICIDA U INSTITUCIONALNIM UVJETIMA Doc.dr.sc. V. Šendula Jengić	62
DEPRESIJA I DEMORALIZACIJA KOD BOLESNIKA S NEIZLJEČIVIM BOLESTIMA: DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI IZAZOVI Doc.dr.sc. M. Braš	64
EKSTENZIVNA SUICIDALNOST Prof. Luka Maršić	67

POSTERI

DUHOVNOST KAO „ELIKSIR ZDRAVLJA“?

D. Jurić

70

ŠTO JE TO SQ?

J. Ivelić

71

" NE ZNAM, NISAM SIGURNA"??

Dr. M. Šakić

73

DUHOVNA BOLEST – TEMELJNA BOLEST

Dr. L. Knežević

74

IMPLIKACIJE NEUROZNASTVENIH ISTRAŽIVANJA OVISNOSTI

NA RAD S OSOBAMA KOJE BOLUJU OD BOLESTI OVISNOSTI

Prof. M. Šendula-Pavelić

76



USMENE PREZENTACIJE

HRVATSKI INSTITUT ZA DUHOVNU PSIHIJATRIJU - HIDP



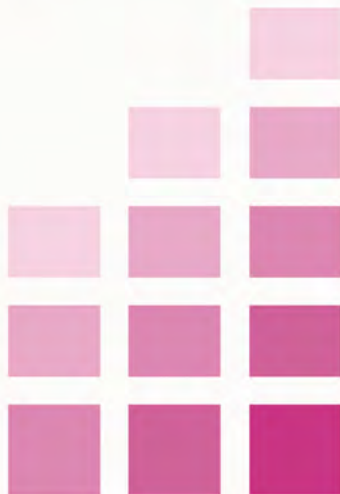
PharmaS[®] je hrvatska farmaceutska tvrtka za proizvodnju i promet farmaceutskih proizvoda. Naša misija je unaprijediti zdravstvene standarde kroz pouzdanu kvalitetu i cijenom povoljne generičke lijekove.

Veselimo se zajedničkoj suradnji!

PharmaS d.o.o.
Radnička cesta 47
10 000 Zagreb

PharmaS Centar
Industrijska cesta 5, Potok
44 317 Popovača

T: +385 44 295 900
F: +385 44 295 999



DEPRESIJA, SAMOUBOJSTVO, OVISNOSTI O DROGAMA I DUHOVNOST

Norman Sartorius

Association for the Improvement of Mental Health Programmes (AMH) - President

Depresija, samoubojstvo i zlouporaba droga su zlo našeg doba i malo je sumnje da se pojavljuju tako snažno upravo zbog trenutne socioekonomske revolucije, te zbog promjene sustava vrijednosti koji ga prati. Vjera, religija, duhovnost i neizvjesnost o našim idealima utječu na naše nade, naša očekivanja i naš način življenja u svijetu koji se brzo mijenja: depresija i samoubojstvo, kao i zlouporaba droga mogli bi biti posljedice neuspjeha u pronalasku podrške kod drugih ili snage unutar samog sebe u procesu masovnih promjena. Prezentacija će dati pregled pitanja na koja bismo trebali obratiti pozornost u istraživanju i u praksi - pitanja o točnoj prirodi odnosa između duhovnosti, vjere i religije s jedne strane i depresije, samoubojstva i zlouporabe droge s druge. Ta će se pitanja postaviti u kontekstu šireg društvenog okruženja što uključuje promociju ovisnosti o drogama, zlouporabe opojnih droga povezane s kriminalom, promjene zakona o samoubojstvu i potpomognutom samoubojstvu, ekonomske nesigurnosti i ogromne varijacije stope nezaposlenosti, kao i trenutne revolucije u dostupnosti informacijama.

DEPRESSION, SUICIDE, DRUG DEPENDENCE AND SPIRITUALITY

Depression, suicide and the abuse of drugs are ills of our times and there is little doubt about the fact that they emerge so strongly because of the current socioeconomic revolution and because the changes of the value system which accompanies it. Faith, religion, spirituality and the uncertainty about our ideals affect our hopes, our expectations and our ways of living in the world which is rapidly changing: depression and suicide as well as drug abuse might be consequences of failing to find support from others or strength within ourselves in this process of massive change. The presentation will give an outline of questions that we should address in research and in practice – questions about the precise nature of relationship between spirituality, faith and religion on one hand and depression, suicide and drug abuse on the other. These questions will be listed in the context

of the wider social environment which includes the promotion of drug dependence, drug abuse related crime, changes of legislation concerning suicide and assisted suicide, economic uncertainties and huge variations of rates of unemployment as well as the current information revolution.

NORMALNO I PATOLOŠKO U RELIGIJI

Mihály Szentmártoni

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

Kriteriji za diferencijalnu dijagnozu

Nije lako odrediti što je normalno a što patološko u religioznom ponašanju. Razne religiozne pojave različito se ocjenjuju u kontekstu različitih povijesnih vremena i kultura. Suvremene norme još uvijek snažno ovise o europskim standardima i o „medikalizaciji“ religijskih pojava. U prvom dijelu predavanja prikažu se različiti oblici religioznog ponašanja koji se često etiketiraju kao patološko. U drugom dijelu predavanja ispituju se kriteriji za vrednovanje tih ponašanja u jednom širem kontekstu, uzimajući u obzir povijesni i kulturni kontekst. Zaključak autore je da osim dihotomije „patološko-normalno“ postoji i treća kategorija „izvan normalno“.

12

NORMALITY AND PATHOLOGY IN RELIGION

Criteria for a differential diagnosis

It is not easy to define what is normal and what is pathological in religious behaviour. Different religious expressions are differently judged in different historical times and different cultural settings. Contemporary norms about what is normal or pathological in religion are still under a strong influence of the western, mostly European standards, imposed by psychiatry and medicine, so that we can speak of the „medicalization“ of religious phenomena. In the first part of his lecture the Author offers a list of religious behaviour patterns, often labelled as pathological. In the second part, the Author offers some new perspectives on judging a „strange“ religious phenomenon: instead of thinking in a dichotomy of „normal-

pathological“, a third category should be added: „beyond normal“.

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СУИЦИДАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ.

Цыганков Б.Д., д.м.н., профессор, зав. каф. психиатрии, наркологии и психотерапии
ФПДО МГМСУ.

Москва

Ваулин С.В., к.м.н., доцент кафедры неврологии и психиатрии факультета
повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов
СГМА, Смоленск.

Хритинина вставить

Суициды и суицидальные попытки представляют собой серьезную проблему здравоохранения во всех странах мира. За последние десятилетия в большинстве стран мира возросли уровни смертности от самоубийств, как в зрелом, так и в молодом возрасте. Основные типы факторов, которые можно рассмотреть как влияющие на суицидальное поведение, это:

- Средовые факторы
- Психологические (личностные факторы)
- Демографические особенности
- Социальные факторы
- Психические и психосоматические аспекты
- Взаимосвязь аддикций и суицидального поведения

13

FACTORS THAT AFFECT SUICIDAL BEHAVIOUR

Tsygankov B.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry, Addiction and Psychotherapy, Faculty of Post-Graduate Education, Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia

Vaulin S.V., MD, PhD, Associate Professor at the Department of Neurology and Psychiatry, Faculty of Post-Graduate Education and Professional Reeducation, Smolensk State Medical Academy, Smolensk, Russia

The group of multifaceted factors that affect suicidal behavior described in the article, among them environmental, psychological, demographical, social and psychiatric. Accomplished suicides and suicide attempts present a serious problem for health care systems around the world. The prevalence of mortality due to suicides among adults and young people increased recently in many countries. The main factors that affect suicidal behavior are following:

- Environmental factors
- Psychological factors (personality traits)
- Demographical factors
- Social factors
- Psychiatric and psychosomatic factors
- Connection between addiction and suicidal behavior

DEPRESIJA IZ SEDAM PERSPEKTIVA: TRANSDISCIPLINARNI INTEGRATIVNI MODEL

Miro Jakovljević

Klinika za psihijatriju KBC Zagreb i Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Depresija je mračna bolest našega doba s tisuću lica, u stalnom je porastu i čini se da sve više poprima oblik epidemije. Često je neprepoznata ili se sa zakašnjenjem dijagnosticira, rizični je čimbenik za razvoj koronarne, ali i drugih bolesti, prognostički je čimbenik u raznim komorbidnim stanjima, a rezultati liječenja nerijetko su vrlo skromni i u alarmirajućoj nesrazmjeri s terapijskim mogućnostima, a sve zbog dogmatskog, mehanicističkog i fragmentiranog pristupa. Sve je aktualnija potreba za prevladavanjem dubokog jaza između velikih terapijskih mogućnosti i relativno skromnih rezultata u kliničkoj praksi što je moguće kroz komplementarne i integrativne metode liječenja. U radu se opisuje transdisciplinarni multiperspektivni integrativni model depresije iz perspektive bolesti, dimenzionalne perspektive osobnosti u zdravlju i bolesti, kognitivno-aksiološke perspektive, behavioralne perspektive, spiritualno-transcendentalne perspektive, narativne i sistemske perspektive. Svaka od navedenih perspektiva nudi specifične terapijske pristupe i tehnike koje su komplementarne i mogu se međusobno nadopunjavati u sklopu transdisciplinarnog integrativnog i holističkog liječenja kao što je primjerice kreativna psihofarmakoterapija.

14

DEPRESSION THROUGH SEVEN PERSPECTIVES: A TRANS-DISCIPLINARY INTEGRATIVE MODEL

Depression is a sinister disease of our time with thousand faces, it is steadily increasing and it seems that the increasing is taking the form

of an epidemic. It is often unrecognized or diagnosed too late, presenting one of the risk factors for developing coronary and other diseases, it is also a prognostic factor in a variety of co morbid conditions, and the results of treatment are often very humble and alertingly disproportionate to the therapeutic options, all because of the dogmatic, mechanistic and fragmented approaches. There is an increasingly frequent need to overcome the deep gap between major therapeutic options and relatively modest results in clinical practice as much as possible through complementary and integrative treatments. This paper describes a multi-perspective trans-disciplinary integrative model of depression from the perspective of disease, dimensional perspective of personality in health and disease, cognitive-axiological perspective, behavioral perspective, spiritual-transcendent perspective, narrative and systemic perspective. Each of these perspectives offers specific therapeutic approaches and techniques that are complementary and can complement each other as part of a trans-disciplinary integrative and holistic treatment such as the creative pharmacotherapy.

DUHOVNOST U RAZUMIJEVANJU, PREVENCIJI I LIJEČENJU DEPRESIJE

Miro Jakovljević

Klinika za psihijatriju KBC Zagreb i Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Duhovnost i depresija povezani su na različite načine, pa se o depresiji može govoriti i kao jednom od oblika duhovnog otuđenja ili duhovnog sloma u našem neduhovnom svijetu pseudonormalnosti i virtualnosti. Depresija značajno narušava duhovni život, ali i s druge strane duhovna kriza predstavlja mogući put u depresiju. U duhovnoj krizi s manjkavim načinom sučeljavanja s životnim izazovima dovodi se u pitanje sveukupni smisao, pa i sama vrijednost našega života. Razvoj depresije nerijetko je povezan s ulaganjem u krive životne vrijednosti i nezadovoljenim autentičnim potrebama, s razvojem osjećaja bespomoćnosti, vlastite bezvrijednosti i beznadnosti, te potisnutim bijesom i osjećajem krivnje. Depresija signalizira submisivnost dominantnim osobama i bespomoćnost potencijalnim njegovateljima i pomagačima. Metaforički rečeno depresija predstavlja očajnički krik za

ljubavlju i smislom. Duhovno orijentirana terapije depresije uključuje duhovnu konverziju ili duhovni preporod kroz procese opraštanja, promjene životne filozofije i usmjeravanja prema autentičnim životnim vrijednostima i potrebama, te procese prepoznavanja i ostvarivanja svojih autentičnih mogućnosti i životne misije. Duhovno ozračje važna je sastavnica terapijskog konteksta jer pojačava placebo, a umanjuje nocebo sastavnicu terapijskog odgovora kako na psihofarmakoterapiju tako i na brojne vrste psihoterapije.

SPIRITUALITY IN THE UNDERSTANDING, PREVENTION AND TREATMENT OF DEPRESSION

16 Spirituality and depression are linked in various ways, and we can talk about depression as a form of spiritual alienation and spiritual breakdown in our unspiritual world of pseudo normality and virtuality. Depression significantly impairs the spiritual life, but at the other hand a spiritual crisis presents a possible path to depression. In the spiritual crisis, with poor ways to cope with life's challenges, the sense of everything is undermined, even the value of our own lives. Development of depression is often associated with investing in the wrong life values and unsettling some of the authentic needs, with the development of feelings like helplessness, hopelessness and worthlessness of their own, and repressed anger and guilt. Depression is signaling submissiveness to dominant persons and helplessness to potential caregivers and helpers. Metaphorically said, depression is a desperate cry for love and meaning. Spiritually oriented therapy of depression involves a spiritual conversion or spiritual rebirth through the process of forgiveness, changing the philosophy of life, routing to authentic life values and needs, and the processes of recognition and realization of its authentic features and mission. Spiritual atmosphere is an important component of the therapeutic context because it reinforces the placebo and reduces nocebo components of response to the psychopharmacology and to other numerous types of psychotherapy.

“DUHOVNA PSIHIJARIJA”

Đulijano Ljubičić, Rudolf Ljubičić

Hrvatski institut za duhovnou psihijatriju- HIDP

*I najdulje putovanje započinje s prvim korakom,
kao i ljubav s prvim cvijetom...*

U posljednjem desetljeću, kliničke i znanstvene granice između religije, duhovnosti i psihijatrije istražene su s novom energijom. Najnovijim dostignućima u mozgu znanosti duha (Fenwick, 2009.), veći utjecaj kontinentalne egzistencijalne filozofije (Matthews, 2007.), i potražnjom iz grupa korisnika usluga mentalnog zdravlja za osobu u cjelini, olakšan je prijelaz tih granica. Globalizacija, prisilne migracije, političke ili ekonomske izbjeglice, povećavaju svijest o mentalno zdravstvenim uzrocima i posljedicama porasta masovnog nasilja (Cox i Ghodse, 2007.); veći interes za blagostanje u javnom zdravstvu, potraga za „značenjem“ i za multivjerskom religijskom filozofijom suosjećanja (Amstrong, 2001.; King, 2009.), su ostale niti razmatranja. S tim razmatranjem na umu, psihijatri i njihove profesionalne organizacije pozvani su na provedbu sljedećih preporuka:

- Uključenje duhovnog blagostanja, egzistencijalnog značenja i vjerskih uvjerenja u sve mjere kvalitete života.
- Povećanje razumijevanja doprinosa religije i duhovnosti na uzroku i liječenje mentalnih poremećaja.
- Poticanje ostalih zdravstvenih djelatnika da prepoznaju važnost vjere i duhovnosti za migrante iz vjerskih zemalja i kultura.
- Svjesnost utjecaja pružanja liječničkih „pogleda na svijet“ pri uključivanju službi za mentalno zdravlje.
- Suradnja sa čelnicima vjerskih zajednica, duhovnih savjetnika i bolničkih kapelana kako bi se poboljšale odredbe za skrb osobe kao cjeline.
- Rutinsko uključivanje vjerskih uvjerenja i duhovne prakse, pri procjeni pacijenata, što utječe na dijagnozu, pružanje zaštite i strategiju oporavka.
- Poštivanje uvjerenja svojih pacijenata, uz zabranu „ocrnjivanja“ i nametanja vlastitih uvjerenja pacijentima ili pokušavanja širenja tih istih.
- Poštivanje vjerske i duhovne motivacije mentalnog zdravlja radnika

bez ocrnjivanja njihove vrijednosti.

- Osiguravanje nadzora zdravstvenih usluga osoblju čija vjerska shvaćanja imaju negativan utjecaj na njihovu dobrobit ili na dobrobit bolesnika.

- Razvijanje CME (Continuing Medical Education- Kontinuirano medicinsko usavršavanje) programa i kliničkih revizija na području psihijatrije i religije.

- Provođenje istraživanja o kliničkim ishodima (pozitivnim ili negativnim), te o prijelazu granica kako je opisano u ovoj Izjavi o Položaju.

Duhovni i vjerski razlozi također imaju važne i etičke značajke za kliničku psihijatriju. Osobito se to potvrđuje ovdje:

1. Duhovno blagostanje je vrlo važan aspekt zdravlja.

2. Empirijski dokazi otkrivaju uglavnom u velikoj mjeri pozitivan odnos između religioznosti/ duhovnosti i različitih indeksa zdravlja. Međutim, vjerska i duhovna uvjerenja su moćne sile koje mogu dati štetne, kao i pozitivne učinke.

3. Taktično razmatranje religijskih vjerovanja i duhovnosti pacijenata treba smatrati kao bitne komponente pri uzimanju psihijatrijske povijesti bolesti.

4. Razumijevanje vjere i duhovnosti i njihov odnos prema dijagnozi, etiologiji i liječenju psihijatrijskih poremećaja treba smatrati kao bitnu sastavnicu za psihijatrijsko osposobljavanje i trajno stručno usavršavanje.

5. Postoji potreba za više istraživanja na obje, i religije i duhovnosti u psihijatriji.

6. Psihijatri, bez obzira na osobna uvjerenja, trebali bi biti spremni za rad sa čelnicima/ članovima vjerskih zajednica, kapelanima i pastoralnim djelatnicima, za blagostanje svojih pacijenata, i trebali bi poticati sve kolege u području rada mentalnog zdravlja, da učine isto.

7. Od psihijataru treba očekivati da će uvijek poštivati i biti osjetljivi na duhovno- religijska uvjerenja i prakse svojih pacijenata, te također obitelji i njegovatelja svojih pacijenata, a ne da koriste svoj profesionalni položaj za prozelitizam ili potkopavanje vjere.

