



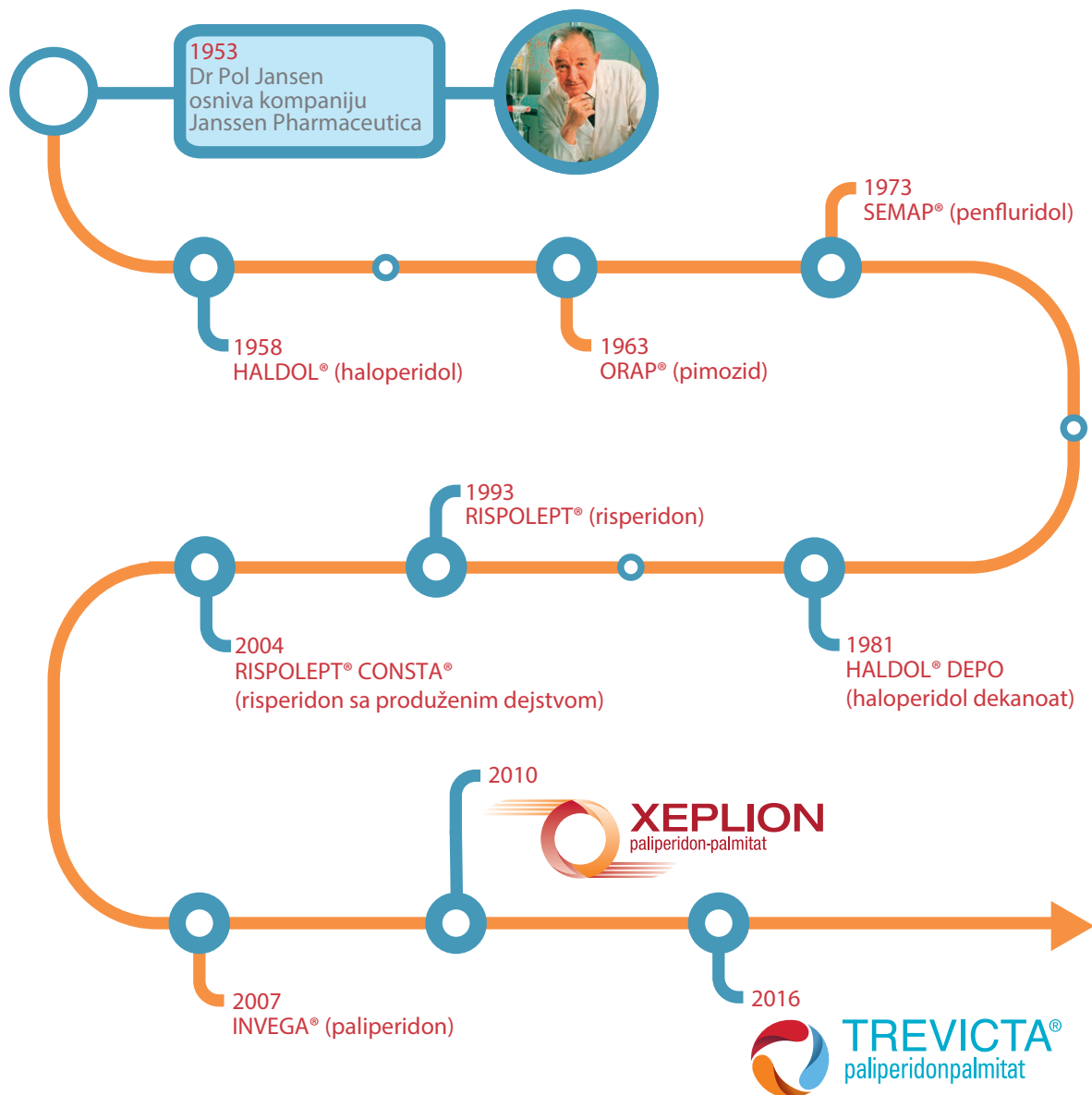
***Други Национални конгрес болничке психијатрије
са међународним учешћем
Београд, 10-12. октобар 2018. године
Опера и Театар „Мадленіанум”***

ПРОГРАМ И ЗБОРНИК



**Република Србија
МИНИСТАРСТВО ЗДРАВЉА**

DOPRINOS KOMPANIJE JANSSEN MODERNOJ PSIHIJATRIJI



janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson

Omladinskih brigada 88B, 11070 Beograd
tel.: +381 (0) 11 353 68 00,
fax: +381 (0) 11 353 68 01



EUPHARM

Bilečka 37, 11000 Beograd
tel./fax.: +381 (0) 11 405 23 85

**2. Национални конгрес
болничке психијатрије са међународним
учешћем**

Београд, 10-12. октобар 2018. године
Опера и Театар „Madlenianum“

Београд, октобар 2018. године

ПОЧАСНИ ОДБОР:

Асс. др Златибор Лончар, министар здравља Републике Србије - **председник**

Проф. др Раде Грбић

Проф. др Драгица Одаловић

Доц. др Сања Радојевић Шкодрић

Проф. др Александар Јовановић

Проф. др Мирослава Јашовић-Гашић

Проф. др Жељко Шпирић

ПРЕДСЕДНИК КОНГРЕСА:

Доц. др Ивана Сташевић Карличић

НАУЧНИ ОДБОР:

Проф. др Владимир Јањић - **председник**

Проф. др Драгана Ристић-Игњатовић

Проф. др Слободан Јанковић

Проф. др Горан Михајловић

Проф. др Силва Добрић

Проф. др Славица Ђукић Дејановић

Проф. др Весна Бјеговић Микановић

Проф. др Срђан Миловановић

Проф. др Снежана Филиповић Данић

Проф. др Гордана Тончев

Проф. др Радан Стојановић

Проф. др Невена Дивац

Проф. др Александар Дамјановић

Проф. др Драган Павловић

Доц. др Нађа Марић

Доц. др Милан Латас

Доц. др Милица Пејовић-Милованчевић

Доц. др Игор Пантић

Доц. др Владимир Кнежевић

Доц. др Владимир Ђорђевић

Доц. др Лидија Ињац-Стевовић

Доц. др Маја Ивковић

Др сци. мед. Верица Јовановић

Др Татјана Воскресенски

Др Александар Томчук

ОРГАНИЗАЦИОНИ ОДБОР:

Доц. др Владан Ђорђевић - **председник**

Асс. др Бранимир Радмановић

Др сци. мед. Весна Стефановић

Др сци. мед. Јелена Ђорђевић

Др сци. мед. Катарина Ђокић Пјешчић

Др сци. мед. Горица Ђокић

Др Милена Сташевић

Др Горан Ђинђић

Др Александра Дутина

Др Драгана Павићевић

Др Небојша Живковић

Др Тања Рајчић

Др Ђорђе Ћурчић

Др Катарина Зорић

Др Немања Мурић, сарадник у настави

Бојана Смиљковић, дипл. ецц

Зорана Филиповић, спец. мед. психологије

Снежана Симовић Драганић, мастер соц. пол.

Милорад Бировица, всмст

СЕКРЕТАРИЈАТ КОНГРЕСА:

Љиљана Дангубић

Ивана Тодоровић

Милан Милосављевић

Ђорђе Славчев

САРАДЊА:

Miross Travel Agency, IATA No 95-22167-4, Ул. Мајке Јевросиме 14, 11 000 Београд

Поштоване колегинице и колеге,

У организацији Удружења за ургентну психијатрију Србије, Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ и Клинике за психијатрију Клиничког центра Крагујевац организован је **Други национални конгрес болничке психијатрије са међународним учешћем**, од 10. до 12. октобра 2018. године у Опери и театру „Madlenianum“ у Београду.

Промоција менталног здравља, савремени приступ лечењу шизофреније и третирање когнитивних дефицита теме су које ће бити обрађене током три дана Конгреса. Размотрићемо како нове технике неуронауке, психофармакологије и психотерапије могу практично да се користе за подршку људима погођеним менталним болестима, њиховим породицама и пријатељима, групама у заједници, научним истраживачима и свим стручњацима у области менталног здравља.