8. Psihijatri bi trebali ukazivati na svijest, poštivanje i osjetljivost za važnu ulogu koju igraju duhovnost i religija, pri formiranju i pozivu na rad mnogobrojnog osoblja i volontera, na području zaštite mentalnog zdravlja.

9. Psihijatri bi, kad god je to prikladno, trebali raditi na boljem razumijevanju među kolegama i pacijentima različitih religija i kultura, imajući na umu da socijalni sklad doprinosi mentalnom zdravlju i blagostanju.

“SPIRITUAL PSYCHIATRY”

*Even the longest journey begins with the first step,
just like love with the first flower...*

In the last decade, clinical and scientific boundaries between religion, spirituality and psychiatry are explored with new energy. Recent advances in brain science spirit (Fenwick, 2009), greater impact of continental existential philosophy (Matthews, 2007), and demand from a group of users of mental health services for a person as a whole, facilitated the crossing of these limits. Globalization, forced migration, political or economic refugees, increase awareness of mental health causes and consequences of the rise of mass violence (Cox and Ghodse, 2007); Increased interest in the welfare of the public health, the search for "meaning" and the multi-faith religious philosophy of compassion (Amstrong, 2001; King, 2009), are other threads of these considerations. With these considerations in mind, the psychiatrists and their professional organizations have been invited to the implementation of the following recommendations:

- The inclusion of spiritual well-being, existential meaning and religious beliefs in all measures of quality of life.
- Increased understanding of the contribution of religion and spirituality in the cause and treatment of mental disorders.
- Encouragement of other health professionals to recognize the importance of religion and spirituality for migrants from religious countries and cultures.
- Awareness of the impact of “physician's views” about the world, and the inclusion of the mental health services.
- Cooperation with the leaders of religious communities, spiritual counselors and hospital chaplains in order to improve the provision of care for a person as a whole.
- Routine inclusion of religious beliefs and spiritual practices in the

assessment of patients, which affects the diagnostics, provision of protection and recovery strategy.

- Having respect for the beliefs of their patients, with a ban on "denigrating" and imposing their own beliefs on patients or trying to spread them.

- Having respect for religious and spiritual motivation of mental health workers without denigrating their value.

- Providing oversight of health services personnel whose religious views have a negative impact on their welfare or the welfare of patients.

- Developing CME (Continuing Medical Education) program and clinical auditing in psychiatry and religion.

- Conducting research on clinical outcomes (positive or negative), and the border crossing as described in this Statement of position. Spiritual and religious considerations also have important ethical features which have impact on psychiatry. In particular, it is confirmed here:

1. Spiritual well-being is an important aspect of health.

2. The empirical evidence reveals the largely positive relationship between religiousness/ spirituality and various indices of health. However, religious and spiritual beliefs are powerful forces that can have harmful as well as beneficial effects.

3. Tactful consideration of religious beliefs and spirituality of patients should be considered as essential components in taking psychiatric history of a patient.

4. Understanding religion and spirituality and their relationship towards the diagnosis, etiology and treatment of psychiatric disorders should be considered as an essential component of psychiatric training and continuing professional development.

5. There is a need for more research on both religion and spirituality in psychiatry.

6. Psychiatrists, regardless of their personal beliefs, should be willing to work with the leaders / members of religious communities, chaplains and pastoral care workers, for the welfare of their patients, and should encourage all their colleagues in the field of mental health, to do the same.

7. Psychiatrists should always respect and be sensitive to the spiritual

and religious beliefs and practices of their patients, and also to families and caregivers of their patients, and not to use their professional position for proselytizing or undermining the faith.

8. Psychiatrists should indicate an awareness, respect and sensitivity to the important role played by spirituality and religion during the formation and vocation of numerous workers and volunteers in the field of mental health.

9. Psychiatrists should, whenever appropriate, work for better understanding among colleagues and patients of different religions and cultures, bearing in mind that social harmony contribute to mental health and well-being.

PSIHOANALIZA, C.G.JUNG I RELIGIJA – PREGLED ODNOSA PSIHOANALIZE I RELIGIJE

Dr. Roman Nikolić

Psihijatrijska bolnica za djecu i mladež Zagreb

Od svoga nastanka psihoanaliza, nastala u ozračju mehencističkog materijalizma i nekih radikalno ateističkih filozofskih ideja, suprotstavljala se religiji. C.G.Jung je bio iznimka, i u svojem razmišljanju je otvorio vrata transcendentnom, nadovezujući se na promjene u shvaćanju prirode realnosti kod nekih znanstvenika (metafizičke implikacije kvantne fizike). I danas dok veliki broj psihoanalitičara zadržava antireligiozni stav, neki pokušavaju naći poveznice između psihoanalitičkih stavova i religije.

| 21

PSYCHOANALYSIS, C. G. JUNG AND RELIGION - AN OVERVIEW OF THE RELATION BETWEEN PSYCHOANALYSIS AND RELIGION

Since its inception psychoanalysis, created in an atmosphere of an mechanistic materialism and some radically atheistic philosophical ideas, opposed to religion. C.G. Jung was the exception, and his thinking has opened the door to the transcendental, following the changes in the understanding of the nature of reality of some scientists (metaphysical implications of quantum physics). And today, while a large number of psychoanalysts have antireligious stance,

some are trying to find links between psychoanalytic attitudes and religion.

ЛИЧНОСТЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА И ДУХОВНОСТЬ

Профессор Р.Р.Набиуллина
Казань

Психотерапия – это лечение душой...И душа как основной инструмент, должна быть тонко настроенной и чувствительной. Именно поэтому удивительная творческая работа психотерапевта предъявляет достаточно жесткие требования к самой личности. Как быть эффективным профессионалом? Какими качествами нужно обладать, чтобы достичь главной психотерапевтической цели: помочь пациенту стать счастливым и продуктивным, добиться позитивных изменений в жизни? Есть очень разные психотерапевты, различающиеся по очень многим параметрам, и при этом очень эффективные.

22

PSYCHOTHERAPISTS PERSONALITY AND SPIRITUALITY

R.Nabiullina
Kazan

Psychotherapy is a form of treatment by the means of the soul. And this soul being the major source and instrument of the treatment should be sensitive and properly prepared. This is the reason why the creative work of the psychotherapist itself demands special requirements for the personality of the psychotherapist. The question is – how to be an effective professional? What are those personal qualities the doctor should obtain to achieve the main goal of psychotherapy – helping patients to achieve positive changes in their lives, become productive, become happy? There are many types of equally effective but very different in many ways psychotherapists. From my perspective, psychotherapist is always a successful person.

РОЛЬ МАТЕРИ В ДУХОВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО РЕБЕНКА

З.Б.Положая
Москва, Россия

Согласно современным представлениям, в комплексной терапии детей с тяжелыми формами соматических заболеваний важное место занимают меры медико-психологического характера, позволяющие повысить общий жизненный тонус ребенка, активизировать возможности его психики, направленные на улучшение самочувствия и выздоровление. К сожалению, эти медико-психологические мероприятия крайне редко используются в практике общемедицинских стационаров, в том числе, и из-за отсутствия в них соответствующих специалистов.

MOTHER'S ROLE IN THE SPIRITUAL PSYCHOTHERAPY SERIOUSLY ILL CHILD

Z.B.Polozhaja
Moscow, Russia

According to modern views, in the treatment of children with severe physical illness take an important place measures of health and psychological problems that improve overall vitality of the child, to increase the possibility of his mind to improve the well-being and recovery. Unfortunately these medical and psychological interventions are hardly ever used in the practice of general medical hospitals, including, and due to lack of relevant professional.

ESTETIKA SUICIDA – OD ANTIČKE DO KONCEPTUALNE UMJETNOSTI

Aleksandra Mindoljević Drakulić, Miro Jakovljević
Učiteljski fakultet Zagreb
Klinika za psihijatriju KBC Zagreb

Iako nisu brojne, vizualne reprezentacije suicida potječu još iz antičke mitologije i povijesti. Jedna od najčešće prikazivanih legenda toga doba oslikana je i ugravirana priča o starogrčkom junaku Ajaksu koji se probo mačem. Voluntaristička je smrt (mors voluntaria) u to vrijeme

isticana kao herojski, mahom muški izbor, a Aajaksov mač postao je simbolom obrane časti. Iako je katkada bio glorificiran i apoteoziran, suicid je u antici u skladu s humanističkom filozofijom toleriran i opravdavan različitim razlozima: najčešće radi očuvanja dostojanstva ili izbjegavanja boli i tuge. Za razliku od umjetničkih prikaza antičkih suicida koji nisu implicirali pejorativne atribute toga čina, u ranome srednjem vijeku suicid se sve više prikazuje kao pasivna i loša smrt, uz prisutnost depresivne tematike. U to se vrijeme estetika suicida ponajprije veže uz kršćansku ikonografiju, a čin samoubojstva izjednačava se s demonskim i grešnim ubojstvom. Ipak, rijetko se prikazuje mučeničkom smrću, a jedna od najpoznatijih slika suicida tog razdoblja bila je Judina nečasna smrt. Na taj su način uz filozofe teologe i umjetnici otvoreno proglasili suicid društvenim tabuom.

U periodu renesanse i prosvjetiteljstva suicid se u umjetnosti ponovno prikazuje kao čin milosrđa, ali i čin ludila, točnije bolesti plača ili melankolije. Iako i dalje portretiran kao dijaboličan zločin, ne promatra se više u binarnom sustavu mučeništva (Isus) i osude (Juda). Vizualna koncepcija suicida sve manje sadržava moralizatorski aspekt, a više emocionalnu, pa i seksualnu komponentu, posebice prikaze Thanatosa i Erosa. Potkraj 19. i početkom 20. stoljeća, potaknuti razvojem fotografije i medija, ali i društvenom situacijom vezanom uz Prvi svjetski rat, umjetnici na slikovit način počinju prikazivati bizarne slučajeve suicida, uzbudljive i potresne detalje različitih samoubojstava od kojih su neka i plod fikcije. Ovi pionirski pothvati reafirmiraju se i u modernoj umjetnosti 20. stoljeća, a posebice u konceptualnoj umjetnosti i umjetnosti instalacija i performansa. Gerilskim i revolucionarnim načinom prikazivanja smrti, koji je često i na granici između umjetnosti i provokacije suicid se povezuje s alijenirajućim urbanim socijalnim kontekstom, s pitanjima o ljudskoj tjelesnosti te se karakterizira kao poziv u pomoć.

THE AESTHETICS OF SUICIDE – FROM ANCIENT TO CONCEPTUAL ART

The visual representations of suicide, although not plentiful, date back to ancient mythology and history. One of the most frequently represented legends of that time is the painted and engraved story of

the ancient Greek hero Ajax who fell on his sword. Voluntary death (*mors voluntaria*) was at that time described as a heroic, largely men's choice, and the Ajax sword became a symbol of the defence of honour. Sometimes glorified and apotheosized, in antiquity suicide was, in accordance with humanist philosophy, tolerated and justified by a variety of motivations, mostly preservation of dignity or escape from pain and sorrow.

Unlike the representations of suicide in ancient art without pejorative connotations, in the Early Middle Ages suicide was increasingly represented as a passive and bad death, accompanied by depressive themes. At that time the aesthetics of suicide was primarily associated with Christian iconography and seen as equivalent to demoniac and sinful murder. It was rarely represented as martyrdom and one of the best known paintings of suicide was Judas' dishonourable death. Thus the artists of that time openly sided with philosophers/theologians in ostracising suicide as a social taboo.

In the period of Renaissance and Enlightenment suicide is again seen as an act on mercy, but also one of insanity or, more precisely, of weeping and melancholy. Although still portrayed as a diabolical crime, it is no longer regarded in the binary terms of martyrdom (Jesus) and condemnation (Judas). The visual concept of suicide is becoming less and less moralising and more and more emotional, even with sexual undertones, especially expressed in the representations of Thanatos and Eros. In the late 19th and the early 20th century, encouraged by the development of photography and the media, as well as the social situation in the sign of FWW, the artists started to vividly depict bizarre cases of suicide, their various fascinating and shocking details, some entirely fictitious. These pioneering beginnings are reaffirmed in modern 20th-century art, especially in conceptual art and installation and performance art. Through guerrilla and revolution-like approach to death, often on the borderline between art and provocation, suicide is associated with the alienating urban social context, with the questions of human physicalness, and is characterised as a call for help.

ОПЫТ РАБОТЫ МОСКОВСКОЙ СЛУЖБЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ ПРИ ОКАЗАНИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ, НАХОДЯЩИМСЯ В ОСТРОМ КРИЗИСНОМ СОСТОЯНИИ.

Тиунов Сергей Викторович,
к.м.н., начальник отдела экстренной психологической помощи
Петроченко Нина Алексеевна,
начальник отдела «телефон неотложной психологической помощи 051»
Успенская Светлана Юрьевна,
начальник территориального отдела психологической помощи населению

26 | Последние годы увеличилось количество обращений в Московскую службу психологической помощи населения лиц (далее МСППН) находящихся в остром кризисном состоянии. Только в 2012 году за очной психологической помощью с проблемой «суицид» в Службу обратилось 279 человек, из них 28 (10%) детей и подростков в возрасте от 14 до 18 лет. По поводу физического и сексуального насилия, в том же году к нам обратилось 167 клиентов, из них 16 (10%) детей и подростков, а с переживанием «острого горя» 583 человека. Еженедельно на круглосуточный телефон неотложной психологической помощи «051» поступает до 1000 звонков, из которых 30% являются кризисными.

EXPERIENCE OF THE MOSCOW SERVICE OF THE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO THE POPULATION WHEN RENDERING THE PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO THE PERSONS BEING IN THE SHARP CRISIS STATE.

T.Sergey
Head of department of an emergency psychological assistance
N.Petrochenko
Head of department "Phone of an urgent psychological assistance 051"
S.Uspensky
Chief of territorial department of a psychological assistance to the population

The last years the number of addresses to the Moscow service of a psychological assistance of the population of persons (further MSPH) being in a sharp crisis state increased. Only in 2012 279 people asked for an internal psychological assistance with a problem "suicide" in

Service, from them 28 (10%) children and teenagers aged from 14 till 18 years. Concerning physical and sexual abuse, the same year 167 clients addressed to us, from them 16 (10%) children and teenagers, and with experience of "a sharp grief" 583 persons. Weekly on the round-the-clock phone of an urgent psychological assistance "051" arrives to 1000 calls from which 30% are crisis.

КОЖНЫЙ ЗУД КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ДЕПРЕССИИ

V.V.Marilov, N.K.Atayan, P.V.Solodkov

Moscow Department of Psychiatry and Medical Psychology PFUR. В исследовании приняли участие 139 пациентов дерматологической клиники в течение 17 месяцев с хроническим зудом кожи, не связанные с любым из поражения кожи. 74% пациентов имели зуд как осложнение депрессии. Причины зуда не было выявлено, однако, была к связь с одним или несколькими событиями жизнь.

SKIN ITCHING AS A PSYCHOSOMATIC SYMPTOM OF DEPRESSION

The study involved 139 patients of dermatological clinic during 17 months with chronic skin itching not related to any of the skin lesions. 74% of patients had itching as a complication of depression. Causes of itching was not revealed, however, there was some connection with one or more of life's events.

ДИНАМИКА ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИЕЙ.

А.Е.Брюхин, М.С.Артемьева, Н.К.Абдраева
Москва, Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН.

Аффективная патология является облигатной симптоматикой нервной анорексии. Депрессивная симптоматика может встречаться на различных этапах заболевания. Расстройства

настроения в 30 % случаев предшествуют нервной анорексии и характеризуются аффективной неустойчивостью с преобладанием депрессии. Начало этих явлений относится к детскому и подростковому возрасту. Выраженность депрессии при нервной анорексии зависит от интенсивности дисморфоманических переживаний и успешности коррекции мнимых, либо чрезвычайно преувеличиваемых физических недостатков. При достижении желаемой потери веса тяжесть депрессии уменьшается, увеличиваясь при прибавке массы тела.

PARTICULARIES OF DEPRESSIVE DISORDERS' DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH ANOREXIA NERVOSA.

A.E.Bryoukhin, M.S.Artemieva, N.K.Abdraeva

Moscow Department of Psychiatry and Medical Psychology PFUR

Affective pathology is obligate symptoms of anorexia nervosa (AN). Depressive symptoms can occur at different stages of the disease. Depressive disorders and affective instability in 30% of cases may be preceded by the syndrome of AN. The beginning of the depressive mood in AN apply to children and adolescents.). Severity of depression in AN depends on the intensity of experience and success correction of imaginary or real obesity. The desired weight loss decreases the severity of depression, increasing weight gain caused the depressive mood. At the stage of severe cachexia pre-existing productive symptoms, including affective pathology is stopping.

28

ХАРАКТЕРИСТИКИ ЧЕРТ ЛИЧНОСТИ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЖЕНЩИН С НОЧНЫМ ПЕРЕЕДАНИЕМ

Махортова И.С., ЦыганковБ.Д., Ширяев О.

Московский государственный медико-стоматологический университет А. Е

Евдокимова, Москва

Воронежская государственная медицинская академия им. Н. Н. Бурденко, Воронеж

Распространенность расстройств пищевого поведения населения варьируется от 1 до 8%. В 90% случаев расстройство начинается в подростковом возрасте и чаще встречается у женщин. С середины прошлого века несколько исследований, описанных расстройств

пищевого поведения, которые были клинически отличны от классической анорексии и булимии. Распространенность этого синдрома среди лиц, страдающих ожирением варьироваться от 10 до 50% . Целью данного исследования было оценить личностные черты и эмоциональные характеристики женщин с ночным перееданием. В исследовании приняли 34 женщины

CHARACTERISTICS OF PERSONALITY TRAITS AND EMOTIONAL SPHERE IN WOMEN WITH NIGHT EATING SYNDROME

Mahortova I.S., Tsygankov B.D., Shiryayev O.U.