Конгрес ће окупити клинике, истраживаче и лидере организација заинтересованих страна из области менталног здравља пружајући изузетан програм пленарних предавања, индустријских симпозијума и усмених презентација. Посебан фокус Конгреса биће предавање међународно признатог стручњака, **проф. др Стефана Штала**.

Посебну захвалност дугујемо **Министарству здравља Републике Србије** на подршци, позваним предавачима из земље и иностранства чије присуство гарантује веома висок ниво конгреса, али и спонзорима без који не би било могуће организовати овако велики скуп из области психијатрије.

Надам се да ће Вам овај Конгрес бити од велике користи. Желим Вам угодан боравак за време трајања Конгреса и надам се да ћете искористити слободно време како бисте уживали у лепотама Београда.

Срдачно,

Председник Конгреса
Доц. др Ивана Сташевић Карличић



ОПШТЕ ИНФОРМАЦИЈЕ О КОНГРЕСУ

РЕГИСТРАЦИЈА

Регистрациони пулт налази се у холу Опере и тетра „Madlenianum“. Радно време регистрационог пулта је од 11.00 до 19.00h првог и трећег дана, односно од 09 до 21.00h другог дана Конгреса.

КОТИЗАЦИЈА ЗА КОНГРЕС (на лицу места):

- 15.000 РСД (120 €) за сва три дана Конгреса
- 6.000 РСД (60 €) за Школу ургентне психијатрије

Котизација за Конгрес обухвата присуство научном програму Конгреса, предконгресном и постконгресном симпозијуму, конгресни материјал, сертификат о учешћу, кафе паузу за сва три дана Конгреса и ручак на дан Конгреса.

Котизација за Школу ургентне психијатрије обухвата присуство научном програму Школе и сертификат о учешћу.

СВЕЧАНО ОТВАРАЊЕ КОНГРЕСА

Одржаће се 10. октобра 2018. године, од 18.30 до 19.00 часова у Великој сали Опере и театра „Madlenianum“:

- обраћање председника Почасног одбора, ас. др Златибора Лончара, министра здравља Републике Србије
- обраћање председника Конгреса, доц. др Иване Сташевић Карличић
- подела захвалница
- културно-уметнички програм

АКРЕДИТАЦИЈА КОНГРЕСА И ПОТВРДА О УЧЕШЋУ НА КОНГРЕСУ

Здравствени савет Србије акредитовао је Други национални конгрес болничке психијатрије са међународним учешћем као четири засебна скупа:

1. Национални симпозијум са међународним учешћем:

„Ментално здравље: јавноздравствена политика, унапређење и превенција“
(акредитациони број: А-1-1421/18) - 9 бодова за предаваче, 5 бодова за пасивно учешће, 8 бодова за усмену презентацију и 0,5 бодова осталим коауторима усмене презентације (до 3 аутора)

2. Национални симпозијум: „Схизофренија и други психотични поремећаји“

(акредитациони број: А-1-1423/18) - 8 бодова за предаваче, 4 бода за пасивно учешће, 7 бодова за усмену презентацију и 0,5 бодова осталим коауторима усмене презентације (до 3 аутора)

3. Други национални конгрес болничке психијатрије са међународним учешћем

(акредитациони број: А-1-1420/18) - 13 бодова за предаваче, 8 бодова за пасивно учешће, 11 бодова за усмену презентацију и 0,5 бодова осталим коауторима усмене презентације (до 3 аутора)

4. Национални симпозијум:

„Когнитивни поремећаји и гранична подручја психијатрије и неурологије“
(акредитациони број: А-1-1422/18) - 8 бодова за предаваче, 4 бода за пасивно учешће, 7 бодова за усмену презентацију и 0,5 бодова осталим коауторима усмене презентације (до 3 аутора)

На Конгресу ће бити одржана и **Школа ургентне психијатрије** која је, такође, акредитована као национални курс прве категорије (акредитациони број: А-1-1419/18) - 12 бодова за предаваче и 6 бодова за пасивно учешће.

Сви регистровани учесници добиће **сертификате о учешћу на научним скуповима** за које су уплатили котизацију и за које су се регистровали. Сертификати се могу преузети у петак, 12. октобра 2018. године од 11.00 до 19.00 часова. Учесници су у обавези да попуне евалуационе листе на регистрационом пулту, након чега ће им бити уручен сертификат.

ИДЕНТИФИКАЦИЈА УЧЕСНИКА КОНГРЕСА

Приликом регистрације, сви учесници са плаћеном котизацијом ће добити беџ са тракицом и обавезни су да носе исте током научног програма Конгреса. У случају губитка беџа, нови беџ се издаје само уз поновну уплату котизације.

Боје бецева могу бити:

- плава за чланове Почасног одбора Конгреса
- црвена за чланове Научног / Организационог одбора Конгреса / Секретаријата
- наранџаста за предаваче на Конгресу
- зелена за учеснике Конгреса

ИЗЛОЖБА

Изложба фармацеутских кућа биће отворена све време трајања научног програма.

ОСИГУРАЊЕ

Организатори Конгреса се не могу сматрати одговорним у случају одлагања или прекида Конгреса због непредвиђених разлога који су изван њихове контроле. Такође, организатор Конгреса неће бити одговоран за повреде учесника Конгреса, као и губитак или оштећење њихове имовине током Конгреса или свих других пратећих дешавања током Конгреса.

Регистрација учесника подразумева прихватање ових услова.

МОБИЛНИ ТЕЛЕФОНИ

Употреба мобилних телефона је строго забрањена у току трајања научног програма Конгреса - у великој и малој сали. Молимо Вас да проверите да ли сте искључили своје мобилне телефоне пре уласка у салу.

ПРОГРАМ КОНГРЕСА

**ПРЕДКОНГРЕСНИ СИМПОЗИЈУМ:
„Ментално здравље - јавноздравствена политика, унапређење и превенција“**

ВЕЛИКА САЛА		
11:00-19:00	Регистрација учесника	
12:00-12:20	Shyamantha Das, MD, PhD Department of psychiatry, Gauhati Medical College Hospital, Guwahati, India	Global psychiatry: A LAMIC perspective
12:20-12:40	Проф. др Весна Бјеговић Микановић Медицински факултет, Универзитет у Београду	Јавноздравствени изазови унапређења менталног здравља
12:40-13:00	Др сци. мед. Верица Јовановић Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“	Ментално здравље и здравствена заштита у Републици Србији
13:00-13:20	Доц. др Ивана Сташевић Карличић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици)	Имплементација Закона о заштити лица са менталним сметњама
13.20-13.40	Проф. др Александар Дамјановић Клиника за психијатрију КЦ Србије Медицински факултет, Универзитет у Београду	Стратегија развоја заштите менталног здравља за период 2018-2022. године
13:40-14:00	Др Ивана Божовић Радио-телевизија Србије	Улога медија у унапређењу менталног здравља
14:00-14:20	Доц. др Зоран Букумирић Катедра за мед. статистику и информатику Медицински факултет, Универзитет у Београду	Мета-анализа у психијатрији
14:20-14:40	Проф. др Славица Ђукић Дејановић Кабинет министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику, Влада Републике Србије	Ментално здравље кроз циљеве одрживог развоја Агенде 2030 Европске уније
14:40-14:50	Доц. др Владан Ђорђевић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Фармацеутско-здравствени факултет, Универзитет у Травнику, Босна и Херцеговина	Једногодишња кампања Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ у унапређењу менталног здравља становништва
14:50-15:05	Др Александра Гавриловић Специјална болница за психијатријске болести „Ковин	Ментално здравље – прошлост, садашњост и будућност
15:05-15:20	Др Татјана Воскресенски Специјална болница за психијатријске болести „Славољуб Бакаловић“ Вршац	Искуства и изазови Центра за ментално здравље у Вршцу
15:20-15:50	Кафе пауза (сала Bel Etage)	
15:50-16:05	Др Јован Миловановић Специјална болница за психијатријске болести „Свети врачевци“ Нови Кнежевац	Искуства и изазови Центра за ментално здравље у Кикинди
16:05-16:20	Др Милан Станојковић Специјална болница за психијатријске болести „Горња Топоница“ Ниш	Искуства и изазови Центра за ментално здравље „Mediana“ у Нишу
16:20-16:35	Снежана Симовић Драганић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Искуства и изазови Центра за ментално здравље у Београду
16:35-16:50	Др сци. мед. Гордана Пауновић Милосављевић Клиника за психијатријске болести	Саветовалиште „Отворена врата“ Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“