Moscow State Medical Stomatological University A.I. Evdokimova, Moscow

Voronezh State Medical Academy. N. N. Burdenko Voronezh

The prevalence of eating disorders in population is considered to vary from 1 to 8%. In 90% of cases the disorder begins in adolescence and is more common in women Since the middle of last century multiple studies described eating disorders that were clinically distinct from classical anorexia and bulimia nervosa. Night eating syndrome was described as one of the most difficult for managing. The prevalence of this syndrome among obese individuals vary from 10 to 50% . The objective of this investigation was to evaluate personality traits and emotional characteristics of women with night eating syndrome. To achieve this goal a randomized sample of patients (n = 34, women) aged from 31 to 65 years (mean age 47.27±4.26 years) was investigated.

29

СОЧЕТАНИЕ АУТО-И ГЕТЕРОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

С.Н. Осколкова, ГНЦ им. В.П. Сербского, Москва

Комплексно обследованы 103 мужчины с катamnестически верифицированным диагнозом «шизофрения» (по критериям МКБ-10), в возрасте от 19 до 63 лет, которым в период 2006-2011 г.г. проводилась стационарная судебно-психиатрическая экспертиза в ГНЦ ССП им. В.П. Сербского. (больные, совершившие ауто- и гетероагрессивные действия и только гетероагрессивные криминальные деяния). Установлено, что аутоагрессивное и

гетероагрессивное криминальное поведение при параноидной шизофрении при одном и том же ведущем синдроме (депрессивно-параноидном) в основном детерминировано одними и теми же факторами риска, механизмами и мотивами, образующими единую цепочку психопатологических паттернов поведения. По данным математического анализа, наиболее значимо как предиктор тяжкого ООД наличие в анамнезе 2-3 аутоагрессивных эпизодов при депрессивном эпизоде средней тяжести.

THE COMBINATION OF AUTO AND HETEROAGGRESSIVE BEHAVIOUR IN PARANOID SCHIZOPHRENIC PATIENTS

S.Oskolkova

The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry, Moscow

103 men with the diagnosis of schizophrenia (verified by follow-up studies, according to ICD-10 criteria), aged from 19 till 63, who passed through hospital forensic psychiatric expert examination in The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry (the patients, who committed auto- and heteroaggressive actions or only heteroaggressive criminal offences), went through complex medical examination.

It is established that autoaggressive and heteroaggressive criminal behavior in case of paranoid schizophrenia, in case of one and the same leading syndrome (depressive-paranoid), is mostly determined by the same risk factors, mechanisms and motives, which together form a unified chain of psychopathological patterns of behavior. According to mathematical analysis data, history of 2-3 autoaggressive episodes in case of depression of moderate severity is the most significant predictor of a serious aggressive socially-dangerous acts (ASDA).

GRUPE SAMOPOMOĆI— TEMELJ REHABILITACIJE U ALKOHOLOGIJU

Zoran Zoričić

Klinika za psihijatriju KBC „Sestre milosrdnice“ Zagreb

Već pedeset godina Klubovi liječenih alkoholičara sinonim su za grupe samopomoći na području RH i okolnih zemalja. Klubovi su dio sveobuhvatnog modela liječenja, prvenstveno obavljaju rehabilitacijsku ulogu, a na područjima bez organiziranog institucionalnog modela liječenja služe i kao poluga sekundarne prevencije. Prema Minnesota modelu, pacijent se uključuje u tretman lokalnog kluba već za vrijeme njegovog inicijalnog institucionalnog liječenja, s njim se bavi multidisciplinarni tim, te se u terapiju uključuju i članovi obitelji. Psihoterapijske tehnike kombiniraju se od tehnike terapijske zajednice, sistemske obiteljske terapije, kognitivno bihevioralne i realitetne terapije. Evaluacija programa rada klubova govori o 60% održanju apstinencije na godinu dana, odnosno 40% kroz 3-5 godina. Klubovi su gledano metodom uloženo-dobiveno svakako neizostavni dio tretmana, i najbolji aktivni model psihijatrije u zajednici.

| 31

SELF-HELP GROUPS - THE BASIS OF ALCOHOLISM REHABILITATION

For fifty years Clubs of Treated Alcoholics have been a synonym for self-help groups in Croatia and neighboring countries. Clubs are a part of a comprehensive treatment model, primarily engaged in the role of rehabilitation, and in areas without organized institutional treatment models they serve as a lever for secondary prevention. According to the Minnesota model, the patient is involved in the treatment of a local club already during his initial institutional treatment, with a multidisciplinary team taking care of him, also involving family members in the therapy. Psychotherapeutic techniques are combined of therapeutic communities, systemic family therapy, cognitive behavioral and reality therapy. Clubs program evaluation says that about 60% maintain abstinence for a year, that is to say 40% over 3-5 years. Clubs are certainly an essential part of the treatment running by

price-performance method, and the best active model of community psychiatry.

СИСТЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПОМОЩИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Т.Н.Дудко

ФГБУ «ННЦ наркологии Минздрава России

Аннотация. В Российской Федерации наркологическая служба включает все основные подразделения, необходимые для оказания медико-социальной реабилитационной помощи. Вместе с тем мощность реабилитационных подразделений и реабилитационный коечный фонд не удовлетворяет потребностей населения в этом виде услуг. Особую озабоченность вызывает существующий дефицит реабилитационных центров и низкая эффективность амбулаторной помощи наркологическим больным.

32

REHABILITATIVE CARE SYSTEM ADDICTED PATIENTS IN THE RUSSIAN FEDERATION

T.N.Dudko

FGBU "NSC Addiction Russian Ministry of Health

Abstract. In the Russian Federation Drug Treatment Service includes all basic units necessary for provision medical and social rehabilitation assistance. However, the power of rehabilitation units and rehabilitation bed capacity does not meet the needs of the people in this kind of services. Of particular concern is the current deficit rehabilitation centers and the low efficiency of outpatient drug treatment patients.

ULOGA OBITELJI U PREVENCIJI OVISNIČKIH PONAŠANJA DJECE

Slavko Sakoman

Klinika za psihijatriju KBC "Sestre milosrdnice" Zagreb

Znanstvena istraživanja potvrđuju da je obitelj bila i ostala izvorište najutjecajnijih zaštitnih ali i rizičnih čimbenika za razvoj ovisničkih ponašanja djece. U radu se opisuju osnovne dinamike funkcionalne obitelji koja je temeljni stup zaštite djece od zlouporabe droga. Opisan je i način na koji poremećaji obiteljskog sustava mogu znatno povećati rizik skretanja mladih na put koji vodi do ovisnosti. U analizi tih rizika najviše se pažnje posvetilo adolescenciji i analizi sociodinamike loše vođenog procesa odrastanja i razrješavanja separacijske krize radi patologije obitelji ili neprimjerenih stilova odgoja, što može uzrokovati teške konflikte pa i potpuni prekid komunikacije tinejdžera i roditelja s posljedičnim gubitkom kontrole nad procesom osamostaljenja, što pak povećava rizik skretanja prema nepoželjnim oblicima ponašanja. Takvim rizičnim obiteljima i njihovoj djeci najbolje može pomoći dobro uređen sustav za školsku i izvan školsku prevenciju ovisnosti.

FAMILY ROLE IN PREVENTION ADDICTIVE BEHAVIOR OF CHILDREN

33

Scientific studies confirm that the family was and still is the source of the most influential protective as well as risk factors for the development of addictive behavior in children. In our work we describe the basic dynamics of the functional family, which is the fundamental pillar of protection of children from abuse. We also describe the way in which disorders in the family systems may significantly increase the risk of diversion of the young people onto the path that leads to addiction. Most attention in the analysis of these risks has been given to the adolescents and to the socio-dynamics of a badly done process of raising children and resolving the separation crisis due to some pathologies in families or inappropriate styles of education, which can cause serious conflicts and even a complete breakdown in communication between teenagers and parents with consequent loss of control over the process of emancipation, which in turn increases the risk of the undesirable behaviors. A well organized system for school and outside school prevention of addiction is the

best way to help such families and their children.

OVISNOST – ZAPREKA CJELOVITOM ČOVJEŠTVU

Veronika Reljac

Katolički bogoslovni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Teologija u Rijeci

Čovjek je tajanstveno stvorenje. On je vrhunac Božjeg stvaranja, on je gospodar nad svim zemaljskim stvorenjima. U Knjizi postanka razlikuje se stvaranje čovjeka od stvaranja drugih bića. On je stvoren na sliku Božju. Od svih stvorenja čovjek je jedino stvorenje koje je Bog htio radi njega samog. Čovjek kao pojedinac ima dostojanstvo osobe. On nije nešto, nego je netko. Sposoban je upoznati sebe, slobodno se davati i ulaziti u zajedništvo s drugim osobama. Čovjek je po svojoj naravi društveno biće i samo u odnosu s drugima može živjeti i razvijati svoje sposobnosti. Da bi mogao komunicirati i biti vidljiv u svijetu, Bog je čovjeku dao tijelo. Tijelo čovjeku daje mogućnost da ulazi u odnos s drugim ljudima. Po tijelu je čovjek vidljiv i ono mu omogućuje da postoji u prostoru i vremenu. No, tijelo također pokazuje čovjekovu krhkost i prolaznost. Biblija čovjeka uvijek nastoji promatrati kao cjelovito biće. Ona ga gleda u povezanosti i nerazdvoivnosti duha, duše i tijela. Činjenica je da su sve čovjekove dimenzije međusobno povezane. Naime, kada se radi s čovjekom, treba uzeti u obzir čitavog čovjeka. Zato je važno svaku bolest promatrati duhovno, psihički i somatski.

34

Jedan od težih problema s kojima se danas susrećemo kako u društvu tako i u našim vjerskim zajednicama, jeste problem bolesti ovisnosti. Nije rijetkost naići na čovjeka koji je postao žrtva uzimanja droge, neumjerenog trošenja alkohola, mehaničkog posezanja za cigaretama, prekomjernog uzimanja lijekova za smirenje. Danas smo u prilici sve češće susresti osobe koje su postale zarobljenici raznih igara na sreću, kocke, televizije, mobitela, računala i interneta. U susretu s takvim osobama neminovno nam se nameće pitanje, kakav stav zauzeti prema tim ljudima? Pustiti ih da i dalje «tonu» u tim i takvim slabostima, a sebe pokušavati uvjeriti kako se tu ne može više ništa učiniti? Istovremeno se nameće i sljedeće pitanje, jesu li ti ovisnici još u stanju uvidjeti svoj težak i nezavidan položaj? Što se može i mora poduzeti da

ih se nekako «osvijesti» te im se pomogne da iziđu iz tog labirinta?
Kako moralno – etički vrednovati te njihove postupke?

ADDICTION - AN OBSTACLE OF COMPLETE HUMANITY

Man is mysterious creature. He is the pinnacle of God's creation, he is the master of all earthly creatures. In the Book of Genesis, the creation of man is different from creating other beings. He was created in God's image. Of all creatures man is the only creature on earth which God wanted for himself. Man as individual possesses the dignity of the person. He is not something, but someone. He is capable of getting to know himself, of giving himself freely and entering into communion with other persons. Man is by nature a social being and only in relation to others he can live and develop his skills. To be able to communicate and be visible in the world, God gave man a body. The body gives the man an opportunity to enter into a relationship with other people. His body is visible and allows him to exist in space and time. However, the body also shows the man's fragility and transience. Bible always seeks to observe man as an integral creature. She looks at him in the connectivity and inseparability of mind, body and soul. The fact is that all human dimensions are interrelated. In fact, when it comes to dealing with a man, the whole person must be consider. Therefore it is important to observe every disease spiritually, mentally and somatically.

One of the more difficult problems that we face today, both in society and in our religious communities, is the problem addiction. It is not uncommon to come across a man who has become a victim of drugs, alcohol, mechanical reaching for cigarettes, excessive intake of sedatives. Today, we are increasingly able to meet people who have become prisoners of various games of chance, gambling, television, mobile phones, computers and the Internet. While meeting such people, inevitably the question arises, what attitude to take towards these people? Let them continue to "sink" into such weaknesses, and try to convince ourselves that nothing can be done? At the same time imposes the following question, whether these addicts are able to recognize their difficult and unenviable position? What can and must be done, so that they become somehow "aware" and help them to

come out of this maze? How to moralli - ethicali evaluate their actions? No matter what the addiction is, in the moment when addiction takes control of man and his life, it comes to the collapse of human dignity and it prevents his spiritual, mental and physical development.

REZONANCIJA: OD PSEUDOTRUDNOĆE DO TERAPIJSKE ZAJEDNICE

Sanja Janović

Klinika za psihijatriju KBC Rijeka

Prikazano je iskustvo u terapiji opijatskog ovisnika i njegove majke. Tijekom hospitalnog detoksa opijatskog ovisnika i pripreme za njegov odlazak u terapijsku komunu kod njega se razvila kratkotrajna psihotična epizoda. Istodobno njegova se majka liječi u settingu grupne psihoterapije tijekom posljednje tri godine. Kod majke se razvila klinička slika pseudotrudnoće . Simptomi trudnoće su se povukli u trenutku završenog hospitalnog detoksa sina, remisijom psihotične epizode i njegovim odlaskom u terapijsku zajednicu. Navedeno terapijsko iskustvo poslužilo nam je kao nova mogućnost u promišljanju teorijskih koncepcija i pristupa u liječenju bolesti ovisnosti.

36

RESONANCE: PSEUDOPREGNANCY TO THE THERAPEUTIC COMMUNITY

The experience in the treatment of opioid addict and his mother was presented. During the hospital detoxification of opioid addict and preparations for his departure in therapeutic commune patient developed short-term psychotic episode. At the same time his mother was treated the setting of group psychotherapy during the last three years. At the same time with her son the mother has developed clinical Pseudopregnancy. Symptoms of pregnancy were withdrawn at the time of completion of hospital detoxification of son including the remission of psychotic episode and his admittance to the therapeutic community. Psychotherapeutic experience has served us as a new

feature in the consideration of theoretical concepts and approaches to the treatment of drug addiction.

POSTOJE LI RAZLIKE U POVEZANOSTI DUHOVNOSTI I RELIGIOZNOSTI S DEPRESIJOM?

Sanea Mihaljević, Branka Aukst-Margetić
Odjel za duševne bolesti Opća bolnica Virovitica
Klinika za psihijatriju KBC Zagreb

Iako zadnjih decenija raste broj istraživanja vezanih uz odnos zdravlja, duhovnosti i religioznosti, nije dovoljno jasno je li potrebna raščlamba pojmova religioznosti i duhovnosti. Duhovnost se definira kao osobno traganje za smislom života, te za odnosom sa transcendentnim što može i ne mora biti povezano s religioznošću, a religioznost obuhvaća osobna teološka vjerovanja, praksu i predanost vjerskim obredima u okviru organizirane institucije. Specifična uloga duhovnosti/religioznosti nedovoljno je istražena. Povezana je uglavnom s povoljnijim zdravstvenim ishodima, no ta je povezanost nekonzistentna. Mehanizam na koji način su duhovnost/religioznost i depresija povezani, zahtjeva objašnjenje. Pojedini aspekti religioznosti protektivniji su za zdravlje od drugih. U tim je istraživanjima duhovnost promatrana kao koncept sličan intrinzičnoj religioznosti, no koji ne sadržava vezanost uz religijske obrede, rituale i ponašanja, te se drži da koncept duhovnosti može omogućiti važnu poveznicu kada se objašnjava povezanost religioznosti i depresije. Snaga duhovnosti je u tome da pomaže razumijevanju i načinu suočavanja s neugodnim i neželjenim okolnostima nekog stresnog događaja na način da se ne postane depresivan. Utvrđeno da je viši stupanj duhovnosti povezan s nižim stupnjem depresije i nakon kontroliranja religioznosti. Osim toga, smatra se da su koncepti religioznosti i duhovnosti ukorijenjeni u ličnost, no to je područje do sada slabo istraženo. Genetske studije nalaze da je duhovnost (ali ne i religioznost) biološki zadana kategorija. Psihobiološki model ličnosti jedini je model ličnosti u kojem je duhovna razina ličnosti izdvojena kao zasebna dimenzija. Povezanost pojedinih dimenzija ličnosti s oporavkom od depresije je istraživana, no nije ispitano utječe li ličnost i na povezanost duhovnosti i depresije.

SHOULD WE DISTINGUISH SPIRITUALITY FROM RELIGIOSITY IN STUDIES OF DEPRESSION?

Although the number of studies related to connection among health, spirituality and religiosity has increased during the last few decades, it is still unclear should we make a distinction between spirituality and religiosity in those kinds of studies. Spirituality is defined as seeking for the meaning of life and for the relation to transcendental, which can be related to religiosity. The term religiosity, however, includes personal theological beliefs and devotion to religious ceremonies and practices within an organized institution.

The studies conducted up to now show that spirituality/religiosity has a positive effect on health, but that effect is not proven to be consistent. Since some aspects of religiosity are proven to be more protective for health than others, more research should be done to explain how spirituality/religiosity and depression are connected.

In studies on connection between spirituality/religiosity and health, spirituality is defined as a concept similar to intrinsic religiosity, but it does not include devotion to religious ceremonies and practices. Spirituality is seen as an important factor in the relationship between religiosity and depression. Its main power is in preventing depression as a side-effect of different stressful situations. It has been found that a higher level of spirituality is connected with a lower level of depression, even after religiosity has been controlled.

In addition, the concepts of religiosity and spirituality are considered to be rooted in personality. Genetic studies have found that spirituality (and not religiosity) is a biologically given category. Psychological model of personality is the only model where the spiritual component is regarded as a separate dimension of personality. The relation between different dimensions of personality and recovery from depression has been studied in depth. However, the role of personality in the relationship between spirituality and depression is yet to be studied.

DEPRESIJA

Mihály Szentmártoni

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

Klinička slika, biblijska antropologija i kršćanska vjera

Depresija je postala „bolešću našeg stoljeća“, gotovo simbol modernih vremena, ali ona je bila poznata i u biblijskim vremenima, kako to svjedoče u prvom redu Psalmi. Biblijska antropologija poznaje simptome depresije, a istovremeno nudi i konkretne savjete za suočenje s depresijom. U kršćanskoj duhovnosti postoji stoljetni napor da se izrade kriteriji za razlikovanje depresije kao kliničkog stanja od dezolacije kao duhovnog stanja. U toj perspektivi redoviti duhovni život može služiti kao prevencija za depresiju.

DEPRESSION

Clinical issues, Biblical anthropology and Christian spirituality

Depression became „the illness of our century“, a symbol of modern times, but depression was already known in biblical times, as witnessed in the Psalms. Biblical anthropology knows about the symptoms of depression, but also offers some guidelines for coping with depression. Since the age of the Church Fathers Christian spirituality has sought for criteria in distinguishing between depression - which is a pathology of the psyche, and desolation - which is a spiritual state of the soul. Within this perspective, a regular spiritual life can be seen as a useful practice in preventing depression.

| 39

TEOLOŠKI POGLED NA STANJE I LIJEČENJE OBOLJELIH OD DEPRESIJE

Nikola Vranješ

Katolički bogoslovni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Teologija u Rijeci

Depresija predstavlja jedno od najraširenijih i najizazovnijih psihičkih oboljenja današnjice. Ona pogađa gotovo sve segmente psihičkog i duhovnog života osobe, a bitno utječe i na druge dimenzije života. U

teološkom smislu važno je prepoznavanje i razlučivanje depresivnih stanja, osobito u smislu duhovno-molitvenog života. Kršćanska vjera može bitno utjecati na poboljšanje stanja depresivno oboljelih. Iako su moguće i neke patološke pojave u pitanju prakticiranja vjerskog života, važno je dobro upoznati i ispravno vrednovati tolike pozitivne potencijale življenja vjere koji mogu bitno olakšati stanje oboljelih i pridonijeti njihovom liječenju. U ovom izlaganju riječ je o teološko-pastoralnoj razradi takvih elemenata vjerskog života. Pritom se koristimo metodom teološko-pastoralnog raspoznavanja, karakterističnom za pastoralnu ili praktičnu teologiju.

THEOLOGICAL VIEWS OF THE CONDITION AND TREATMENT OF PATIENTS WITH DEPRESSION

40 Depression is one of the most widespread and most challenging mental illness today. It affects almost all aspects of physical and spiritual life, but it also affects some other dimensions of life. In theological terms it is important to recognize and distinguish depressive states, especially in terms of spiritual and prayer life. Christian faith can significantly affect the improvement of the state of depressed patients. Although some possible pathologies during practicing religious life, it is important to know and properly evaluated all positive potentials of living faith that can significantly ease the condition of patients and contribute to their treatment. In this talk, it is a theological-pastoral elaboration of such elements of religious life. In doing so, we use the method of theological and pastoral discernment, typical for pastoral or practical theology.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОАКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПРИ ДЕПРЕССИИ

А.И.Ерзин

Оренбургская государственная медицинская академия,
Оренбург, Россия

Было обследовано 20 пациентов, страдающих эндогенной депрессией, в возрасте

19-52 лет, из них 13 женщин и 7 мужчин. Исследование выявило высокий уровень проактивности у больных депрессией. Для обследованных пациентов характерно преобладание следующих структурных компонентов проактивного поведения: осознанность действий, доминирование метапотребностей и ориентация на собственные идеалы, убеждения, интересы и ценности при выборе способов поведения. Превентивное преодоление и поиск эмоциональной поддержки являются преобладающими типами проактивного совладающего поведения. Для больных депрессией характерен высокий уровень проактивной агрессии, что, в свою очередь, способно существенно повысить вероятность возникновения и реализации деструктивных (в частности, аутоагрессивных) форм поведения

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF PROACTIVE BEHAVIOUR OF PATIENTS WITH DEPRESSION

A.I.Erzin

Orenburg state medical academy ,Orenburg, Russia

20 patients having endogenous depression were surveyed (13 women and 7 men), at the age of 19-52 years. Research revealed high level of proactivity in patients with depression. For the surveyed patients prevalence of the following structural components of proactive behavior are characteristic: awareness of actions, domination of metamotivation and orientation to own ideals, belief, interests and values at choice of behavior ways. Preventive overcoming and search of emotional support are prevailing types of proactive coping behavior. For patients with depression high level of proactive aggression is characteristic that is capable to increase essentially probability of emergence and realization destructive (in particular, autoaggressive) behavior forms.

ДУХОВНОЕ ВОСПИТАНИЕ В РОДИТЕЛЬСКОЙ СЕМЬЕ – ВЕДУЩИЙ ФАКТОР ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Б.С.Положий
Москва, Россия

Многолетнее изучение проблемы суицидального поведения позволило нам выделить один из основных факторов, способствующих его развитию. Таковым является неблагополучие в родительской семье, характеризующееся различными типами осуществлявшегося патологического воспитания. Его влияние было установлено в 80-85% случаев, как у лиц, совершивших покушение на самоубийство, так (посредством психологической аутопсии) и у лиц, покончивших с собой.

SPIRITUAL UPBRINGING IN THE PARENTAL FAMILY - THE LEADING FACTORS OF PRIMARY PREVENTION OF SUICIDAL BEHAVIOR

B.S.Polozhy
Moscow, Russia

Longstanding study of the problem of suicidal behavior possible us to identify one of the main factors contributing to its development. Such is the trouble in a parental family, which is characterized by various types of abnormal upbringing. His influence was found in 80-85% of cases, as the perpetrators of attempted suicide, so (through psychological autopsy) and by persons committed suicide.

SUICIDALNOST U BOLESNIKA S POREMEĆAJEM OSOBNOSTI I POREMEĆAJEM PREHRANE

Darko Marčinko
Klinika za psihijatriju KBC Zagreb

Pokušaj samoubojstva i samoubojstvo su dominantne tragične manifestacije u pojedinaca s poremećajem osobnosti i poremećajem prehrane. Tijekom proteklog desetljeća, došlo je do znatnog razvoja u istraživanju faktora rizika povezanih sa suicidalnim ponašanjem. Dokazi

ukazuju da su obiteljska i osobna anamneza suicidalnog ponašanja, štetni utjecaji u djetinjstvu, poremećaji osobnosti i njegovi komorbiditeti, čimbenici povezani s povećanim rizikom od pokušaja samoubojstva i izvršenja samoubojstva. Abnormalnosti bioloških parametara kao što su kolesterol i serotonin mogu biti povezani sa suicidalnošću u tih bolesnika. Brojni podaci ukazuju na antisuicidalni učinak kombinacije psihofarmaka i psihoterapije.

SUICIDALITY IN PATIENTS WITH PERSONALITY AND EATING DISORDERS

Attempted suicide and suicide are prevalent tragic manifestations in individuals with personality and eating disorders. During the past decade, there has been considerable development in investigation of risk factors associated with suicidal behavior. Evidence indicates that family and personal history of suicidal behavior, childhood adversity, personality disturbances and comorbidity are factors associated with higher risk of suicide attempts and completed suicide. Abnormalities of biological parameters such as cholesterol and serotonin may be associated also with suicidality in these patients. Numerous data showed antisuicide effect regarding combination of psychopharmacotherapy and psychotherapy.

| 43

SUICID KAO OPĆI FENOMEN

Goran Dodig

Klinika za psihijatriju KBC Split

Suicid je oduvijek bio predstavljao enigmu, te stručni i znanstveni izazov čovjeku od njegovog postanka pa sve do danas. No suicid je pored toga sve prisutan fenomen koji svojom pojavnošću ostavlja i izaziva duboka psihološka oštećenja i strahove do mjere neusporedive s bilo kojom drugom pojavnošću u čovjekovoj okolini. S druge pak strane terminološke zbrke isprepletenost sociološko-psiholoških, te psihijatrijsko-svetonazorskih obilježja suicida, suicid kao fenomen se doživljava kao pojavnost koja izaziva čitavu lepezu kvalifikacija-od divljenja preko tuge do prezira. U svom radu autor daje kratak presjek povijesnog i religijskog odnosa prema suicidu, zatim analizira

sociološke aspekte suvremenih vrijednosnih sustava i korelaciju istih sa zlogukim prognozama o porastu depresivnih stanja i s tim u vezi suicidalnog ponašanja u bliskoj budućnosti. Autor se na kraju fokusira na psihijatrijsku problematiku povezanu sa suicidom i pokušava na načelan način upozoriti na moguća rješenja.

SUICIDE AS A GENERAL PHENOMENON

44 | Suicide was always represented as a enigma, a professional and scientific challenge of man from its beginning until today. But suicide is also an omnipresent phenomenon that in its appearance leaves and challenges deep psychological damage and fears to the extent which is incomparable to any other appearance in man's environment. On the other hand, the terminological confusion and the intertwined social-psychological, and psychiatric characteristics of suicide, gives a picture of suicide like a phenomenon that causes the appearance of a whole range of skills—from admiration to contempt through grief. In this article the author gives a brief sketch of the historical and religious attitude towards suicide, then analyses the sociological aspects of contemporary value systems and correlating them with dire predictions about the increase of depressive states and related to suicidal behavior in the near future. The author focuses in the end on the psychiatric problems associated with suicide attempts and principled way to draw attention to possible solutions.

МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СУИЦИДОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Ю.Б.Барыльник, Е.В.Бачило, А.А.Антонова
ГБОУ ВПО Саратовский Государственный Медицинский Университет им. В.И. Разумовского Минздрава России, г. Саратов

Несмотря на многочисленные исследования, проблема суицидов продолжает оставаться одной из острейших проблем. По данным ВОЗ ежегодно более 1 млн. человек совершают завершённые суициды. При этом, надо отметить тот факт, что большая часть суицидентов относится к группе лиц трудоспособного возраста. Следует обратить внимание на то, что уровень суицидов в

различных странах сильно разнятся. Так, в 2010 г. в России распространённость суицидов составила 23,5 случая на 100000 населения. В Саратовской области этот показатель несколько ниже – в 2010 г. составил 18,4 случаев. Однако он остается стабильно высоким на протяжении ряда лет.

THE MODEL OF SUICIDE AID IN SARATOV REGION

J.B.Barylник, E.V.Bachilo, A.A.Antonova

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov

Despite numerous studies, the problem of suicides continues to be one of the most acute problems. According to WHO, each year more than one million people commit suicide completed. In this case, it should be noted that most of the suicides refers to a group of persons of working age. Attention is drawn to the fact that suicide rates in different countries varies widely. Thus, in 2010, the prevalence of suicide in Russia was 23.5 cases per 100,000 population. In the Saratov region is slightly below - in 2010 was 18.4 cases. However, it remains high for a number of years.

| 45

KRŠĆANSKA DUHOVNOST LJUDSKOGA ŽIVLJENJA

Milan Špehar

Katolički bogoslovni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Teologija u Rijeci

Biblijski obrisi ljudskoga življenja. Za Bibliju je bitno odakle ljudski život (ne ni kada ni kako), dok mu smisao određuje svrha. Ako ne postoji „odakle“ ljudskoga života, onda postaje čovjek jedini vlasnik koji svoj život tome podređuje. Tu postoji opasnost da vlasnik svojega života postane drugima „robovlasnik“ i samome sebi rob. Također gdje nema svrhe, cilja života, tamo se gubi svaki viši, humaniji, smisao življenja te se život pretvara u životarenje. Biblijsko naglašavanje da postoji Bog, koji je iznad svakog ograničenoga čovjeka, dakle jedini neograničen, stvoritelj čovjeka iz ničega, time želi spasiti svaki ljudski život i prikazati svaki kao darovan. To je već osmišljavanje osobnoga života i poštivanje svakoga života. U Novom zavjetu Krist prilazi svakom ljudskom životu, posebno onima koji su ugroženi, bolesni, na rubu društva, čak i

nemoralni i zlikovci. Kršćanski odnos prema životu. On se sastoji u nasljedovanju Krista na tome području. Dakle, svaki ljudski život dragocjen je u Božjim očima te takav treba biti i u ljudskim.

Kršćanska duhovnost ide od jednostranoga uzdizanja duhovnoga dijela u čovjeku i preziranja tjelesnoga do mukotrpnoga pokušavanja stvaranja prvotnoga jedinstva duha, duše i tijela, što zajedno sačinjava čovjeka. Za nju je bitno osmisliti prije svega postojeće stanje, uvijek s otvorenošću da se ono može mijenjati na bolje.

CHRISTIAN SPIRITUALITY OF HUMAN LIFE

46 | Biblical contours of human life. For the Bible it is essential where human life is coming from (not when or how), while the sense of life is determined by its purpose. If there is no "where" of human life, man becomes the sole owner who subjugates his life to it. There is risk that the owner of his own life becomes "slave owner" to others and a slave to himself as well. Also, where there is no purpose, goal of life, there every higher, human, meaning of life is lost and in that way life is turned to loitering. Biblical emphasis that there is a God, who is surpassing all human limits, therefore the only one unlimited, the creator of man out of nothing, who wants to save every human life and show that every life is a gift. That is already devising of personal life and respect for all life. In the New Testament, Christ approaches every human life, especially those who are handicapped, sick, on the edge of society, even immoral and evildoer. Christian attitude toward life. It consists of the imitation of Christ in this area. Therefore, every human life is precious in God's eyes, and so should be in the human's too. Christian spirituality goes from the biased spiritual exaltation in the man and despizing of the physical to the troublesome trying of creating the original unity of spirit, soul and body, which together constitute the man. For it, it is essential to devise primarily existing condition, always with an open mind that it can be changed for the better.

НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ ДИАГНОСТИКИ СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА

Калашникова Ольга Эрнстовна,
медицинский психолог кризисного (суицидологического) психиатрического
отделения

Учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница №20»
Департамента здравоохранения города Москвы, Российская Федерация

При суициде человек субъективно оценивает всю жизненную ситуацию как психологически невыносимую и совершенно безнадежную. Он не хочет терпеть дальше и желает прервать болезненные эмоции любым путем, даже воздействуя на собственное тело как вместилище чувств. Его внутренний выбор часто мотивирован не желанием действительно умереть, а остановить порочный круг боли или стремлением начать все сначала. Со стороны такой поступок, как правило, воспринимается как очень неожиданный. Нам необходимо очень глубоко понимать, какие проблемы возникают у психологически живого развивающегося человека при необходимости реагировать на сложные и постоянно изменчивые жизненные ситуации.

| 47

NEW PERSPECTIVES OF THE DIAGNOSTICS OF THE SUICIDAL RISK

O.E.Kalashnikova

Medical psychologist of the crisis (suicidal) psychiatric department
of the State Institution of the Public Health "Municipal Clinical Hospital №20"
of the Department of the Public Health of the Moscow-city, Russian Federation

While a suicide the human being appreciates all the living situation subjectively, as the psychologically insufferable and absolutely hopeless. He doesn't want to suffer it any longer and wants to break off the painful emotions he possibly can, even using the own body as a receptacle of the feelings. His inner choice is frequently justified not desire for real dying, but for stopping the vicious circle of the pain and yearning for start all over. From an outsider's viewpoint such an action is usually interpreted as something very unexpected. We have to understand profoundly, which problems have occurred to the human, who is psychologically alive and developing, when it is necessary to react to the complicated and permanently changeable vital situations.

ИССЛЕДОВАНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ (ПО ДАННЫМ РЕТРОСПЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СУИЦИДЕНТОВ САРАТОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Е.В.Бачило

ГБОУ ВПО Саратовский Государственный Медицинский Университет им. В.И.
Разумовского Минздрава России, г. Саратов

48 | Проведённое исследование показало, что для Саратовской области имели значения гендерные особенности и для мужчин более характерно суицидальное поведение, хотя наблюдается некоторое улучшение ситуации за последние несколько лет. Соотношение суицидов среди женского и мужского населения Саратовской области в среднем равно 1:1,5 соответственно. Если обратить внимание на административно-территориальный признак (проживание в городской и сельской местности), то исследование показало, что уровень суицидов среди городского населения выше, в среднем на 40%. Вероятнее всего, на это влияет увеличение численности городского населения и, наоборот, снижение численности сельского населения, а также низкий уровень выявления суицидального поведения среди жителей сельской местности. Наиболее неблагоприятной является ситуация с увеличением количество суицидов среди детей, не достигших 14 лет. Так, важным является межведомственное взаимодействие между педагогами, школьными психологами и психиатрами для более быстрого реагирования на возникновение различного рода кризисных ситуаций, а также для улучшения профилактического звена рассматриваемой проблемы.

STUDY POPULATION STRUCTURE SUICIDAL BEHAVIOR (IN THE RETROSPECTIVE STUDY SUICIDES SARATOV REGION)

E.V.Bachilo

Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov

The study showed that for the Saratov region had values gender and men is more common suicidal behavior, although there is some improvement in the last few years. The ratio of suicides among women and men in the Saratov region on average is 1:1.5, respectively. If we

pay attention to the administrative and territorial basis (living in urban and rural areas), the study showed that the level of suicides among the urban population is higher by an average of 40%. Most likely, it affects the increase in urban population and, conversely, decrease in the rural population, and the low level of detection of suicidal behavior among the rural population. The worse is the situation with the increase of the number of suicides among children under 14 years of age. Thus, it is important interagency cooperation between teachers, school psychologists and psychiatrists to more quickly respond to the emergence of various kinds of crisis situations, and to improve preventive care of the problem.

САМОУБИЙСТВА ПОДРОСТКОВ (ПО ДАННЫМ ПОСМЕРТНЫХ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ)

С.В.Ваулин, М.В.Алексеева

ГБОУ ВПО Смоленская государственная медицинская академия

По материалам посмертных судебно-психиатрических экспертиз нами проведен анализ 8 случаев самоубийств подростков (6 девочек и 2 мальчика) в возрасте от 12 до 16 лет, совершенных в 2011-2012 годах в городах Смоленской области.