	„Др Лаза Лазаревић“	
16:50-17:05	Stojan Bajraktarov, Msc, PhD University Clinic of Psychiatry Skopje University “St. Cyril and Methodius” Republic of Macedonia	The mental health reform in Republic of Macedonia – Need and Necessity
17:05-17:25	Мр сц. Татјана Суботић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Улога здравствених сарадника у унапређењу менталног здравља
17:25-17:45	Проф. др Иван Димитријевић Медицински факултет, Универзитет у Београду	Препознавање коморбидитета болести зависности и других психијатријских и соматских обољења - важна карика у унапређењу менталног здравља популације
17:45-18:05	Проф. др Радан Стојановић Институт за фармакологију, кл. фармацију и токсикологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду	Поремећаји исхране код спортиста
18:05-18:25	Др Јелена Јовановић Симић Музеј науке и технике, Београд	Ка новом медицинском музеју у Србији – Музеј психијатрије Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“
18:30-19:00	СВЕЧАНО ОТВАРАЊЕ КОНГРЕСА	

**Национални курс прве категорије:
ШКОЛА УРГЕНТНЕ ПСИХИЈАТРИЈЕ**

МАЛА САЛА		
15:50-16:20	Др сци. мед. Јелена Ђорђевић Др сци. мед. Горица Ђокић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Психомоторна агитација: етиологија, диференцијална дијагноза и третман
16:20-16:40	Доц. др Ивана Сташевић Карличић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици)	Делиријум: етиологија, патогенеза, диференцијална дијагноза, третман и превенција
16:40-17:00	Др Небојша Живковић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Суицидалност: епидемиологија, етиологија, третман и превенција
17:00-17:20	Др Милена Сташевић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Нежељена дејства психофарматика као хитна стања у психијатрији: механизам настанка, дијагноза и диференцијална дијагноза, третман и превенција
17:20-17:40	Др Ана Опанковић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Принудна хоспитализација: медицински и правни аспект
17:40-18:00	Дискусија	

ЧЕТВРТАК, 11. ОКТОБАР 2018. ГОДИНЕ

**КОНГРЕСНИ СИМПОЗИЈУМ:
„Схизофренија и други психотични поремећаји“**

ВЕЛИКА САЛА		
09:00-21:00	Регистрација учесника	
10:00-10:20	Доц. др Ивана Сташевић Карличић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици)	Однос трошкова и ефикасности арипипразола наспрот оланзапину код дуготрајног лечења схизофреније
10:20-11:20	Stephen M. Stahl, MD, PhD, Dsc (Hon) United States of America	Using antipsychotic pharmacodynamics and pharmacokinetics to choose a medication and to dose long acting injectables
11:20-12:20	Спонзорско предавање – Eupharm	
12:20-12:50	Кафе пауза (сала Bel Etage)	
12:50-13:10	Доц. др Милица Пејовић Милованчевић Институт за ментално здравље Београд Медицински факултет, Универзитет у Београду	Болничко лечење деце и адолесцената – има ли промене у последње две деценије?
13:10-13:30	Проф. др Ивана Тимотијевић Медицински факултет, Универзитет у Београду	Дисфункционалност менталних кругова ЦНС од симптома до психофармакотерапије
13:30-13:50	Доц. др Владимир Ђорђевић Клиника за заштиту мент. здравља, КЦ Ниш Медицински факултет, Универзитет у Нишу	Третман когнитивних симптома схизофреније
13:50-14:10	Проф. др Милан Латас Клиника за психијатрију, КЦ Србије Медицински факултет, Универзитет у Београду	Схизофренија из аспекта КБТ
14:10-14:30	Проф. др Мирослава Јашовић Гашић Медицински факултет, Универзитет у Београду	Терапорезистенција као замка за полифармацију
14:30-14:50	Dragana Ignjatović Ristić, MD, PhD Clinical Center Kragujevac – Clinic for psychiatry Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Serbia	Addressing barriers to clozapine underutilization
14:50-15:10	Доц. др Маја Ивковић Клиника за психијатрију, КЦ Србије Медицински факултет, Универзитет у Београду	Нови терапијски правци у лечењу схизофреније
15:10-15:30	Др Милена Сташевић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Фактори повезани са поштовањем смерница добре клиничке праксе у третману хоспитализованих пацијената са првом епизодом схизофреније
15:30-16:30	Спонзорско предавање – Actavis	
16:30-17:30	Пауза за ручак (сала Bel Etage)	
17:30-17:50	Др Маја Томашек Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Различити синдроми у оквиру схизофреније
17:50-18:10	Др Горан Ђинђић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Поремећај личности и схизофренија и ризик од агресивног и криминогеног понашања
18:10-18:30	Др сци. мед. Катарина Ђокић Пјешчић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Клиничка форма схизофреније и карактеристике емоционалног профила личности значајних у настанку депресивности и суицидалног ризика у схизофренији
	Др сци. мед. Весна Стефановић	Ефекат антипсихотика на метаболичке

18:30-18:50	Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	параметре у првој епизоди шизофреније
18:50-19:10	Доц. др Тијана Цветић, спец. мед. психологије Клиника за психијатрију, КЦ Србије Факултет здравствених, правних и пословних студија „Singidunum“	Да ли антипсихотици имају утицај на израженост меких неуролошких знакова код особа оболелих од шизофреније?
19:10-19:30	Др Ђорђе Ђурчић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Утицај дозиране физичке активности на симптоме болести код особа са шизофренијом
19:30-19:50	Др Небојша Живковић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Фармакотерапија перзистентних поремећаја са суманутошћу
19:50-20:10	Др Јасмина Смаић Хасановић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Симптоматска психоза у оквиру системског лупуса
20:10-20:30	Зорана Филиповић, спец. мед. психологије Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Повезаност процене породичног функционисања и актуелног психичког стања код пацијената који болују од поремећаја из шизофреног спектра

ПЕТАК, 12. ОКТОБАР 2018. ГОДИНЕ

ПОСТКОНГРЕСНИ СИМПОЗИЈУМ:
„Когнитивни поремећаји и гранична подручја психијатрије и неурологије“

ВЕЛИКА САЛА		
11:00-19:00	Регистрација учесника	
12:00-12:20	Доц. др Ивана Сташевић Карличић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици)	Фактори ризика за смртност пацијената са дијагнозом делиријума у јединици интензивне психијатријске неге
12:20-12:40	Проф. др Слободан Јанковић, Клиника за психијатрију КЦ Крагујевац Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу	Когнитивни поремећаји изазвани лековима код старих особа
12:40-13:00	Mirjana Tatarević, MD, PhD NKS Olaviken alderpsykiatriske sykehus, Erdal, Norway	Biomarkers in dementia
13:00-13:20	Проф. др Владимир Јањић Клиника за психијатрију КЦ Крагујевац Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу	Актуелни приступ у третману агитације код пацијената са Алцхајмеровом болешћу
13:20-13:40	Prof. dr Alma Mihaljević-Peleš Klinika za psihijatriju KBC Zagreb Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatska	Kognitivne promjene u psihičkim poremećajima – terapijski pristup
13:40-14:00	Проф. др Драган Павловић Факултет за специјалну едукацију и реhabилитацију, Универзитет у Београду	Фронтотемпоралне деменције