Все дети воспитывались в неполных семьях. Материальное положение семей было достаточным. Ранее никто из суицидентов за психиатрической помощью не обращался. Длительность суицидального конфликта составляла до 6 месяцев (только в одном случае - несколько часов), который, как правило, имел интерперсональный или смешанный характер. Анализ мотивов самоубийств у подростков обнаружил тенденцию к их сочетанию, что затрудняет диагностику степени выраженности суицидального риска. Характерными комбинациями мотивов являлись избегание-призыв и протест-призыв, не типичными для подростков самоубийц оказались мотивы отказа от жизни и мотивы самонаказания.

SUICIDES OF TEENAGERS (ACCORDING TO POSTHUMOUS FORENSIC PSYCHIATRY EVALUATIONS)

S.V.Vaulin, M.V.Alexeeva
Smolensk State Medical Academy, Russia

On materials of posthumous forensic psychiatry evolutions we have analyzed 8 cases of suicides of teenagers (6 girls and 2 boys) at the age from 12 till 16 years made in 2011-2012 in Smolensk region.

All children were brought up in incomplete families. Financial positions of families were sufficient. Earlier nobody from these persons who committed a suicide asked for the psychiatric help. The suicide conflict lasted for almost 6 months (only some hours in one case) which, as a rule, had the interpersonal or mixed character. The analysis of teenager's motives of suicides revealed out a tendency to their combination that complicated diagnostics of degree of expressiveness of suicide risk. Characteristic combinations of motives were the following: an avoiding appeal and a protest appeal, not typical for the teenager's suicides, there were motives of refusal of life and motives of self-punishment.

50

ОПЫТ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ СУИЦИДЕНТАМ В УСЛОВИЯХ КРИЗИСНОГО-ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Гилод В. М., к.м.н., заведующий кризисным-психиатрическим отд.
ГБУЗ «ГКБ №20 ДЗМ» г. Москва.

Самоубийство представляет собой серьезную общественную проблему, связанную с вопросами психических заболеваний.

Кризисное-психиатрическое отделение ГКБ № 20 г. Москвы занимает обособленное уникальное положение, т.к. является «открытым» психиатрическим отделением на базе не психиатрической больницы. Отделение предназначено: для неотложного вмешательства с целью оказания помощи лицам, находящимся в состоянии психологического кризиса с повышенным риском возникновения суицидальных переживаний; профилактики суицидальных действий у психически здоровых пациентов, имеющих пограничные психические расстройства,

больных с эндогенными заболеваниями без признаков психоза и дефицита личности, а так же реабилитации совершивших суицидальную попытку и профилактики повторных суицидов. Тридцатилетний опыт работы отделения позволяет констатировать факт: возрастная группа пациентов 17 – 30 лет по численности превышает в два раза возрастную группу 30 – 60 лет (состояние мирового экономического кризиса стало результатом всплеска для группы 39 – 40 лет).

DELIVERY OF CARE TO SUICIDAL PATIENTS IN CRISIS INTERVENTION PSYCHIATRIC WARD OF GENERAL HOSPITAL

V.M.Gilod

Chief of the Crisis Intervention Psychiatric Ward
of the Moscow Clinical Hospital № 20

Suicide is a major social problem linked to various psychiatric disorders. The Crisis Intervention Psychiatric Ward of the Moscow Clinical Hospital № 20 is unique in its kind, as it is an open psychiatric ward housed by a non-psychiatric hospital. The Ward is designated for acute intervention aiming to deliver care to people in state of psychological crisis with heightened risk of suicidal urges, for prevention of suicidal actions in mentally healthy patients and those with borderline psychiatric disorders, in patients with endogeneous disorders without psychosis and deficiencies of personality, as well as for rehabilitation of patients after suicidal attempts and for prevention of repeated suicides. The 30 years of department's work allow stating the fact that the patients aged 17 to 30 years exceed twofold the patients aged 30 to 60 years (the global economic crisis resulted in upsurge of suicides in the group of 39 – 40 year olds).

СУИЦИДАЛЬНЫЕ МЫСЛИ В СТРУКТУРЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ РАКОМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Данилин Иван Евгеньевич, Максимкина Виктория Юрьевна.
Кафедра психиатрии и медицинской психологии РУДН
Москва

Психические расстройства были выявлены в каждом случае из 60 обследованных пациентов с раком простаты, и, как правило, достигали максимальной интенсивности за период диагностики, первым контактом с онкологическим институтом и на этапе предоперационной подготовки. Ни один из пациентов описал суицидальных мыслей, но на наш взгляд это часто принимали форму "бессмысленность", навязчивых фантазий, диссоциативного отношения к телу.

SUICIDAL THOUGHTS IN PATTERN OF MENTAL DISORDERS IN PATIENTS WITH PROSTATE CANCER

I.E.Danilin, V.J.Maksimkina
Department of psychiatry and medical psychology
Peoples' Friendship University of Russia, Moscow

Mental disorders were revealed in every case of 60 examined patients with prostate cancer, and usually reached the maximum intensity during the period of diagnostics, first contact with oncological institution and at the stage of preoperative preparation. None of the patients described suicidal direct suicidal thoughts, but in our opinion it often took shape of "senselessness", obtrusive fantasies, dissociative attitude to the body.

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

К.В.Синицына, А.В.Худяков

Ивановская государственная медицинская академия Иваново, Россия

Было изучено 100 больных РС, с ремиттирующим течением с двумя и более обострениями в год. Из них 55% женщин, 45% мужчин. Степень инвалидизации по шкале Куртцке составила 1,5 – 3,5 балла. Суицидальные проявления выявлены у 38,0% больных РС. Из числа этих больных антивитаальные переживания (размышления об отсутствии ценности жизни без четких представлений о смерти) отмечены у 94, 0%, пассивные суицидальные мысли (фантазии на тему своей смерти) – у 50,0%, суицидальные замыслы (планы суицида) – у 21,0%, суицидальные намерения (принятие решения) у 16,0%, незавершённая суицидальная попытки – у 8,0%. Суицидальное поведение в 2 раза чаще встречалось у женщин, у одиноких, у бездетных и при нарушении профессионального стереотипа/ Исследование мотивов суицидальных намерений у больных рассеянным склерозом выявило следующие особенности: 71,0% считали суицид избавлением от физических страданий, зависимости от окружающих, беспомощности, для 13,0% суицид был возможностью повлиять на окружающих, у 16,0% отмечалось различное сочетание мотивов и их комбинация: избавиться от тягостных переживаний, душевных страданий, избавить близких от тяжёлого хронического больного в семье, часть пациентов воспринимало смерть как заслуженное наказание.

| 53

ASSESSMENT OF SUICIDE RISK IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS IN THE OUTPATIENT SETTING OF PRIMARY HEALTH AND SOCIAL CARE.

K.V.Sinitsina, A.V.Khudyakov

Ivanovo State Medical Academy

We studied 100 patients with relapsing remitting type of MS, with two or more exacerbations per year. 55% of these were women and 45%

were men. The degree of disability by Kurtzke Expanded Disability Status Scale was 1.5 - 3.5 points from 10.

Research results. Suicidal symptoms were observed in 38.0% of MS patients, including: anti-vital thoughts (reflections on the lack of life's value without any clear ideas of death) in 94.0%, passive suicidal thoughts (death fantasies) in 50.0%, suicidal intentions (plans of suicide) in 21.0%, suicidal ideation (the decision) in 16.0%, incomplete suicide attempts in 8.0%. Suicidal behavior was more common among single women without children, and during change of professional stereotype (trouble at work, job loss). Studying the motives of suicidal intent of patients with multiple sclerosis showed the following characteristics: 71.0% considered suicide as a relief from physical suffering, depending on the environment, helplessness; for 13.0% suicide was the opportunity to have the influence, manipulate others; and 16.0 % of cases observed a different combination of motives: to get rid of painful thoughts, mental suffering, to save close relatives of patients with severe chronic incurable disease in the family.

КАТАМНЕЗ КОРСАКОВСКОГО СИНДРОМА ПРИ АЛКОГОЛИЗМЕ.

М.С.Артемяева., А.Е.Брюхин., А.И.Кузнецов.

За три года было обследовано 40 пациентов с Корсаковским синдромом. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от клинических особенностей и динамики синдрома: социальную и рабочую инвалидности, преобладание личностных изменений, тяжести нарушения памяти и обратимость этих симптомов.

CATAMNESIS OF KORSAKOFF'S SYNDROME IN ALCOHOLISM

M.S.Artemieva, A.E.Bryukhin, A.I.Kuznetsov

Department of Psychiatry and Medical Psychology PFUR Moscow

A 3 year follow up study of 40 patients with chronic Korsakoff's syndrome was performed. Patients were divided into 2 groups according to the clinical features and dynamics of the syndrome: social and working disability, prevalence of personality changes, severity of memory impairment and reversibility of these symptoms.

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ КАК СОСТАЯЮЩАЯ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Самойлова Д.Д., Барыльник Ю.Б., Пахомова С.А., Абросимова Ю.С., Колесниченко Е.В. ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России, Саратов

Результаты. Проведённый анализ средних показателей качества жизни в группе 100 клинически здоровых респондентов позволил выявить показатели, средние значения которых значительно различаются в группе лиц трудоспособного возраста с эффективной (группа работающих респондентов) и неэффективной возрастной социализацией (группа безработных клинически здоровых респондентов). Фактором эффективной социализации лиц трудоспособного возраста является трудовая занятость. Значения показателей F4 (положительные эмоции), F8 (отрицательные эмоции), F13 (личные отношения), F15-F18 (сексуальная активность, физическая безопасность и защищенность, окружающая среда дома и финансовые ресурсы) F21-F23 (возможности для отдыха и развлечений и их использование, окружающая среда вокруг, транспорт) G (общее качество жизни и состояние здоровья) в группах клинически здоровых респондентов могут служить критерием в оценке эффективности социализации субъекта. Данные показатели качества жизни, как мы выяснили, не находятся под влиянием психического состояния респондента.

EVALUATION OF LIFE QUALITY AS A COMPONENT OF PATIENTS' WITH BORDERLINE MENTAL DISORDERS REHABILITATION

D.D.Samoylova, Yu.B.Barylnik, S.A.Pakhomova, Yu.S.Abrosimova, E.V.Kolesnichenko
Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky Russian Ministry of Health
Saratov

The analysis of the average of the quality of life in a group of 100 clinically healthy individuals revealed the figures, the averages were significantly different in the group of people of working age with good (group working respondents) but not age socialization (clinically

healthy group of unemployed respondents). Factor in the effective socialization of working age is employment. Values of F4 (positive emotions), F8 (negative emotions), F13 (personal relationships), F15-F18 (sexual activity, physical safety and security, environment, home, and financial resources) F21-F23 (opportunities for recreation and entertainment, and their use the environment around, transport) G (general quality of life and health status) in the groups of healthy individuals can serve as a criterion in the evaluation of the effectiveness of the socialization of the subject.

GDJE JE MJESTO KOMUNIKACIJSKIH VJEŠTINA U MEDICINSKOJ EDUKACIJI?

Veljko Đorđević

Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

56 | Tijekom posljednjih desetljeća brojna istraživanja o odnosu liječnika i bolesnika u središte pozornosti stavljaju i važnost komunikacijskih vještina u medicinskoj edukaciji. Širom svijeta brojni medicinski fakulteti mijenjaju svoje kurikulume, uvodeći kao jedan od temeljnih predmeta i komunikaciju u medicini, s posebnim naglaskom na trening komunikacijskih vještina i njegovu primjenu u kliničkoj praksi.

U društvenom smislu, danas se suočavamo s kulturom bolesti i kulturom zdravlja, a često o tome premalo govorimo. Još uvijek smo u procesu prelaska iz paternalističkog modela odnosa liječnik-bolesnik u model suradnog partnerstva. Medicina kao paradigma teži zdravlju, a ne bolesti, pa se često postavlja i pitanje etike kao kritičkog poimanja ponašanja te postavlja i pitanje moralnosti u sustavu edukacije u cjelini. Sudionici smo i svjedoci uvođenja sve novijih tehnoloških izuma u medicini, ali nažalost i sve češćeg udaljavanja liječnika od pacijenta. Komuniciramo dijagnostičkim i terapijskim uređajima, nalazima, dijagnozama, simptomima a sve manje s ljudima kao osobama. Kako se medicina dijeli na preventivnu, kurativnu i palijativnu medicinu, uvođenjem komunikacije u medicini kao važnog segmenta medicinske edukacije ponovo u medicinu vraćamo odnos koji se zbog niza razloga vremenom izgubio, a naglašavamo i odnos dvije osobe, od kojih jedna ima znanja i vještine, a druga potrebu koju

treba zadovoljiti. Možemo reći i da time vraćamo lječidbeni proces kao zajednički rast i razvoj, odnosno zajedničko putovanje ka kulturi zdravlja. Upravo iz ovih pobuda prije tri godine osnovali smo Centar za paliativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, kao dio fakulteta u kome se do sada održalo na stotine različitih edukativnih aktivnosti za sve profesionalce u zdravstvu ali i za volontere te smo stalno senzibilizirali javnost o neophodnosti zajedničkog partnerskog odnosa u ovom području.

Edukaciju zasnivamo na učenju komunikacije, komunikacijskih vještina i komuniciranja kroz odnos, koristeći igranja uloga, fishbowl, rad u malim grupama, video prikaze, simulirane pacijente, a uz stalno korištenje feedbacka. Učenje se odvija korak po korak, jer podučavanje komunikacije u medicini nije događaj nego proces. Komunikacija u medicini je stručno znanstveni proces istraživanja odnosa, reakcija, davanja i primanja poruka, odnosno iščitavanja svih signala koje koristimo u složenom odnosu komunikacije s bolesnikom, i njegovom obitelji s jedne strane te komunikacijom unutar interdisciplinarnog tima, zdravstvenih osiguravatelja i medija s druge strane.

WHERE IS THE PLACE OF COMMUNICATION SKILLS IN MEDICAL EDUCATION?

Over the past decades, numerous studies on the relationship between doctor and patient has been focused on the importance of communication skills in medical education. Around the world many medical schools are changing their curricula, introducing as one of the basic items - communications in medicine, with special emphasis on the training of communication skills and their application in clinical practice. In social terms, today we are faced with a culture of disease and health culture, and often talk about it too. We are still in the process of transition from a paternalistic model of the doctor-patient relationship in the model of a collaborative partnership. Medicine as a paradigm tends health, not disease, and it is often asked the question of ethics as a critical understanding of behavior and it is raised the question of morality in the educational system as a whole. We are witnessed of new technology innovations in medicine, but

unfortunately there is distance between physicians and patients. We communicate with diagnostic and therapeutic devices, findings, diagnoses, symptoms but there is no adequate communication with people as individuals. Implementation the communication in medicine is an important part of medical education in medicine, enabling back again relationship between physician and patient which is due too many reasons lost in time. It can be said that this is iatrogenic process as mutual growth and development, and the common journey to a culture of health. For these reasons three years ago Center for Palliative Medicine, Medical Ethics and Communication Skills, Medical School, University of Zagreb was founded, as a part of the college in which up to now has given hundreds different educational activities for all health professionals but also for the volunteers, and it is constantly drawn the public attention on the necessity of a joint partnership in this area. Education is based on learning of communication, communication skills and communication through relationship, using role play, fishbowl, working in small groups, video displays, simulated patients, and the constant use of feedback.

58

Learning takes place step by step, because teaching communication in medicine is not an event but a process. Communication in medicine is a professional, scientific researching process, reactions, giving and receiving messages, and reading all the signals that we use in the complex relationship of communication with the patient, and his/her family on the one hand and the communication within the multidisciplinary team, health care insurers and the media on the other.

DEPRESIJA KOD STARIJIH OSOBA

Ninoslav Mimica

Klinika za psihijatriju Vrapče

Medicinski fakultet Sveučilište u Zagrebu

Kao što ljudi diljem svijeta žive sve dulje i dulje, psihijatrijski poremećaji starije dobi postaju sve više i više važni. U Hrvatskoj, za koju se smatra da ima jednu od najstarijih populacija u Europi, postotak starijih osoba (> 65 godina) sada je već veći od 17%, a očekuje se porast na 25% do 2040. godine. Depresija zahvaća između 10-15%

sveukupnog broja starije populacije, te kao takva najčešće utječe na mentalno zdravlje u kasnijoj dobi. Depresija uzrokuje ne samo morbiditet, već i mortalitet, te je prevencija samoubojstva glavni cilj psihijatra u liječenju pacijenata starije dobi. Depresija u starijih osoba je nedovoljno dijagnosticirani i liječeni poremećaj. Prevalencija depresije u Alzheimerove bolesti varira između 30-50% predstavljajući se kao velika ili mala depresivna epizoda. Antidepresivi, psihološke intervencije i elektrošokovima (ECT) djeluju kod starijih pacijenata baš kao što to čine kod mlađih. Studije su pokazale nedvosmisleno korist dugoročnog liječenja starijih osoba kako bi se spriječilo ponavljanje depresije. Nastavak tretmana obično traje između 6 i 12 mjeseci, iako psihijatri za stariju dob nagnju preporukama od najmanje 12 mjeseci za liječenje prve epizode, 24 mjeseca za drugu, a najmanje tri godine za tri ili više epizoda depresije. U psihotičnih depresija antipsihotici se obično koriste šest mjeseci s postupnim povlačenjem, ako se pacijentovo stanje ne pogoršava.

DEPRESSION IN ELDERLY PERSONS

As people around the World are living longer and longer, the old age psychiatric disorders are becoming more and more important. In Croatia, which is considered to have one of the oldest population in Europe, the percentage of older people (>65 years) is now higher than 17%, and should be 25% till 2040. Depression affects between 10-15% of older people, making it the most frequently encountered mental health condition in later life. Depression causes not only morbidity but also mortality, and prevention of suicide is a major treatment goal of the old age psychiatrist. Depression in the elderly is an underdiagnosed and undertreated disorder. Prevalence of depression in Alzheimer's disease varies from 30 – 50% presenting as major or minor depression. Antidepressants, psychological interventions, and electroconvulsive therapy (ECT) all work in older patients just as they do in younger ones. Studies in the elderly have demonstrated an unequivocal benefit of long term treatment to prevent relapse of depression. Continuation treatment typically lasts between 6 and 12 months, with old age psychiatrists tending to recommend a minimum of 12 months continuation treatment for a first episode, 24 months for a second, and at least 3 years for three or more episodes. In psychotic

depression antipsychotic medication is usually continued for 6 months with gradual withdrawal if the patient remains well.

DUHOVNOST I PSIHOONKOLOGIJA

Branka Aukst Margetić
Klinika za psihijatriju KBC Zagreb

Duhovnost i religioznost su mnogim ljudima izrazito važne i utječu na njihovu kogniciju, afekt i motivaciju. U oboljelih od karcinoma egzistencijala pitanja još više dobivaju na značaju. Duhovnost je osobito važna u skupinama teško ili terminalno bolesnih te u procesu rehabilitacije. Istraživanja vezana uz ulogu duhovnosti i religioznosti u oboljelih od karcinoma ukazala su da je u osoba više duhovnosti i religioznosti manje depresije, manje osjećaja beznadnosti, te da duhovne teme imaju mjesta u suportivnim grupama onkoloških bolesnika. Neka istraživanja govore i o povezanosti duhovnosti i modulacije boli. U predavanju se iznosi pregled znanstvenih istraživanja vezanih uz karcinom i duhovost kao i osvrt na vlastite rezultate istraživanja.

60

SPIRITUALITY AND PSYCHOONCOLOGY

Spirituality and religiosity are very important to many people and affect their cognition, affect and motivation. In oncological patients existential questions of purpose and meanings in life become even more significant. Spirituality is particularly important in the group of severely or terminally ill and in the process of rehabilitation. The studies associated with the role of spirituality and religiosity in patients with cancer showed that patients with higher religiosity and spirituality were less depressed, less hopeless and that spiritual issues have its place in supportive groups of oncological patients. Part of the research is devoted to connection between spirituality and pain modulation. This presentation aims to give the review of current scientific research associated with cancer and spirituality as well as overview of the personal results.

NEMOJ POSTOJATI

Josip Bošnjaković

Katolički bogoslovni fakultet Đakovo Sveučilište Josip Juraj Strossmayer Osijek

U izlaganju se govori o odnosu neverbalne zapovijedi (injunction) «Nemoj postojati» i psihološkom stanju adolescenata koji su odrastali uz svoje roditelje u ratnim, poratnim i mirnodobnim okolnostima. Izlaganje se temelji na istraživanju provedenom među adolescentima u Slavoniji i Istri 2011. godine. Adolescenti među kojima smo provodili istraživanje imali su za vrijeme rata u Hrvatskoj između 1 i 8 godina. Zapovijed «Nemoj postojati» na neverbalni način upućuju djeci njihovi roditelji ili pak druge osobe koje djeca smatraju značajnima za njihov život. Pretpostavka našeg rada bila je da zapovijed «Nemoj postojati» više pounutrašnjuju djeca koja rastu u stresnim okolnostima, kao što je to bilo za vrijeme rata u Hrvatskoj, za razliku od djece koja odrastaju u mirnodobnim okolnostima života. Visoke vrijednosti zapovijedi «Nemoj postojati» se očituju u psihološkim poteškoćama koje smo promatrali uz pomoć instrumenata psihološkog smjera Socio-kognitivne transakcijske analize, provodivši empirijsko istraživanje među 450 ispitanika služeći se standardiziranim testom na hrvatski jezik ANINT-A36 i ESPERO 2000.

DO NOT EXIST

In our lecture the topic is focused on the relation between non-verbal injunction "Do not exist" and specific psychological frame of adolescent children who grew up in their nuclear families during war, imminent post-war period, and subsequent periods chronologically still very close to armed conflict. Conclusions that will be presented during the lecture are based on foeld research conducted among adolescents in the regions of Slavonija and Istra during 2011. These adolescents, who were the target group of our research, were between 1-8 years old during the armed conflict in Croatia. "Do not exist" injunction has been transmitted non-verbally to children mostly by their parents or other persons who are considered by the children to have major role in their lives. Main hypothesis of our work had been that "Do not exist" injunction is more taken into usage and comprehended more seriously by children who grow up in social

conditions characterized by great turmoils and stress, as it was in Croatia during the war, then those children who spend their childhood in less volatile environment. Evident high-value ratio of the "Do not exist" injunction is manifested in psychological difficulties, which were detected and observed with assistance of techniques embedded in psychological current of Sociology-cognitive transaction analysis, conducting complementary empirical research among 450 examinees, using a standard test composed in Croatian language ANINT-A36 and ESPERO 2000.

PREDIKCIJA SUICIDA U INSTITUCIONALNIM UVJETIMA

Vesna Šendula JengiĆ, Gordan Bošković
Psihijatrijska bolnica Rab

Činjenica da u svijetu preko milijun ljudi godišnje počini suicid , a čak deset do petnaest puta više ima pokušaj suicida navodi na opetovano razmišljanje o suicidalnom činu kao izlazu u nuždi, izražaju psihopatologije, dijelu socijalne patologije ili pak slobodnom izboru pojedinca tako i o potrebi izrade nacionalnih programa prevencije suicida i samoozlijeđivanja koji se ubraja u skupinu tzv nasilnih smrti. Dok kroz povijest pratimo različita moralna određenja zajednice prema suicidu, danas uz činjenicu da je u većini zemalja pa tako i u našoj, suicid dekriminaliziran, pojedine zemlje svojim pozitivnim propisima ozakonjuju čak i čin tzv. asistiranog suicida. Imajući u vidu duboko filozofske, etičke, hermeneutičke dimenzije i dileme koje obitelji , bližoj okolini, ali i društvu u cjelini otvara suicidant svojim aktom logično je postaviti pitanja njegove prediktabilnosti kao i stabilnosti i pouzdanosti kriterijskih varijabli. Suvremeni koncept mentalnog zdravlja može se, s aspekta pojedinca, promatrati i kao koncept eudamonijske dobrobiti ili prema kojem cilj nije živjeti ugodno već živjeti dobro ili živjeti bolje. S tog aspekta predikcija suicida postaje još složeniji problem. Problemi u prepoznavanju rizičnih čimbenika su prilično veliki. Poznate karakteristike opisuju i odnose se više na vulnerabilne grupe nego na pojedince. Značajke rizika variraju između grupa, dok se okolnosti u kojima se rizični čimbenici pojavljuju kod pojedinca mogu mijenjati tijekom vremena čineći tog pojedinca više ili manje vulnerabilnim u različitim razdobljima života, ili u različitim

razdobljima bolest. U svakom slučaju nije moguće uvijek predvidjeti suicidalni rizik čak i uz dobro prepoznavanje rizičnih čimbenika. Istraživanja u svijetu pokazuju da je četvrtina osoba s mentalnim poremećajima i poremećajima u ponašanju koji su izvršile suicid bila prethodno u kontaktu s nekom razinom zdravstvene zaštite – primanom ili specijalističkom. Iako rijedji, opisani su slučajevi da se suicid događa i u institucionalnim uvjetima. Bez obzira na to, činjenica je i da najveći broj osoba koje su izvršile suicid nije prethodno bio u kontaktu s profesionalcima u području mentalnog zdravlja što osnažuje ulogu svih razina zdravstvene zaštite kako u prepoznavanju suicidalnih osoba tako i u efikasnoj prevenciji i tretmanu istih.

PREDICTING SUICIDE IN THE INSTITUTIONAL ENVIRONMENT

The fact that in the world more than a million people commit suicide every year, and that even ten to fifteen times more people attempt suicide, leads to continual thinking about the suicidal act as an emergency exit, the expression of psychopathology, a part of social pathology, or as a free choice of the individual, as well as the need for developing national programs for prevention of suicide and self injury, which belongs to the group of so-called Violent deaths. Historically we can monitor different moral determinations of the community towards suicide, and now, given the fact that in most countries as well as in our own, suicide is decriminalized, some countries with their positive legislations legalize even the so-called assisted suicide. Considering the deep philosophical, ethical, hermeneutic dimensions and dilemmas that to a family, the immediate environs, but also to the whole society a suicide person opens up due to his act, it is logical to examine his/her predictability and stability, and reliability of the criterion variables. The modern concept of mental health, from the perspective of an individual, may be seen as a concept of eudaimonian well-being which claims that the goal of life is not to live comfortably, but to live well and live better. Through this view the prediction of suicide gets even a more complex problem. Problems in identifying risk factors are quite large. Known characteristics are described and more related to vulnerable groups than to individuals. Features of the risks vary among risk groups, while the circumstances in which the risk

factors appear in an individual can change over time, making the individual more or less vulnerable in different periods of life, or in different stages of diseases. In any case, it is not always possible to predict suicidal risk even with a good recognition of risk factors. Studies worldwide have shown that a quarter of people with mental disorders and behavioral disorders who have committed suicide were previously in contact with some level of health care - primary or specialist. Although less common, there are described cases of suicide happening in the institutional environment. Regardless, the fact is that most people who commit suicide had no contact with professionals in the mental health field which reinforces the role of all levels of health care in identifying suicidal persons as well as their role in the effective prevention and their treatment.

DEPRESIJA I DEMORALIZACIJA KOD BOLESNIKA S NEIZLJEČIVIM BOLESTIMA: DIJAGNOSTIČKI I TERAPIJSKI IZAZOVI

Marijana Braš

Centar za palijativnu medicinu, medicinsku etiku i komunikacijske vještine Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Depresivni poremećaj i demoralizacija vrlo su česti kod bolesnika s neizlječivim bolestima. Demoralizacija je stanje koje nije istovjetno depresiji. Termin demoralizacija karakteriziran je s dva stanja: emocionalnim distresom i osjećajem nekompetentnosti i nesigurnosti kojim putem dalje krenuti. Pojedinci s depresijom i anhedonijom nemaju energije za djelovanje, iako znaju što bi trebalo činiti. Demoralizacija je fenomen u kojem se bolesnik subjektivno osjeća nekompetentno te ima osjećaje beznađa i bespomoćnosti koji mogu dovesti do devastirajućeg trenutka u kojem osjeća da je jedini izlaz odustati od svega. Za demoralizaciju još uvijek nemamo lako primjenjivu i standardiziranu definiciju koja ima uporište u epidemiološkim istraživanjima. Međutim, suvremena istraživanja ukazuju na pet dimenzija demoralizacije kod onkoloških bolesnika: gubitak smisla, disforiju, bespomoćnost, obeshrabrenost i osjećaj neuspjeha. Diferencijalna dijagnoza demoralizacije uključuje poremećaje raspoloženja (veliki depresivni poremećaj, bipolarni afektivni poremećaj), poremećaje prilagodbe i druga somatska stanja

koja mogu dovesti do sniženog raspoloženja. Demoralizacija ovisi o vulnerabilnosti osobe i može biti uzrokovana brojnim faktorima. Gotovo sve neizlječive bolesti mogu demoralizirati bolesnika. Nadalje, demoralizacija može nastati zbog same bolesti (i njezinih manifestacija), ali i zbog raznih načina liječenja. Drugi faktori koji mogu doprinjeti razvoju demoralizacije su crte ličnosti, loša interpersonalna podrška i brojni socijalni čimbenici. O demoralizaciji se ne raspravlja na medicinskim fakultetima, iako je ona vrlo česta i važna manifestacija prolongiranog emocionalnog distresa. Liječenje demoralizirane osobe treba biti usmjereno na ove neugodne emocije, ponašanja i kognitivne obrasce. U pomoći demoraliziranom bolesniku cilje je smanjenje cjelokupne patnje. Obzirom na individualne razlike uzroka demoralizacije, ne postoji specifične smjernice koje bi bile primjenive za sve bolesnike, već su nužne opće smjernice koje se trebaju individualizirano primjenjivati u kliničkoj praksi. U svojoj suštini, uloga liječnika je da prati, i prepozna doživljaj bolesti kod svakog bolesnika. Ovo zahtijeva umijeće komunikacijskih vještina s bolesnicima i njihovim obiteljima, kao i specifične psihoterapijske pristupe. U ovom radu predstaviti će se spoznaje o trenutnom razumijevanju, važnosti i utjecaju demoralizacije te će se usporediti demoralizacija i depresija kod bolesnika s neizlječivim bolestima. Također će se predstaviti postojeći terapijski algoritmi za antidepresivnu terapiju i mogućnosti liječenja demoralizacije.

DEPRESSION AND DEMORALIZATION IN PATIENTS WITH INCURABLE DISEASES: DIAGNOSTIC AND TREATMENT CHALLENGES

Major depression and demoralization are very common in patients with incurable diseases. Demoralization is a state separate from depression. The term demoralization is characterized by two states: emotional distress and a sense of incompetence that results from an uncertainty about which direction to take. Individuals with depression and those with anhedonia cannot act, even if they know the proper direction to take. Demoralization is a phenomenon in which a patient reaches a state of subjective incompetence, hopelessness, and helplessness that can lead to that devastating moment in which he or she feels the only recourse left is to give up. At present,

demoralization lacks a readily applicable and standardized definition that is supported by rigorous research in epidemiology. However, a recent research identified five relatively distinct dimensions of demoralization in patients with cancer: loss of meaning, dysphoria, disheartenment, helplessness, and a sense of failure. The differential diagnosis for demoralization is relatively short and includes mood disorders (e.g., major depression, bipolar depression), adjustment disorders, and other medical illnesses that are known to cause low mood. Demoralization lies on a spectrum of vulnerability and multiple factors can contribute to the development of demoralization. Nearly all types of incurable diseases can demoralize a patient. Furthermore, demoralization may result from both the illness (and its manifestations) and the treatment of some conditions. Other factors that can contribute to the development of demoralization are personality traits, the strength of interpersonal supports etc. Demoralization Copyright © 2007, Physicians Postgraduate Press, Inc. Demoralization D De wasn't discussed in medical school, although it is very important manifestation of prolonged emotional distress. Treatment of demoralization should target these unwelcome affects, behaviors, and cognitions. Help for the demoralized patient targets the alleviation of suffering and the mobilization of his or her resilience. Given the personal nature of sources of demoralization, there is no specific and effective approach for all patients; rather, one can be mindful of broad guidelines that can be applied to each individual case. In essence, the role of the physician is to witness, to validate, and to normalize the patient's experience of illness. This requires art of communication skills with those patients and their families, as well as specific psychotherapeutic approaches. This presentation reviews the medical literature regarding the current understanding, importance, and impact of demoralization and attempts to compare and contrast demoralization with depression in patients with incurable diseases. It will be followed by a brief review of treatment algorithms for antidepressant therapy and suggestions for treatment of demoralization.

EKSTENZIVNA SUICIDALNOST

Luka Maršić

Klinika za psihijatriju KBC "Sestre milosrdnice"

Izjednačavanje vanjskog svijeta, koji je podređen nedostižnoj višoj dimenziji, i unutarnje nepažnje uzrokuje osobnost, tijekom procesa razmišljanja o sebi kroz priliku i nadu budućnosti, ne vidi se u neizvjesnom biću, u svijetu nerazumljivosti, straha, ne-ljubavi, praznine. Um usmjerava svoje misli prema rušenju pozitivnog, svojstvenog pristupa, koji nas tjera prema pozitivnom djelovanju, uništavajući ideje, kojima smo, na neki način, vodili naše definitivno biće u nove bitke i nesigurnost. Opsežnost tog stanja i njegovo pojavljivanje u nekakvoj patološkoj utjehi ili u mislima koje su lišene duboke logičke konstrukcije, predstavljaju suicidalnu dinamiku koja ne mora nužno biti uvjetovana dijagnozom koja otkriva mentalne i psihičke devijacije. Legitimnost suicidalnih misli, kao preduvjet suicidalnog čina, počinje kada duša izgubi svoje pravo jedinstvo, mentalna diferencijacija ostaje na površini prave duše, psihička sposobnost da korelira s negativnošću ili pseudo-negativnoj stvarnosti nekog trenutka, postaje uniformirana, gdje postoji sklonost ponavljanju iste reakcije na turbulentne izazove, način zadovoljavanja žudnje za boli, a to sve predstavlja maksimu po kojoj je cijeli sustav samosvijesti funkcionira.

EXTENSIVE SUICIDALITY

Equating the outer world that is subordinate to an unattainable higher dimension and the inner negligence cause the personality, during the thinking process about the self through the opportunity and hope of the future, does not see itself in the uncertain being, in the world of incomprehensibility, fear, no-love, emptiness. The mind directs its thoughts towards the demolition of positive, and inherent approach that is forcing us towards positive action, destroying the ideas by which we, somehow, guide our definite being into new battles, and uncertainty. The extensiveness of that state and its appearance in some kind of a pathological comfort, or in thoughts that are deprived of deep logical construction, represent suicidal dynamics that does not have to necessarily be conditioned by a diagnosis that discovers

mental, and psychic deviations. Legitimacy of suicidal thoughts, as a prerequisite of a suicidal act, begins when the soul loses its real unity, mental differentiation remains at the surface of a real soul, the psychic ability to correlate with the negative, or pseudo-negative reality of a moment becomes uniformed, where the inclination towards repeating the same reaction to turbulent challenges, mode of satisfying a craving for pain, is the maxim according to which the entire system of self-consciousness is functioning.





POSTERI

DUHOVNOST KAO „ELIKSIR ZDRAVLJA“?