14:00-14:20	Nevena Divac, MD, PhD Department of Pharmacology, Clinical Pharmacology and Toxicology, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Serbia	Antipsychotic medications in the treatment of psychosis in patients with parkinson's disease
14:20-14:40	Проф. др Снежана Филиповић-Данић Клиника за неуропсихијатрију КБЦ Косовска Митровица Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици)	Депресија и анксиозност - постикталне компликације možданог удара
14:40-15:00	Igor Pantić, MD, PhD Faculty of Medicine, Institute of Medical Physiology University of Belgrade, Serbia University of Haifa, Israel	Chromatin textural parameters of blood neutrophils are associated with stress levels in patients with recurrent depressive disorder
15:00-15:30	Кафе пауза (сала Bel Etage)	
15:30-15:50	Др сци. мед. Јелена Ђорђевић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Когнитивни аспекти шизофреније
15:50-16:10	Асс. др Александра Павловић Клиника за неурологију КЦ Србије Медицински факултет, Универзитет у Београду	Васкуларне деменције и васкуларне компоненте у деменцијама
16:10-16:30	Др сци. мед. Горица Ђокић Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“	Продромална и блага деменција у Алцхајмеровој болести - клинички аспекти и дијагноза
16:30-16:50	Асс. др Бранимир Радмановић Клиника за психијатрију КЦ Крагујевац Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу	Фармакотерапијски трендови у прописивању терапије бихејвиоралних и психолошких симптома деменције пацијената оболелих од Алцхајмерове деменције
16:50-17:10	Др Марко Мирић, сарадник у настави Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици)	Психијатријске манифестације Паркинсонове болести
17:10-17:30	Доц. др Ненад Милошевић Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици)	Утицај различитих фактора на когнитивне функције особа са епилепсијом
17:30-17:50	Доц. др Векослав Митровић Медицински факултет Фоча, Универзитет у Источно Сарајеву, Босна и Херцеговина	Неуропатска бол - неуролошки и психијатријски поремећаји

ЗБОРНИК РАДОВА

САДРЖАЈ:

СРЕДА, 10. октобар 2018.	5
1. GLOBAL PSYCHIATRY: A LAMIC PERSPECTIVE	6
2. ЈАВНОЗДРАВСТВЕНИ ИЗАЗОВИ УНАПРЕЂЕЊА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА	7
3. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИ	9
4. ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА ЗАКОНА О ЗАШТИТИ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ СМЕТЊАМА	10
5. СТРАТЕГИЈА РАЗВОЈА ЗАШТИТЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА ЗА ПЕРИОД 2018-2022. ГОДИНЕ	11
6. УЛОГА МЕДИЈА У УНАПРЕЂЕЊУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА	13
7. МЕТА-АНАЛИЗА У ПСИХИЈАТРИЈИ	15
8. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ КРОЗ ЦИЉЕВЕ ОДРЖИВОГ РАЗВОЈА АГЕНДЕ 2030 ЕВРОПСКЕ УНИЈЕ	16
9. ЈЕДНОГОДИШЊЕ КАМПАЊЕ КЛИНИКЕ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ „ДР ЛАЗА ЛАЗАРЕВИЋ“ У УНАПРЕЂЕЊУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА	17
10. МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ – ПРОШЛОСТ, САДАШЊОСТ И БУДУЋНОСТ	18
11. ИСКУСТВА И ИЗАЗОВИ ЦЕНТРА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ У ВРШЦУ	19
12. ИСКУСТВА И ИЗАЗОВИ ЦЕНТРА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ У КИКИНДИ	20
13. ИСКУСТВА И ИЗАЗОВИ ЦЕНТРА ЗА ЗАШТИТУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА У ЗАЈЕДНИЦИ „MEDIANA“ У НИШУ	21
14. ИСКУСТВА И ИЗАЗОВИ ЦЕНТРА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ У БЕОГРАДУ	22
15. САВЕТОВАЛИШТЕ „ОТВОРЕНА ВРАТА“ КЛИНИКЕ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ „ДР ЛАЗА ЛАЗАРЕВИЋ“	23

16. THE MENTAL HEALTH REFORM IN REPUBLIC OF MACEDONIA – NEED AND NECESSITY	24
17. УЛОГА ЗДРАВСТВЕНИХ САРАДНИКА У УНАПРЕЂЕЊУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА.....	25
18. ПРЕПОЗНАВАЊЕ КОМОРБИДИТЕТА БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ И ДРУГИХ ПСИХИЈАТРИЈСКИХ И СОМАТСКИХ ОБОЉЕЊА - ВАЖНА КАРИКА У ЗАШТИТИ И УНАПРЕЂЕЊУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА ПОПУЛАЦИЈЕ	26
19. ПОРЕМЕЋАЈИ ИСХРАНЕ КОД СПОРТИСТА.....	27
20. КА НОВОМ МЕДИЦИНСКОМ МУЗЕЈУ У СРБИЈИ: МУЗЕЈ ПСИХИЈАТРИЈЕ КЛИНИКЕ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ „ДР ЛАЗА ЛАЗАРЕВИЋ“ У БЕОГРАДУ	28
ЧЕТВРТАК, 11. октобар 2018.	30
21. ОДНОС ТРОШКОВА И ЕФИКАСНОСТИ АРИПИПРАЗОЛА НАСУПРОТ ОЛАНЗАПИНУ КОГ ДУГОТРАЈНОГ ЛЕЧЕЊА СХИЗОФРЕНИЈЕ	31
22. USING ANTIPSYCHOTIC PHARMACODYNAMICS AND PHARMACOKINETICS TO CHOOSE A MEDICATION AND TO DOSE LONG ACTING INJECTABLES.....	32
23. БОЛНИЧКО ЛЕЧЕЊЕ ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА – ИМА ЛИ ПРОМЕНЕ У ПОСЛЕДЊЕ ДВЕ ДЕЦЕНИЈЕ?	33
24. ДИСФУНКЦИОНАЛНОСТ МЕНТАЛНИХ КРУГОВА ЦНС ОД СИМПТОМА ДО ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЈЕ	34
25. ТРЕТМАН КОГНИТИВНИХ СИМПТОМА СХИЗОФРЕНИЈЕ.....	35
26. СХИЗОФРЕНИЈА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ КБТ	37
27. ТЕРАПОРЕЗИСТЕНЦИЈА КАО ЗАМКА ЗА ПОЛИФАРМАЦИЈУ	38
28. ADDRESSING BARRIERS TO CLOZAPINE UNDERUTILIZATION	39
29. НОВИ ТЕРАПИЈСКИ ПРАВЦИ У ЛЕЧЕЊУ СХИЗОФРЕНИЈЕ.....	41
30. ФАКТОРИ ПОВЕЗАНИ СА ПОШТОВАЊЕМ СМЕРНИЦА ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ У ТРЕТМАНУ ХОСПИТАЛИЗОВАНИХ ПАЦИЈЕНАТА СА ПРВОМ ЕПИЗОДОМ СХИЗОФРЕНИЈЕ	42
31. РАЗЛИЧИТИ СИНДРОМИ У ОКВИРУ СХИЗОФРЕНИЈЕ - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА	43

32. ПСИХОПАТИЈА У СХИЗОФРЕНИЈИ И РИЗИК ОД АГРЕСИВНОГ И КРИМИНОГЕНОГ ПОНАШАЊА	44
33. КЛИНИЧКА ФОРМА СХИЗОФРЕНИЈЕ И КАРАКТЕРИСТИКЕ ЕМОЦИОНАЛНОГ ПРОФИЛА ЛИЧНОСТИ ЗНАЧАЈНИ У НАСТАНКУ ДЕПРЕСИВНОСТИ И СУИЦИДАЛНОГ РИЗИКА У СХИЗОФРЕНИЈИ	45
34. ЕФЕКАТ АНТИПСИХОТИКА НА МЕТАБОЛИЧКЕ ПАРАМЕТРЕ У ПРВОЈ ЕПИЗОДИ СХИЗОФРЕНИЈЕ	46
35. ДА ЛИ АНТИПСИХОТИЦИ ИМАЈУ УТИЦАЈ НА ИЗРАЖЕНОСТ МЕКИХ НЕУРОЛОШКИХ ЗНАКОВА КОД ОСОБА ОБОЛЕЛИХ ОД СХИЗОФРЕНИЈЕ?	47
36. УТИЦАЈ ДОЗИРАНЕ ФИЗИЧКЕ АКТИВНОСТИ НА СИМПТОМЕ БОЛЕСТИ КОД ОСОБА СА СХИЗОФРЕНИЈОМ	48
37. ФАРМАКОТЕРАПИЈА ПЕРЗИСТЕНТНИХ ПОРЕМЕЋАЈА СА СУМАНУТОШЋУ	49
38. СИМПТОМАТСКА ПСИХОЗА У ОКВИРУ СИСТЕМСКОГ ЛУПУСА-ПРИКАЗ СЛУЧАЈА	51
39. УТИЦАЈ ПОРОДИЧНОГ ФУНКЦИОНИСАЊА НА АКТУЕЛНО ПСИХИЧКО СТАЊЕ И ПОЈАВУ РЕЛАПСА КОД ПАЦИЈЕНАТА КОЈИ БОЛУЈУ ОД ПОРЕМЕЋАЈА ИЗ ПСИХОТИЧНОГ СПЕКТРА	53
ПЕТАК 12. октобар – ВЕЛИКА САЛА	54
40. ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА СМРТНОСТ ПАЦИЈЕНАТА СА ДИЈАГНОЗОМ ДЕЛИРИЈУМА У ЈЕДИНИЦИ ИНТЕНЗИВНЕ ПСИХИЈАТРИЈСКЕ НЕГЕ	55
41. КОГНИТИВНИ ПОРЕМЕЋАЈИ ИЗАЗВАНИ ЛЕКОВИМА КОД СТАРИХ ОСОБА	57
42. BIOMARKERS IN DEMENTIA	58
43. АКТУЕЛНИ ПРИСТУП У ТРЕТМАНУ АГИТАЦИЈЕ КОД ПАЦИЈЕНАТА СА АЛЦХАЈМЕРОВОМ БОЛЕШЋУ	59
44. KOGNITIVNE PROMJENE U PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA – TERAPIJSKI PRISTUP	61
45. ФРОНТОТЕМПОРАЛНЕ ДЕМЕНЦИЈЕ	62
46. ANTIPSYCHOTIC MEDICATIONS IN THE TREATMENT OF PSYCHOSIS IN PATIENTS WITH PARKINSON’S DISEASE	63

47. ДЕПРЕСИЈА И АНКСИОЗНОСТ - ПОСТИКТАЛНЕ КОМПЛИКАЦИЈЕ МОЖДАНОГ УДАРА	64
48. CHROMATIN TEXTURAL PARAMETERS OF BLOOD NEUTROPHILS ARE ASSOCIATED WITH STRESS LEVELS IN PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER.....	65
49. КОГНИТИВНИ АСПЕКТИ СХИЗОФРЕНИЈЕ	66
50. ВАСКУЛАРНЕ ДЕМЕНЦИЈЕ И ВАСКУЛАРНЕ КОМПОНЕНТЕ У ДЕМЕНЦИЈАМА	67
51. ПРОДРОМАЛНА И БЛАГА ДЕМЕНЦИЈА У АЛЦХАЈМЕРОВОЈ БОЛЕСТИ - КЛИНИЧКИ АСПЕКТИ И ДИЈАГНОЗА	68
52. ФАРМАКОТЕРАПИЈСКИ ТРЕНДОВИ У ПРОПИСИВАЊУ ТЕРАПИЈЕ БИХЕЈВИОРАЛНИХ И ПСИХОЛОШКИХ СИМПТОМА ДЕМЕНЦИЈЕ, ПАЦИЈЕНАТА ОБОЛЕЛИХ ОД АЛЦХАЈМЕРОВЕ ДЕМЕНЦИЈЕ.....	70
53. ПСИХИЈАТРИЈСКЕ МАНИФЕСТАЦИЈЕ ПАРКИНСОНОВЕ БОЛЕСТИ	71
54. УТИЦАЈ РАЗЛИЧИТИХ ФАКТОРА НА КОГНИТИВНЕ ФУНКЦИЈЕ ОСОБА СА ЕПИЛЕПСИЈОМ	72
55. НЕУРОПАТСКИ БОЛ – НЕУРОЛОШКИ И ПСИХИЈАТРИЈСКИ ПОРЕМЕЋАЈИ.....	73

СРЕДА, 10. ОКТОБАР 2018. године

Предконгресни симпозијум:

**„Ментално здравље - јавноздравствена политика,
унапређење и превенција“**

GLOBAL PSYCHIATRY: A LAMIC PERSPECTIVEShyamanta Das¹*¹Department of Psychiatry, Gauhati Medical College Hospital, Bhangagarh, India*

World Bank lists 31 countries as low income. In addition, there are 53 lower middle and 56 upper middle income countries. The rest are high income countries. This division is based solely on income. Countries belonging to one particular group show multiple diversities. Yet, this is an accepted concept. So, is the terminology of low and middle income countries; in short, LAMIC. If we take India as a prototype of LAMIC, we can see the huge patient population in these areas. At the same time exists a big gap between service users and service providers in terms of mental healthcare. This results in tremendous clinical experience and expertise of the healthcare team. But, when we look into the translation of this experience and expertise into research work, the quality or rather the lack of it strikes out. It is represented in failure to enter the major bibliographic databases of global scientific literature. Till July 2007, only 4.1% journals from upper middle income countries are indexed there. There was no psychiatric journals from low income countries. All the others were from high income countries. More than 80% of the world population live in LAMIC. The greatest burden of mental disorders is borne by them. Yet, the representation of scientific literature depicting the plight of this population is conspicuous by its scarcity. “The 5/95 gap” to denote the indexation in major international bibliographic databases of psychiatric journals coming from LAMIC, “contribute to the difficulties in achieving fair representation in the main literature databases for the scientific production in these countries” and “a major obstacle to disseminating LAMIC research is the scarcity of indexed journals with a strong LAMIC focus”. The Open Journal of Psychiatry & Allied Sciences, popularly known as OJPAS® aims to promote behavioural science in LAMIC. To consolidate this noble cause, the Society for Mental Health in LAMIC (SoMHiL) joined hands. They strive to form a global consortium where contributors from both LAMIC and non-LAMIC will act in tandem to bring psychiatry related research into the global platform. This shall ultimately translate into reducing the LAMIC-non-Lamic gap and bringing them at par.

ЈАВНОЗДРАВСТВЕНИ ИЗАЗОВИ УНАПРЕЂЕЊА МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Весна Бјеговић-Микановић¹

¹*Центар Школа јавног здравља и здравственог менаџмента и Институт за социјалну медицину, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија*

Увод/Циљ: Унапређење менталног здравља представља један од водећих приоритета међународне заједнице и бројних земаља, инспирисан јавноздравственим изазовима и одрживим развојем, а посебна пажња се посвећује социјалним детерминантама менталног здравља. Значајно усмеравање ка промоцији менталног здравља постаје очигледно у новом миленијуму када поремећаји менталног здравља доприносе са 25% глобалном оптерећењу неспособностима. Циљ овог прегледа је да се расветле изазови унапређења менталног здравља путем приступа основним областима деловања у јавном здрављу Европе.

Метод: употребљен у овој анализи је наративни преглед заснован на публикованим радовима и документима јавноздравствене политике. Поред докумената међународних организација повезаних са одрживим развојем, посебно су биле у фокусу здравствене политике Светске здравствене организације и међународни радови који расветљавају унапређење менталног здравља. Анализа се односи на комплементарност препорука у публикованој литератури са јавноздравственим приступом на основу кога сви имају једнаку прилику да реализује ментално благостање током животног века. Преглед није ограничен на изазове менталног здравља и укључује специфичне области посвећене развоју универзалне здравствене заштите. Као оквир за анализу послужило је десет области деловања у јавном здрављу Европе – *Essential Public Health Operations* (EPHOs).

Резултати: Полазећи од глобалног и европског акционог плана за ментално здравље (2013-2020), савремени јавноздравствени приступ менталном здрављу у свим животним добрима почиње са праћењем и надзором над менталним здрављем, укључујући праћење и припремљеност на одговор у ванредним ситуацијама (EPHO1,2). Пружање јавноздравствених услуга огледа се кроз промоцију менталног здравља, превенцију, подршку ефикасној, квалитетној и приступачној терапији на свим нивоима, рехабилитацији и опоравку (EPHO3,4,5). Бројна истраживања показују да је за унапређење менталног здравља важан развој менталне здравствене писмености, укључивање пацијената и особа под ризиком у планирање интервенција и примена савремених апликација мобилних технологија. Јавноздравствене области које омогућавају унапређење менталног здравља односе се на управљање, развој кадрова, финансирање (укључујући и мере за приватни сектор), комуникације и истраживања (EPHO6,7,8,9,10). Запажена је иницијатива развоја мултидисциплинарних тимова за ментално здравље у примарној здравственој заштити и заједници. Посебно место заузима недавно усвојена консензус изјава о развоју ефективних и утицајних кадрова за заштиту менталног здравља у Европи.