Dragana Jurić, Rudolf Ljubičić, Ivana Ljubičić Bistrović, Đulijano Ljubičić
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci
Klinika za psihijatriju, KBC "Sestre milosrdnice" u Zagrebu
Katedra za psihijatriju i psihološku medicinu KBC Rijeka

Duhovnost pruža pluralistički pristup u rješavanju svake problematike, pa tako i medicinske. Neupitno je da razvijena duhovnost ima zaštitni učinak na ljudsko zdravlje. Bitno je da medicinski djelatnici shvate duhovnost kao nedovoljno iskorišteni endogeni "eliksir zdravlja" svojih pacijenata. Duhovnost se izražava i shvaća kroz kognitivne, bihevioralne i afektivne iskaze. Pitanje je uviđaju li liječnici u svojoj kliničkoj praksi snagu duhovnosti u, primjerice, mijenjanju percepcije boli te lakšeg pronalaženja osjećaja svrhe i smislenosti života, kako u zdravlju, tako i u bolesti. Kao studenti medicine i liječnici često zanemarujemo duhovni profil naših pacijenata, koji ostaje visoko razvijen i u teškim i terminalnim stanjima. Zanemarivanjem duhovnosti nastao je preveliki jaz između pacijenata i liječnika. U svojem radu nastojim istražiti u kojoj su mjeri liječnici Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Sušak upoznati s primjenom duhovnosti u svakodnevnom radu, te jesu li i u kojoj mjeri ograničeni znanstvenim, redukcionističkim i materijalnim granicama. Moj zaključak je da marginaliziranost duhovnosti u liječničkoj struci pruža veliki prostor za razvoj nove duhovne koherentnosti pacijenata i liječnika te sasvim nove resurse za očuvanje zdravlja svih nas.

SPIRITUALITY AS "THE ELIXIR OF HEALTH"?

Spirituality provides a pluralistic approach in solving every problem, including medical ones. There is no doubt that developed spirituality has a protective effect on human health. It is very important that medical employees see spirituality as poorly used endogenous "health elixir" of their patients. The main question is: Do the doctors recognize the power of spirituality in their clinical practice? For example, as a device in changing the perception of pain, or as an easier way of finding the purpose and meaning of life, both in health and sickness. Being a medical student or a doctor one often neglects the spiritual profile of patients, which remains highly developed even in severe and

terminal conditions. A rather large gap between patients and doctors has been developed by neglecting spirituality. This study is researching the extent to which the doctors of the Clinical Hospital Center Rijeka and Sušak are familiar with the use of spirituality in everyday work, and also, are they and to what extent limited by scientific, reductionist and material borders. To conclude, the marginalization of spirituality in medical profession provides a vast area for development of a new spiritual coherence between patients and doctors, so as completely new resources for the health preservation.

ŠTO JE TO SQ?

Jelena Ivelić

Medijsko sveučilište Koprivnica

Živimo u vremenu materijalnog blagostanja. Danas veliki dio ljudi ima sve što im je potrebno za život. Smještaj, vozilo i novac smatraju se temeljnim uvjetima. Većina bračnih parova ne želi donijeti dijete na svijet ako svi ti uvjeti nisu zadovoljeni. Starije osobe danas su izgubljene i usamljene. Često puta društvo na njih gleda kao na višak. One ne proizvode i ne privređuju društvu, troše, a ne daju i zato se ne uklapaju u ekonomsku strukturu društva. Država danas ulaže u ambiciozne mlade, u one od kojih se nada da će i dobiti nazad. Uzor su najuspješnija i najbolja djeca. Dobiti ocjenu izvrstan i biti prvi na natjecanju kriteriji su uspjeha kod djece. Novac, uspjeh i zadovoljavanje svojih potreba stvari su za kojima danas ljudi teže. No, unatoč materijalnom blagostanju i uspjehu, česte su vijesti crne kronike o samoubojstvima, djeci narkomanima iz bogatih obitelji, raspadnutim obiteljima... Pitam se zašto do toga dolazi ako su čovjekove glavne potrebe zadovoljene? Biti čovjek znači li samo biti uspješan, lijep i bogat ili je to nešto mnogo više? Postoje li stvari za koje se isplati živjeti ili umrijeti? Jesu li vrijednosti nešto što je podložno vremenu i je li moguće da ih društvo i vrijeme mijenjaju? Biti čovjek znači li imati ili to znači moje postojanje tj. jesam li ja čovjek po onome što imam ili po onome što jesam? Na sva ova pitanja pokušati ću dati odgovor kroz duhovnu inteligenciju, jer kao što u čovjeku postoji racionalna i emocionalna inteligencija, tako se u njemu nalazi i duhovna inteligencija. Zato se ovaj moj rad sastoji od dva dijela.

Koristeći različite autore pokušati ću definirati pojam SQ i istaknuti ću važnost SQ-a. Također ću reći nešto o znanstvenim dokazima o postojanju SQ i o svijesti.

What is SQ?

We live in a time of material prosperity. Today, many people have everything they need for a decent life. Possessing an apartment, a vehicle and money are considered as fundamental conditions. Most couples do not want to bring a child into the world if all these conditions are not met. Older people today are lost and lonely. Society often sees them as a surplus. They do not produce and do not contribute to society; they consume and do not give, and therefore do not fit into the economic structure of the society. Today the state invests in ambitious young people, in those from who it will profit from. Role models are the best and the most successful youth. Receiving A+ grades and winning a first prize in competitions are criteria for success in youth. Money, success and meeting needs are things that people today strive for. But despite material prosperity and success, we encounter with frequent TV news with suicides, drug affected children from rich families, broken home... I wonder why this occurs when man's primary needs are met? Being a man, does it only mean to be successful, beautiful and rich, or is it something much more? Do things that are worth living or dying for exist? Are values something that is subject to time change and is it possible that time and society do change/influence this? Being a man, does it mean to have or does this represent my existence, i.e. am I a man by what I have or by being what I am? I will try to answer all this questions through spiritual intelligence because since man possesses rational and emotional intelligence, a spiritual intelligence exists as well. This is the reason why my work consists of two parts. I will try to define the term of SQ referring to various authors and I will emphasize the importance of SQ. Furthermore, I will say something about the scientific evidences of the existence of SQ and human awareness.

" NE ZNAM, NISAM SIGURNA"??

Maristela Šakić

Bolnički red Svetog Ivana od Boga

Psihijatrijska bolnica Sveti Rafael Strmac

Poster prezentacijom želimo prikazati bolesnicu u dobi od 27 godina koje je liječena u našoj bolnici pod slikom psihotičnog poremećaja. Na podlozi emocionalne nezrele ličnosti uz niz vanjskih nepovoljnih faktora bolesnica je tražila odgovor na pitanje kako si pomoći i postati cjelovitija osoba. U narednom razdoblju kroz nekoliko godina „traženja sebe“ putem interneta saznaje o „theta tečaj“ koji predstavlja spiritističku iscjeliteljsku tehniku new agea. Pohađa tečaj i „radi na samoj sebi“ sve do jednog prijelomnog trenutka kada upada u akutno psihotično stanje koje je zahtijevalo psihijatrijsku hospitalizaciju. Tijekom hospitalizacije bolesnici se pristupilo timski, gdje su uz psihijatra sudjelovali psiholog, duhovnik i obitelj kao temeljni oslonac koju je bolesnica u „traženju sebe“ zanemarila. Prikazom želimo osvijestiti pogubnost gore navedene i niz drugih iscije nemaju stručnu niti znanstvenu osnovu pa u pojedinim slučajevima mogu osobito kod mladih i emocionalno nezrelih ličnosti produžiti i probuditi psihičke probleme.

74

“I DON'T KNOW, I'M NOT SURE”??

Through a poster presentation we would like to present a case of a patient at the age of 27 years who was treated at our hospital for a psychotic disorder. With the background of an emotionally immature personality, alongside a series of external unfavourable factors, the patient was looking for an answer to the question how to help herself and become a whole person. In the upcoming period through several years of 'looking for herself', on the Internet she learned about the 'theta course', which represents a spiritual new age healing practice. She attended the course and 'worked on herself' until the breaking moment when she entered an acute psychotic state which required hospitalization at a psychiatric ward. During the hospitalization the patient was approached by a team comprising a psychiatrist, a psychologist and a priest, as well as the family as the basic support, whom the patient used to neglect in the process of 'looking for

herself'. Through this presentation we attempt to bring to attention the dangers of the above-mentioned method and other healing techniques which have neither skilled nor scientific basis so in certain cases can, especially in young and emotionally immature personalities, prolong and deepen psychological problems.

DUHOVNA BOLEST – TEMELJNA BOLEST

Lana Knežević

Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju

Bolesti ovisnosti imaju svoje uzroke na duhovnoj razini. Na toj razini one predstavljaju gubitak slobode(duhovna duša), na psihičkoj vezanost uz užitek ili zadovoljstvo, a na tjelesnoj upisivanje određenih radnji i pokreta u tijelo.

One zapravo predstavljaju bolesti izostanka smisla,a smisao je duhovna kategorija. Volja za smislom je danas uvelike frustrirana. Živimo u svojevrsnom "egzistencijalnom vakuUmu" u kojem današnje duhovno neinteligentno društvo pokušava isti nadoknaditi borbom za ostvarenjem moći i samopotvrđivanjem i gdje je ratio razina (razina ega) jedini kriterij po kojem se čovjek ostvaruje.

Na taj način zanemarujemo naše središte, a duhovna bolest (ovisnost) nastaje onda kada izgubimo kontakt s njime.

Ovisni možemo biti o ljudima, stvarima, idolima, strahovima, supstancijama. Od svih organa duhovne duše pokazalo se da je u bolestima ovisnosti najviše zakazao organ slobodne volje. Zdrava slobodna volja omogućuje pojedincu da je uvijek sposoban, između dobra i zla, odlučiti se za dobro. Osim nje, bolesna je i čovjekova savjest kao i njegov intelekt. Zbog svega navedenog, u liječenju takvih ovisnosti najbolji bi učinak imalo sinergijsko djelovanje psihoterapije, logoterapije (terapija smislom, V.Frankl) i hagioterapije(terapija svetim i oslobođenje od patnje). Smisao se ne može dati, već se mora pronaći. Ne može se izmisliti nego se mora otkriti.

Za vjernike može se primijeniti i religija preko koje dolazimo do ispunjenja posljednjeg smisla, a to je upravo onaj egzistencijalni, a koji odgovara na pitanja: tko smo, odakle dolazimo i kamo idemo.

SPIRITUAL DISEASE-BASIC DISEASE

76 Addictions have their causes on a spiritual level. At this level, they represent a loss of freedom (spiritual soul), at the psychological, attachment to the pleasure or satisfaction and at physically level repetition of certain actions and movements of the body. They actually represent an absence of sense, and the sense is the spiritual category. The cognition of meaning is today largely frustrated. We live in a kind of "existential vacuum" in which today's spiritually unintelligent society tries to compensate a loss of sense by struggling for self-assertion, and where the ratio level (level of ego) is the only criterion by which a person achieves. In this way we neglect our individuality and spiritual disease (addiction) occurs when we lose touch with it. We can be dependent on the people, things, idols, fears, substances ..It was shown that of all the organs of the spiritual soul freewill is to be the most compromised. Healthy free will allows an individual that is always capable to escape evil and choose good. These reasons tell us that the best treatment of addictions would be synergistic treatment using psychotherapy, logotherapy (existential therapy, V. Frankl) and hagiotherapy (holy therapy and liberation from suffering). For meaning can not be given, but must be found. It can not be invented, but must be detected. Also, a believer can answer question through its religion, accept and find answers on existential questions;: who are we, where do we come from and where are we going.

IMPLIKACIJE NEUROZNAJSTVENIH ISTRAŽIVANJA OVISNOSTI NA RAD S OSOBAMA KOJE BOLUJU OD BOLESTI OVISNOSTI

Martina Šendula-Pavelić, Ilinka Serdarević, Jasenka Duvnjak
Katedra za društvene i humanističke znanosti u medicini
Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci

Nove spoznaje o neurokemijskim osnovama ovisnosti otvaraju prostor za nove načine manipulacije populacijom osoba koje boluju od bolesti ovisnosti. Posebno se ističu promicanja isključivo bioloških tretmana upitne dostupnosti i cijene, medikalizacije ovisnosti, eksperimentiranja s invazivnim neurokirurškim operacijama mozga, cijepljenja, povećanje

prisilnih oblika liječenja za ovisnike za koje se procijeni da im je usljed bolesti mozga bitno umanjen kapacitet za donošenje slobodne i informirane odluke/a itd. Danas je moguće priskrbiti i informacije o genetskom riziku za razvoj bolesti ovisnosti što može biti upotrijebljeno u svrhu diskriminacije od strane osiguravajućih društava, poslodavaca, sudova i dr. Različite pogrešne i neetične interpretacije bolesti ovisnosti utječu na naša uvjerenja o porijeklu i uzrocima bolesti i posljedično na naše odnose prema bolesnima, na njihov pravni položaj u društvu, na način na koji im pripisujemo odgovornost ili krivnju za njihove postupke. Ona izazivaju snažne moralne reakcije značajnih i utjecajnih drugih o kojima ovise standardi i načini zaštite i liječenja kao i njihova dostupnost. S druge strane, u javnosti je već poznata sintagma o postojanju tzv. psihotropne utrke u naoružanju i rastu upotrebe psihotropnih lijekova kao stimulansa (npr. metilfenidat) kako bi se poboljšale kognitivne sposobnosti pojedinaca i osnažila aktivnost i motivacija primjerice u pripremama i izvođenju borbenih i drugih operacija. Sve ove spoznaje imaju direktne posljedice na povjerljiv odnos savjetodavca/terapeuta i osobe koja boluje od bolesti ovisnosti/ovisnika. Pitati se, osvijestiti i moći predvidjeti moguće zamke i izazove novih spoznaja znači i moći spriječiti potencijalno štetne posljedice tumačenja i primjene rezultata takvih istraživanja.

| 77

IMPLICATIONS OF NEUROSCIENCE ADDICTION RESEARCH ON WORK WITH ADDICTS

New insights into the neurochemical basis of addiction are opening up space for new ways to manipulate a population of people who are suffering from drug addiction. Especially highlighted are the exclusive promotion of biological treatments of questionable availability and prices, the medicalization of addiction, experimenting with invasive neurosurgical brain surgery, vaccination, increasing coercive forms of treatment for addicts that are assessed to have disease of the brain is severely reduced capacity for making a free and informed decisions etc. Today it is possible to provide information on the genetic risk of developing the addiction which can be used for the purpose of discrimination by insurance companies, employers, courts and others.

Different wrong and unethical interpretations of addiction affect our beliefs about the origins and causes of disease and consequently affect our relationships toward the sick, their legal status in the society, the way in which we are attributing responsibility or blame for their actions. They evoke strong moral reactions of significant and influential others upon which depend standards and methods of care and treatment as well as their availability. On the other hand, it is known about the existence of so-called psychotropic arms race and the growing use of psychotropic drugs as stimulants (eg, methylphenidate) to improve the cognitive abilities of individuals and strengthen the activities and motivation for example in the preparation and execution of combat and other operations.

All these findings have direct consequences on the confidential relationship between counselors/therapists and people that are suffering from addiction/drug addicts. Making questions, raising awareness and being able to anticipate potential pitfalls and challenges of new knowledge about addiction means being able to prevent the potentially harmful consequences of interpreting and applying the results of such research.

Hrvatski institut za duhovnu psihijatriju - HIDP
Croatian Institute of Spiritual Psychiatry - CISP



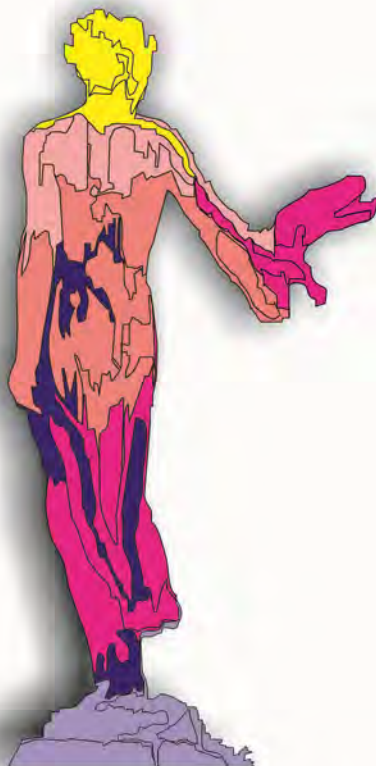
Mate Lovraka 20, 51 000 Rijeka

Tel: + 385 98 715 999

Fax: + 385 51 624 330

E-mail adresa: hidp.cisp@gmail.com

www.hidp.hr



ZLATNI SPONZOR:

SERVIER PHARMA d.o.o.

SREBERNI SPONZOR:

PLIVA HRVATSKA d.o.o

BRONČANI SPONZORI:

ALKALOID d.o.o.

ASTRAZENECA d.o.o.

BELUPO d.d.

JADRAN - GALENSKI LABORATORIJ d.d.

PHARMAS d.o.o.

PFIZER CROATIA d.o.o.

SANOFI-AVENTIS CROATIA d.o.o

| 80

PRIJATELJI KONGRESA:

ELI LILLY (Suisse) S.A.

LUNDBECK CROATIA d.o.o.

ABBOTT Ltd.