Овај преглед расветљава и примере добрих пракси за унапређење менталног здравља које су засноване на приступу животних доби.

Закључак: Јавноздравствени изазови унапређења менталног здравља захтевају пажњу свих заинтересованих страна и мулти-секторски одговор у здравственој политици, инвестицијама, здравственим услугама, акцијама у заједници, праћењу и истраживању менталног здравља. Анализа постојеће ситуације указује на потребу за иновативним приступима, за образовањем мултидисциплинарних тимова и доказима из истраживања која објашњавају потребе и могућности економски исплативих интервенција које стварају отпорне заједнице и свет унапређеног менталног здравља.

МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ И ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА У РЕПУБЛИЦИ СРБИЈИВерица Јовановић¹¹*Институт за јавно здравље Србије „Др Милан Јовановић Батут“, Београд, Србија*

Ментално здравље представља јавноздравствени и национални капитал и пресудно је за достизање свеобухватног благостања грађана, друштава и држава. Ментално здравље захтева савремену и доступну здравствену заштиту која прати промене како у стиловима живота људи, тако и у доступним и потребним ресурсима на националном нивоу.

Брига друштва и заједнице, као и организација здравствене заштите у Србији, прати нове изазове и у области менталног здравља становништва Републике Србије. Усмеравање пажње ка превенцији менталних поремећаја и унапређењу менталног здравља у оквиру националне политике, законодавства, доношења одлука и додељивања средстава представља кључни метод за унапређење здравља становништва у целини. Ментално здравље представља једну од највећих вредности људског бића и предуслов за постизање и унапређење квалитета живота. Инвестирање у ментално здравље предуслов је социјалног и економског развоја.

Према проценама Светске здравствене организације оптерећеност менталним поремећајима, поремећајима понашања и психосцијалним проблемима на светском нивоу досеже до броја од око 450 милиона људи. Депресија је постала један од главних узрока глобалног оптерећења болестима. У Републици Србији, посебно након тешке и кризне последње деценије 20. века, преживљени стрес и трауме оставили су психолошке последице на становништво, посебно на рањиве категорије. Такође, према резултатима Истраживања здравља становништва Србије (2013. година), симптоми депресије су посебно препознати у популацији старих и најсиромашнијих, док је изложеност стресу пријавио сваки други испитаник (56,6%), највише жене и становници у старосном добу између 35 и 64 године. Ове популационе групе су кључне за системско планирање интервенција у циљу унапређења менталног здравља, јер се ради о највећем делу радно активног становништва. У таквим околностима, изазови за укупан систем здравствене заштите су бројни и захтевају мултисекторски приступ у решавању.

Процес реформи у области заштите менталног здравља покренуо је трансформацију служби, истакао важност заштите у заједници, као и континуиране едукације кадрова и спровђење кампања усмерених против стигматизације особа са поремећајима менталног здравља. Неопходно је развити програме за све нивое превенције (примарну-универзалну, селективну и индикувану, секундарну и терцијарну), као и специјалне интервенције за поједине циљне популационе групе под повећаним ризиком.

ИМПЛЕМЕНТАЦИЈА ЗАКОНА О ЗАШТИТИ ЛИЦА СА МЕНТАЛНИМ СМЕТЊАМА

Ивана Сташевић Карличкић^{1,2}, Снежана Симовић Драганић¹, Владан Ђорђевић^{1,3}

¹ Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Београд, Србија

² Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици), Србија

³ Фармацеутско-здравствени факултет, Универзитет у Травнику, Босна и Херцеговина

Почев од 2005. године Закон о здравственој заштити прописао је да ће се начин и поступак, као и организација и услови особа са менталним поремећајима, односно смештај ових лица дефинисати посебним законом. Доношењу Закона о заштити лица са менталним сметњама 2013. године претходила је Стратегија развоја заштите менталног здравља, у чијем је акционом плану, као саставном документу, било дефинисано доношење оваквог закона у наредном периоду. Закон о заштити лица са менталним сметњама донет је 2013. године и представља прекретницу у унапређењу менталног здравља јер дефинише све аспекте особа са менталним поремећајима. У раду је, након сагледавања положаја лица са менталним сметњама, извршена анализа појединих аспеката лица са менталним сметњама, и то: 1) права лица са менталним сметњама на лечење у процесу деинституционализације; 2) смештај лица са менталним сметњама у психијатријске установе, у смислу добровољне хоспитализације, принудне хоспитализације или на захтев трећег лица; 3) физичка ограничавања лица са менталним сметњама у психијатријским установама (физичко спутавање и изолација); 4) медицинска истраживања над лицима са менталним сметњама; 5) поступак са лицима са менталним сметњама, учиниоцима кривичних дела или прекршаја, као и поступање полиције у односу на лица са менталним сметњама. Иако је Закон о заштити лица са менталним сметњама у многа места помогао процесу деинституционализације и дестигматизације особа са менталним поремећајима, неопходно је приступити даљем унапређењу постојећих одредби Закона, те тиме унапредити ментално здравље у нашој земљи.

СТРАТЕГИЈА РАЗВОЈА ЗАШТИТЕ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА ЗА ПЕРИОД 2018-2022. ГОДИНЕ

Александар Дамјановић^{1,2}

¹*Клиника за психијатрију КЦ Србије, Београд, Србија*

²*Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија*

Регионална изјава о визији менталног здравља, договорена је од стране представника осам земаља Југоисточне Европе (Бугарска, Румунија, Молдавија, Албанија, Хрватска, Босна и Херцеговина, Србија и Црна Гора, Бивша Југословенска Република Македонија) у Синаји, септембра 2003. године и допуњена у Љубљани новембра 2003. године. Она се базира на следећим постулатима:

1. Ментално здравље је и даље често посматрано као ниски приоритет од стране влада и заједница;
2. У многим областима руковођење организацијом у менталног здравља је ограничено, а ресурси су неадекватни;
3. Доминантна култура занемаривања и изопштавања људи са менталним болестима опстаје, највише изражена у настављању постојања великих установа за ментално здравље, које не успевају да задовоље потребе, као и у кршењу права људи са менталним болестима;
4. Иницијатива за реформу заштите менталног здравља у региону Југоисточне Европе (ЈИЕ) развила се као одговор на нарастајуће схватање озбиљних и комплексних проблема у области менталног здравља у земљама које су у транзицији;

Ова заједничка изјава

1. Донета је од стране осам представника земаља које учествују у Пројекту менталног здравља ЈИЕ Јачање социјалне кохезије кроз интензивирање служби менталног здравља у заједници у Албанији, Босни и Херцеговини, Бугарској, Хрватској, Молдавији, Румунији, Србији и Црној Гори и Бившој Југословенској Републици Македонији.
2. Представља заједничку визију политике за ментално здравље и реформу служби унутар региона ЈИЕ која одражава регионални контекст унутар којег се реформе дешавају.
3. Позива на трајну акцију у циљу обезбеђивања следећег:
 - 3.1. Системи заштите менталног здравља у региону морају штитити људска
 - 3.2. Ментално здравље је национални капитал и представља интегрални део индивидуалног здравља и добробити
 - 3.3. Неопходно је да се развију и спроведу свеобухватни системи заштите менталног здравља који су засновани на доказима, који су делотворни, прихватљиви и одрживи.

- 3.4. Системи заштите менталног здравља морају покрити спектар потреба у менталном здрављу- од унапређења менталног здравља и иницијатива у превенцији менталних болести, до опоравка и превенције њиховог погоршања.
- 3.5. Старомодне психијатријске установе морају бити смањене и затворене.
- 3.6. Неопходан је развој ефикасног руковођења и партнерске акције од стране влада, релевантних стручних дисциплина, удружења корисника или пружаоца неге, као и удружења.

Стратегија развоја менталног здравља свакако представља кључни подстицај у трансформацији, реформацији, хуманизацији и модернизацији психијатријске службе Републике Србије.