- A
 Abdraeva N.K. 28
 Abrosimova S. 55
 Alexeeva M. V. 50
 Antonova A. A. 45
 Artemieva M.S. 28, 54
 Atayan N. K. 27
 Aukst-Margetić B. 37, 60
- B
 Bachilo E. V 45, 48
 Barylnik J. B. 45, 55
 Bošković G. 62
 Bošnjaković J. 61
 Braš M. 64
 Bryoukhin A. E. 28, 54
- D
 Danilin I. E. 52
 Dodig G. 43
 Drakulić A. 23
 Dudko T. N. 32
 Duvnjak J. 76
- Đ
 Đorđević V. 56
- E
 Erzin A. I. 41
 Evdokimov A.I. 13
- G
 Gilod V. M. 51
- I
 Ivelić J. 72
- J
 Jakovljević M. 14, 15, 23
 Janović S. 36
 Jurić D. 71
- K
 Kalashnikova O. E. 47
 Khudyakov A. V. 53
 Knežević L. 75
 Kolesnichenko E.V. 55
 Kuznetsov A. I. 54
- LJ
 Ljubičić Bistровić I. 71
 Ljubičić Đ. 17, 71
 Ljubičić R. 17, 71
- M
 Mahortova I.S. 29
 Marčinko D. 42
 Marilov V. V. 27
 Maksimkina V. J. 52
 Maršić L. 67
 Mihaljević S. 37
 Mimica N. 58
 Mindoljević Drakulić A. 23
- N
 Nabiullina R. 22
 Nikolić R. 21
- O
 Oskolkova S. 30
- P
 Pakhomova S.A 55
 Petrochenko N. 26
 Polozhy B. S. 42
 Polozhaja Z. B. 23
- R
 Reljac V. 34
- S
 Sakoman S. 33
 Samoylova D. D 55
 Sartorius. N. 11
 Sergey T. 26
 Serdarević I. 76
 Shiryayev O.U. 29
 Sinitsina K. V. 53
 Solodkov P. V. 27
 Szentmártoni M. 12, 39
- Š
 Šendula Jengić V. 62
 Šakić M. 74
 Šendula Pavelić M. 76
 Špehar M. 45
- T
 Tsygankov B.D. 13, 29
- U
 Uspensky S. 26
- V
 Vaulin S.V. 13, 50
 Vranješ N. 39
- Z
 Zoričić Z. 31

Oni možda nikada neće u potpunosti pobjeći od depresije, no Vi im možete POMOĆI DA NAĐU IZLAZ.

Povedite svoje bolesnike kroz labirint njihove depresije
uz pomoć Cymbalte.

Cymbalta učinkovito poboljšava emocionalne simptome,
simptome anksioznosti i bolne tjelesne simptome depresije^{1,2}
kao i funkcionalnost bolesnika³.

CYMBALTA duloksetin 30 mg i 60 mg tvrde želatinozne kapsule
Broj odobrenja za stavljanje lijeka u promet

CYMBALTA 30 mg tvrde želatinozne kapsule: UPI-530-09/11-02/56

CYMBALTA 60 mg tvrde želatinozne kapsule: UPI-530-09/11-02/57

Način i mjesto izdavanja lijeka: Na recept, u ljekarni

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

Terapijske indikacije: Liječenje velikog depresivnog poremećaja. Liječenje boli kod dijabetičke periferne neuropatije u odraslih. Liječenje generaliziranog anksioznog poremećaja. Cymbalta je indicirana za odrasle. **Kontraindikacije:** Preosjetljivost na djelatnu tvar ili na bilo koju od pomoćnih tvari. Kontraindicirana je istodobna primjena CYMBALTE s neselkatinim, ireverzibilnim inhibitorima monoaminooksidaze (MAOI). CYMBALTA se ne smije uzimati u kombinaciji s flutoksaminom, ciprofloksacinom ili enoksacinom (tj. snažnim inhibitorima CYP1A2) jer se pri toj kombinaciji povećava koncentracija duloksetina u plazmi. Teško bubrežno oštećenje (klirens kreatinina < 30 ml/min). Kontraindicirano je započeti liječenje CYMBALTOM kod bolesnika s nekontroliranim hipertenzijom, koja bolesnika može dovesti potencijalnom riziku od hipertenzivne krize. **Posebna upozorenja i posebne mjere opreza pri uporabi:** **Mantija i konvulzije:** CYMBALTU treba s oprezom davati bolesnicima s povijesti manje ili s dijagnozom bipolarnog poremećaja i/ili konvulzija. **Midrijaza:** nožan je oprez kada se CYMBALTA propisuje bolesnicima s povišenim očnim tlakom i onima s povišenim rizikom od pojave akutnog glaukoma uskog kuta. **Krvni tlak i svjetla frekvencija:** kod bolesnika s povišenom hipertenzijom i/ili drugim bolestima srca preporučuje se kontrola krvnog tlaka, osobito tijekom prvog mjeseca liječenja. Duloksetin se treba primjenjivati s oprezom kod bolesnika čije stanje može biti kompromitirano ubrzanom srčanom frekvencijom ili povišenjem krvnog tlaka. Ne smije se započeti liječenje duloksetinom u bolesnika s nekontroliranim hipertenzijom. **Primjena u djece i adolescenata u dobi od 18 godina:** Cymbalta se ne bi smjela primjenjivati u terapiji djece i adolescenata od 18 godina. **Hiponatremija:** Prijavili su slučajevi hiponatremije, pri primjeni CYMBALTE uključujući slučajeve s natrijem u serumu nižim od 110 mmol/l. Hiponatremija može biti uzrokovana sindromom neprikladnog izlučivanja antidiuretskog hormona (SIADH). U većini slučajeva hiponatremije je prijavljena kod starijih, posebno kada je povezana s nedavnom primjenom razvojnih tekućina ili predspisivanju za to. Oprez je potreban kod bolesnika s povećanim rizikom od hiponatremije, kao što su: starije osobe, bolesnici s cirozom, dehidrirani bolesnici ili bolesnici koji se liječe diureticima. **Prekid liječenja:** Simptomi ustezanja prilikom prekida liječenja CYMBALTOM su česti, osobito ako se liječenje naglo prekine. **Trudnoća i dojenje:** Nema odgovarajućih podataka o primjeni duloksetina kod trudnica i dojenčadi. Epidemiološki podaci ukazuju da SIPS

u trudnici, osobito u visokom stupnju trudnoće, mogu povećati opasnost od perzistentne plućne hipertenzije kod novorođenčadi s terapijom SNRI, moguća opasnost se ne može zanemariti, uzimajući u obzir mehanizam djelovanja (inhibicija ponovne pohrane serotonina). Kao i ostalim serotoninskim lijekovima, moguća je pojava simptoma ustezanja kod novorođenčeta ako je majka uzimala duloksetin u vrijeme blizu porođaja. Simptomi ustezanja viđeni kod duloksetina mogu uključivati hipotoniju, tremor, nervozne pokrete, potskoćke gutanja, respiratorni distres i konvulzije. Većina ovih slučajeva se dogodila prilikom rođenja ili unutar nekoliko dana poslije rođenja. Ženama treba savjetovati da obavijeste svog liječnika ako tijekom liječenja zatrudne ili namjeravaju zatrudnjeti. **Starost:** goduće potrebna oprez prilikom primjene maksimalne doze u liječenju starijih osoba. **Nuspojave:** Najčešće prijavljene nuspojave kod bolesnika s depresijom koji su liječeni CYMBALTOM bile su: samrtina, glavobolja, suhoća usta, pospanost, umor, nesanic, omaglica i zatvor. Međutim, česte nuspojave bile su većinom blage do umjerene, obično su se javljale na početku liječenja, te su uglavnom nestajale u daljem tijeku liječenja. **Doziranje i način primjene:** Kroz usta. **Veliki depresivni poremećaj:** Početna doza i preporučena doza održavanja je 60 mg dnevno, koja se uzima sa ili bez hrane. **Generalizirani anksiozni poremećaj:** Preporučena početna doza za bolesnike s generaliziranim anksioznim poremećajem je 30 mg dnevno, koja se uzima sa ili bez hrane. **Bol kod dijabetičke periferne neuropatije:** Početna doza i preporučena doza održavanja je 60 mg dnevno, koja se uzima sa ili bez hrane. **Ovaj promotivni materijal sadrži bitne podatke o lijeku koji su istovjetni cjelokupnom odobrenom sažetku 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. HR/CYM000080, 1.3.2012.**

J. Hirschfeld MR, Mallinckrodt C, Lee TC & Decke MI. Time course of depression-symptom improvement during treatment with duloxetine. *Depress Anxiety* 2005;21:170-177. 2. Bocki S, Courtucense C, Debevere C, et al. Efficacy and safety of duloxetine 60 mg once daily in the treatment of pain in patients with major depressive disorder and at least moderate pain of unknown etiology: a randomized controlled trial. *J Clin Psychiatry* 2007;68:1707-1716. 3. Sheehan D, Meyers AL, Alji J, et al. Effect of Duloxetine on Functional Outcomes in Patients With Major Depressive Disorder. Report at America Psychiatric Association (APA) Annual Meeting. New Orleans, LA, USA; May 22-26, 2010.


Cymbalta®
duloxetine
jer depresija boli

Eli Lilly (Suisse) S.A. Predstavništvo u RH
Ulica grada Vukovara 269 G, 10 000 Zagreb
Green Gold Centar, zgrada V2/8 kat
Tel: +385 1 2350 999, Fax: +385 1 2305 870



Depresija? Pronašli smo izlaz!^{1,2}



1. Rush et al. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1905-1917
2. Bauer M et al. *J Affect Disord* 2010; 127: 19-30



Sastavni dio ovog promotivnog materijala za Seroquel® predstavlja cjelokupni odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka, sukladno člancima 14, 15 i 24 Pravilnika o načinu oglašavanja o lijekovima i homeopatskim proizvodima ("Narodne novine" broj 118/09). Prije propisivanja lijeka Seroquel®, molimo pročitajte zadnji odobreni Sažetak opisa svojstava lijeka i Uputu u lijek. Samo za zdravstvene djelatnike.

Seroquel XR 50 mg, 150 mg, 200 mg, 300 mg i 400 mg filmom obložene tablete s produženim oslobađanjem (quetiapinum)

Terapijske indikacije: Seroquel XR je indiciran za liječenje: shizofrenije, uključujući: sprječavanje relapsa u klinički stabilni bolesnika sa shizofrenijom, u kojih se Seroquel XR primjenjuje kao terapija održavanja, i bipolarnog poremećaja, uključujući: liječenje umjerenih do teških maničnih epizoda u bipolarnom poremećaju, liječenje velikih depresivnih epizoda u bipolarnom poremećaju, sprječavanje ponovne pojave epizoda bolesti u bolesnika s bipolarnim poremećajem, kod kojih je došlo do odgovora na liječenje maničnih ili depresivnih epizoda kvetiapiinom. **Doziranje i način primjene:** SEROQUEL XR filmom obložene tablete se uzimaju jednom dnevno, bez hrane. Tablete treba progutati cijele, a ne ih prepoloviti, savršeno ih smrviti. Za liječenje shizofrenije i umjerenih do teških maničnih epizoda u bipolarnom poremećaju: Seroquel XR treba uzimati najmanje jedan sat prije obroka. Dnevna doza na početku liječenja iznosi 300 mg (prvi dan) i 600 mg (drugi dan). Za liječenje depresivnih epizoda u bipolarnom poremećaju: Seroquel XR treba uzimati 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. Za sprječavanje ponovne pojave epizoda bolesti u bipolarnom poremećaju: Za sprječavanje ponovne pojave maničnih, mglobnih ili depresivnih epizoda u bipolarnom poremećaju, bolesnici kod kojih je došlo do odgovora na Seroquel XR u akutnom liječenju bipolarnog poremećaja, trebaju nastaviti s uzimanjem jednake doze prije spavanja. **Kontraindikacije:** Seroquel XR je kontraindiciran u bolesnika koji su preosjetljivi na djelatnu tvar ili na bilo koju od pomoćnih tvari sadržanih u ovom lijeku. Kontraindicirano je istovremena primjena s ribičlovima ciklospora (P450 3A4), kao što su inhibitori HIV-proteaze, azolni antimikotici, eritromicin, klaritromicin i nefazodon. **Posebna upozorenja i mjere opreza pri uporabi:** Ne preporuča se primjena Seroquela XR u djece i adolescenata mlađih od 18 godina zbog nedostatka podataka koji bi potvrdili sigurnost primjene u toj dobnoj skupini. Klinička ispitivanja sa Seroquelom dozirano su pokazala da se određena nuspojava pojavljuju u većem učestalosti u djece i adolescenata nego u odraslih (povećani apetit, porast serumske glikemije i ekstrapiramidni simptomi). Zabilježene su i nuspojave koje prate dozu: nisu primijećene u ispitivanjima u odraslih (povišenje krvnog tlaka). Depresija u bipolarnom poremećaju je povezana s povećanim rizikom od pojave suicidalnih misli, samoozlojeđivanja i suicida. Bolesnike treba pomno nadzirati sve do pojave poboljšanja. Liječenje kvetiapiinom je povezano sa somnolencijom i sličnim simptomima, kao što je sediranost. Kvetiapin može izazvati ortostatsku hipotenziju, napose u početnom razdoblju liječenja doze, ako se to pojavi, potrebno je smanjiti ili postepeno lansirati dozu. Ako se pojave znaci i simptomi kardine disekcije, potrebno je razmotriti smanjenje doze ili prekid liječenja. Simptomi kardine disekcije mogu se pogoršati ili nastati nakon prekida liječenja kvetiapiinom. Neutrofilski maligni sindrom povezuje se s uzimanjem antipsihotika, uključujući i kvetiapin. Klinički znaci obuhvaćaju: hipertermiju, promijenjen mentalni status, ukočenost mišića, nestabilnost autonomnog sustava i povišenu kreatinil-fosfokinazu. Pri pojavi ili znakova treba prekinuti liječenje i poduzeti prikladne medicinske mjere. Teška neutropenija se u kliničkim ispitivanjima Seroquelom javljala rijetko. U većini se slučajeva teška neutropenija javljala unutar nekoliko mjeseci od početka liječenja kvetiapiinom. Bolesnike treba promatrati kako bi se uočili znakovi i simptomi infekcije, te treba kontrolirati broj neutrofila. Istovremena primjena kvetiapiina sa snažnim induktorima jetrenih enzima, znanstveno smanjuje koncentraciju kvetiapiina u plazmi, što može utjecati na učinkovitost terapije kvetiapiinom. Kod bolesnika koji su već pod terapijom induktorom jetrenih enzima, početak terapije Seroquelom XR preporuča se samo onda ako liječnik smatra da prednost premaživši potencijalni rizik prekida terapije induktorom jetrenih enzima. Hiperglikemija ili pogoršanje već postojećeg dijabetesa opasni su tijekom liječenja kvetiapiinom. Preporuča se odgovarajuće kliničko praćenje dijabetesa i bolesnika s rizikom faktora za razvoj šećerne bolesti. U kliničkim ispitivanjima kvetiapiina primijećen je porast razine triglicerida, LDL-i ukupnog kolesterola. Za smanjenje razine HDL-kolesterola. Osimom da je u kliničkim ispitivanjima zabilježeno povećanje tjelesne težine, glukoze u krvi te lipida moguće je pogoršanje profila metaboličkog rizika kod pojedinih bolesnika koje treba liječiti u skladu s kliničkim protokolom. Kao i priklon primjene drugih antipsihotika, potreban je oprez pri uporabi kvetiapiina u bolesnika s kardiovaskularnim bolestima ili bolesnicima u čijoj obitelji postoji podatak o produljenoj QT intervalu. Akutni simptomi uzezanja koji uključuju nesamirnu, mučninu, glavobolju, prijev, ponavljaju, omaglicu i nadržajivost, opasni su nakon mgolgo prekida uzimanja kvetiapiina. Stopa preporučuje postepeno prekidanje uzimanja lijeka tijekom perioda od najmanje jednog do dva tjedna. Seroquel XR nije odobren za liječenje psihoze uzrokovane demencijom. Seroquel XR treba s oprezom primjenjivati u bolesnika sa rizikom faktora za razvoj moždanog udara. Didažija je opasna lijekom liječenja kvetiapiinom. Preporuča se oprez priklon liječenja kvetiapiinom u bolesnika kod kojih postoji rizik za razvoj apnejske udarne pluća. Tajkom primjene antipsihotika zabilježeni su slučajevi venske tromboembolije (VTE). Stopa je potrebno prepoznati sve moguće faktore rizika za nastanak VTE prije i tijekom liječenja kvetiapiinom te poduzeti preventivne mjere. Seroquel XR tablete sadrže laktozu. Bolesnici s rijetkim nasljednim poremećajem nepodnošanja galaktoze, nedostatkom Lapp laktaze ili glukozno-galaktozo malapsorpcijom ne bi trebali uzimati ovaj lijek. Nuspojave: Najčešće su nuspojave koje izaziva kvetiapin: somnolencija, omaglica, suhoća usta, blaga astenija, konstipacija, tahikardija, ortostatska hipotenzija i dispneja. **Poremećaji krvi i limfnog sustava:** Često: leukopenija. **Endokrini poremećaji:** Često: hipoparatiroidizam. **Poremećaji metabolizma i prehrane:** Često: povećani apetit. **Parijirajući poremećaji:** Često: nenormalni snovi i noćne more. **Poremećaji živčanog sustava:** Vito često: omaglica, somnolencija, glavobolja. Često: sinkopa, ekstrapiramidni simptomi, čitavrtaja. **Slušni poremećaji:** Često: tinitus. **Poremećaji oka:** Često: zamračen vid. **Krvotični poremećaji:** Često: ortostatska hipotenzija. **Poremećaji dišnog sustava:** Često: astenija i zadržavanje. Često: rinitis. **Poremećaji probavnog sustava:** Vito često: suha usta. Često: konstipacija, dispneja. **Opći poremećaji i reakcije na mjestu primjene:** Vito često: simptomi uzezanja. Često: blaga astenija, periferni edem, nadržajivost. **Prijava:** Vito često: porast serumske triglicerida, porast ukupnog kolesterola (pretežno LDL kolesterola), smanjenje HDL kolesterola, povećanje tjelesne težine. Često: porast serumske transaminaze (ALT, AST), smanjenje broja neutrofila, povećanje razine glukoze u krvi do hiperglikemijske vrijednosti. **Naziv i adresa nositelja odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet:** AstraZeneca d.o.o., 10000 Zagreb, Branimirova 29, Zagreb, Republika Hrvatska. **Klasa i datum rješenja o odobrenju za stavljanje gotovog lijeka u promet:** Seroquel XR 50 mg: UPI-530-0907-01484, 17. listopada 2009. Seroquel XR 150 mg: UPI-530-0909-01097, 17. listopada 2009. Seroquel XR 200 mg: UPI-530-0907-01485, 17. listopada 2009. Seroquel XR 300 mg: UPI-530-0907-01486, 17. listopada 2009. Seroquel XR 400 mg: UPI-530-0907-01487, 17. listopada 2009. **Način izdavanja:** Na recept, u ljekarni.