УЛОГА МЕДИЈА У УНАПРЕЂЕЊУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉАИвана Божовић¹*¹Радио-телевизија Србије, Београд, Србија*

У свету око 450 милиона људи има неки ментални поремећај. Процењује се да је свака четврта особа у неком периоду свог живота погођена неким менталним поремећајем. По броју оболелих, депресија је у самом врху, зато се и сматра једним од највећих јавноздравствених проблема. Према подацима Светске здравствене организације у земљама Европе сваки 15. становник има симптоме депресије, а она је била заступљенија код: жена, старих и сиромашнијих. Расте број оболелих и у нашој земљи. Према подацима под називом „Истраживања здравља становништва Србије“ из 2013. године депресивне симптоме је имало 4,1% становништва и тај проценат је добијен на основу коришћења Упитника о здрављу пацијената. Нешто већи проценат оболелих од депресије је добијен на основу самопроцене, односно сопственог исказа испитаника (6,3%). Током извештавања о менталном здрављу становништва Србије уочено је да пацијенти са менталним поремећајима имају смањен квалитет живота, да су отуђени, стигматизовани. Такође је примећено да имају смањен квалитет живота, да се дуго лече, одуствују са посла или да су незапослени. Све то утиче и на емоционално и економско стање чланова породице који негују оболеле, али и на повећање трошкова заједнице. Колико је ментално здравље важно потврђује и дефиниција Светске здравствене организације по којој је здравље стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања. Зато је важно да га очувамо и унапредимо, а то једино можемо постићи едукацијом, превенцијом, стручним и правовременим третманом, али и подршком заједнице. У Србији још увек није довољно развијена свест о овим проблемима, зато је важно да се покрене медијска кампања.

Медијска кампања би трајала две године и ишла би у четири правца:

1. Редовно извештавање у најгледанијим и најчитанијим медијима. Једном недељно би се обрађивале разне теме из поља менталног здравља
2. Превентивни прегледи широм Србије (скрининг тестови на депресију, деменцију, анксиозност). Били би ангажовани психијатри и запослени из разних психијатријски установа у Србији.
3. Бесплатне трибине и предавања широм Србије
4. Хуманитарне акције на којима би се скупљао новац за реновирање психијатријских болница у Србији или изградњу нових одељења (аукција слика, аукција накита и предмета које праве штићеници ових установа, фудбалска утакмица, маратон). Током ових акција је потребно укључити што већи број јавних личности, које би послале

поруку да ментални поремећаји могу сваком да се десе и да је разумевање најбољи лек за душу.

У том периоду је потребно обезбедити подршку свих релевантних институција у земљи: министарства здравља, Републичког фонда за јавно здравље, здравствених установа које се баве психијатријским лечењем, удружења пацијената, фармацеутских компанија.

Циљ ове кампање јесте да се више прича о менталном здрављу и менталним поремећајима у Републици Србији јер је то једини начин да се ови поремећаји превенирају или адекватно лече. Већа видљивост би утицала на смањење стигме ових пацијената.

МЕТА-АНАЛИЗА У ПСИХИЈАТРИЈИ

Зоран Букумирић¹, Горан Трајковић¹

*¹Катедра за медицинску статистику и информатику, Медицински факултет,
Универзитет у Београду, Србија*

Мета-анализа као секундарни истраживачки метод је квантитативна синтеза резултата појединачних студија. У данашње време, у свим гранама медицине, постоји све веће интересовање за мета-анализу, пре свега због експоненцијалног раста објављених истраживања и доступности софтвера за њено извођење. Основни принцип у мета-анализи је да се израчуна величина ефекта сваке студије, да се она конвертује у заједничку метрику и комбинује у просечну величину ефекта. Поред тога, потребно је проценити хетерогеност студија укључених у мета-анализу и уколико је хетерогеност велика урадити анализу модератора кроз мета-регресију. Пре извођења закључка неопходно је извести и анализу сензитивности и публикационе пристрасности. Приликом интерпретације резултата приказује се обједињена вредност величине ефекта и 95% интервал поверења (из модела фиксних или случајних ефеката). Графички се мета-анализа најчешће приказује кроз форест плот са величином ефекта и варијабилитетом унутар студија. Главни циљ примене мета-анализе у психијатрији је сажимање велике количине информација из појединачних студија, чиме се добија већа статистичка снага детектовања ефекта од интереса па је генерализација закључака могућа на ширу популацију. Поред тога, мета-анализа омогућава тестирање хипотеза које не могу бити тестиране у појединачним студијама и може објаснити евентуално супротне закључке различитих студија.

МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ КРОЗ ЦИЉЕВЕ ОДРЖИВОГ РАЗВОЈА АГЕНДЕ 2030 ЕВРОПСКЕ УНИЈЕ

Славица Ђукић Дејановић¹

*¹Кабинет министра без портфеља задуженог за демографију и популациону политику,
Влада Републике Србије*

Агенда одрживог развоја до 2030. године донета је 2015. године у Уједињеним Нацијама и заменила је тзв. Миленијумске циљеве. Кроз 17 циљева одрживог развоја (SDG), 169 подциљева и преко 200 индикатора требало би да све земље које су усвојиле Агенду одреде сопствене приоритете међу циљевима. Србија је управо у актуелном периоду на задатку приоритизације циљева, посебно оних који се преклапају и подстичу ка активностима за чланство у Европској унији. И Агенда 2030 и хармонизација са ЕУ стандардима придају велики значај људским правима, а посебно осетљивним категоријама грађана. Овој популацији припадају и особе са ментални сметњама. Како је Србија међу пет европских земаља са најстаријим становништвом, социјално-здравствени аспекти оболелих старије животне доби, међу којима је и Алцхајмерова болест и други облици деменције, изискује конкретизацију одговора државе-међугенерациска солидарност, адекватна стручна помоћ, едукација неговатеља само су део одговора којим се постиже део предуслова за достојанство и дестигматизацију ових особа.

**ЈЕДНОГОДИШЊЕ КАМПАЊЕ КЛИНИКЕ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ
„ДР ЛАЗА ЛАЗАРЕВИЋ“ У УНАПРЕЂЕЊУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА
СТАНОВНИШТВА**

Владан Ђорђевић^{1,2}, Снежана Симовић Драганић¹, Ивана Сташевић Карличић^{1,3}

¹Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, Београд, Србија

² Фармацеутско-здравствени факултет, Универзитет у Травнику, Босна и Херцеговина

³ Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у
Косовској Митровици), Србија

Клиника је обележавањем Светског дана менталног здравља 10. октобра 2017. године на Тргу републике отпочела једногодишњу кампању „Разумевање је најбољи лек за душу“, под покровитељством Министарства здравља и уз подршку Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, као и Радио телевизије Србије. Циљ једногодишње кампање је промоција менталног здравља, његово унапређење организованим напорима друштва, дестигматизација особа са менталним поремећајима и спровођење активности деинституционализације у области психијатрије. Такође, Клиника је учествовала на 26. Јесењем фестивалу здравља у Београду под слоганом „Храбро по здравље“ у Дому војске, 02. и 03. новембра 2017. године, где су посетиоцима на располагању били стручњаци Клинике (специјалисти психијатрије, психолози, социјални радници и медицинске сестре-техничари), са којима су могли да обаве саветодавне разговоре, како о својим проблемима, тако и о проблемима својих најближих. Унутар Клинике, од 23. октобра 2017. године кренуо је са радом новоформирани Тим за унапређење менталног здравља у заједници који се састоји од два лекара, психолога и социјалног радника, који сваког понедељка и четвртка у месецу у периоду од 09.00 до 12.00 часова примају све заинтересоване грађане, без заказивања и упута, и са њима обавља консултације у виду саветодавног рада. Након успешно одржаног састанка челника Клинике и представника Caritas-a, Клиника се укључила у актуелни пројект „Promotion in mental health“. Задатак Клинике био је да едукује здравствене раднике из установа примарне здравствене заштите о законским регулативама и препорукама везаним за менталне поремећаје, упозна их са процесом деинституционализације у области менталног здравља и улогом примарне здравствене заштите у унапређењу менталног здравља у заједници, као и да им ближе објасни начин формирања Служби за унапређење менталног здравља. Представници Клинике су успешно реализовали задатке из пројекта међу запослене већег броја домова здравља. Крајем фебруара 2018. године, Клиника је у сарадњи са градом Београдом и уз подршку Министарства здравља Републике Србије отворила први Центар за ментално здравље на територији Београда, и то на 20. спрату зграде Београђанка.

МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ – ПРОШЛОСТ, САДАШЊОСТ И БУДУЋНОСТ

Александра Гавриловић¹

¹ Специјална болница за психијатријске болести „Ковин“, Србија

Да бисмо схватили значај предузетог до сада на пољу развоја психијатрије код нас и значај савременог приступа лицима оболелим од менталних поремећаја од изузетне важности је осврнути се и сагледати како се некада радило и каква је динамика процеса развоја психијатрије у нашим болницама.

Формирање великих психијатријских болница започето је крајем 19. века. Специјална болница за психијатријске болести „Ковин“ почела је са радом 1924. године, са идејом да у њој бораве душевно оболела лица или лица која су имала психичке симптоме телесних обољења. Доласком у болницу, то је била последња станица у животима тих пацијената. На месту аустроугарске касарне, третирали су пацијети радом, с обзиром да је то био једини модалитет лечења. Терапијска доктрина тешких психијатријских пацијената, поготово у акутној фази болести или егзецербацији, заснивала се на увођењу пацијената у хипогликемијске коме, а неретко су у болницу долазили пацијенти након извршене психохирургије, тј. лоботомије, до појаве првих психофармака.

Временом се приступ пацијентима мењао, поготово након увођења лекова, ојачавањем радно окупационог приступа и запошљавањем већег броја медицинских радника који су радили са пацијентима. Другу половину 20. века одликују значајни помаци у лечењу, превасходно купирању позитивне симптоматологије психотичних поремећаја. Међутим, и поред осавремењавања терапије са једне стране, није било помака у односу заједнице према пацијентима. Они и даље остају и неретко живе у великим психијатријским болницама. Тако је и данас. И поред великих корака који су учињени, осавремењавањем лечења и хуманизацијом приступа пацијентима, специјалне психијатријске болнице и даље постоје и у њима живи велики број људи - у болницама уместо у својим домовима.

Наш задатак јесте да: обезбедимо савремен и холистички приступ сваком пацијенту, приступ пун подршке; пацијента приближимо друштву, заједницу пацијенту, а пре свега смањимо стигматизацију и аутостигматизацију; вратимо пацијенте њиховом социјалном окружењу, кућама, породици; им вратимо достојанство. Тек тада опоравак особа са менталним поремећајима може бити потпун.

ИСКУСТВА И ИЗАЗОВИ ЦЕНТРА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ У ВРШЦУ

Татјана Воскресенски¹

¹*Специјална болница за психијатријске болести „Славољуб Бакаловић“, Вршац, Србија*

У складу са Националном стратегијом за ментално здравље и у складу са токовима савремене психијатрије, неопходна је промена концепта лечења психијатријских пацијената и прелазак на лечење у заједници. Циљ оваквог вида лечења је да ментална болест буде посматрана, као свака друга, без дискриминације и стигматизације. Неопходне су интервенције унутар целокупног спектра животног домена, које укључују рад, зараду, становање, образовање, људска права, здравствену и правну заштиту. У Србији је у току процес постепене трансформације великих психијатријских болница, али деинституционализација не подразумева само дехоспитализацију већ и омогућавање повратка пацијента у заједницу, друштво, породицу. Оснивање Центара за ментално здравље у заједници има бројне предности, пре свега укључује индивидуализован приступ пацијенту по принципу case management-а, доприноси бољој интеграцији пацијента у заједницу и обезбеђује хуманији вид лечења. Центар за ментално здравље у Вршцу основан је 2015. године, у оквиру пројекта „Отворени загрљај“ и приказећемо протоколе за организацију његовог рада и досадашња искуства.

ИСКУСТВА И ИЗАЗОВИ ЦЕНТРА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ У КИКИНДИ

Јован Миловановић¹

¹ Специјална болница за психијатријске болести „Свети Врачеви“, Нови Кнежевац,
Србија

Центар за ментално здравље у Кикинди је посебна организациона јединица Специјалне болнице за психијатријске болести „Свети Врачеви“ из Новог Кнежевца, која збрињава 60% ментално оболелих лица из Севернобанатског округа, али и из других делова земље. Највећи проценат хитних пријема, интервенција и повратника чине пацијенти из општине Кикинда, што је била полазна идеја за отварање Центра за ментално здравље у Кикинди, а све у складу са Стратегијом развоја заштите менталног здравља.

Центар за ментално здравље у Кикинди је почео да ради са корисницима у мају 2015. године. Центар за ментално здравље у Кикинди ради радним данима. Са корисницима ради мултидисциплинарни тим који чине водитељке случаја (медицинске сестре са средњом и са високом школом) психолог и доктори (специјалисти психијатрије и неуропсихијатрије).

У зависности од потреба и комплексности психичких тегоба, користе се различите услуге Центра за ментално здравље и могу се поделити на:

- специјалистичко-консултативну амбуланту;
- кућне посете;
- психо-социо-рехабилитациони третман.

Основна промена у пракси је померање фокуса са болести на здравље, на препознавање и коришћење здравих капацитета сваког појединца. Радећи на овакав начин и пратећи ову парадигму, Центар за ментално здравље је оправдао своју основну функцију – у значајној мери је смањен број хоспитализација.

**ИСКУСТВА И ИЗАЗОВИ ЦЕНТРА ЗА ЗАШТИТУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА У
ЗАЈЕДНИЦИ „MEDIANA“ У НИШУ**

Милан Станојковић¹

¹*Специјална болница за психијатријске болести „Горња Топоница“, Ниш, Србија*

Мада у саставу свих регионалних општинских болница у нашој земљи имамо психијатријске службе, паралелно са њима постоје четири велике психијатријске болнице и неколико социјалних институција, односно установа које су заправо азили за дуготрајни третман особа оболелих од хроничних психоза. Јануара 2007. године, Влада Републике Србије је усвојила Стратегију за развој заштите менталног здравља и најавила трансформацију психијатријских служби у смислу преласка са азиларног третмана на заштиту менталног здравља у заједници. Две године раније, у оквиру Пројекта Пакта за стабилност земаља Југоисточне Европе, формиран је први српски Центар за заштиту менталног здравља у заједници. Центар „Медијана“ је замишљен као део Специјалне болнице за психијатријске болести „Горња Топоница“, али је лоциран ван болнице, у урбаном делу Града Ниша, а службе су организоване у складу са нашим људским и материјалним ресурсима, ангажовањем особља из Болнице, а са идејом да се креира модел за отварање Центара за заштиту менталног здравља у заједници у другим градовима. Водећи принципи у организацији ЦЗМЗ „Медијана“ били су: територијална покривеност, индивидуални приступ, континуитет третмана, увођење case management-а, 24-сатна доступност, интерсекторска сарадња. Међутим, питање отпора психијатријској реформи је и даље присутно и очигледно је да ангажовање групе психијатара није довољно да се овај проблем превазиђе.

ИСКУСТВА И ИЗАЗОВИ ЦЕНТРА ЗА МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ У БЕОГРАДУ

Снежана Симовић Драганић¹, Ивана Сташевић Карличић^{1,2}, Владан Ђорђевић^{1,3}

¹*Клиника за психијатријске болести “Др Лаза Лазаревић” Београд, Србија*

²*Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици), Србија*

³*Фармацеутско-здравствени факултет, Универзитет у Травнику, Босна и Херцеговина*

Савремени аспект заштите менталног здравља у заједници подразумева активнију и израженију улогу корисника услуга на свим нивоима. На нивоу популације, корисник услуга се посматра у социјално-економском контексту, не искључујући контекстуалне факторе. Акценат је на примарној превенцији, а не само на третману. Предност се даје тимском раду (који се састоји од психијатра, психолога, социјалних радника и терапеута), у односу на некадашњи рад са индивидуалним терапеутом, будући да за разлику од социјалних радника, психијатри су углавном фокусирани само на болест, не придавајући значај менталном здрављу целокупног становништва. Подржава се отворен, лак приступ службама, без обзира на животно доба, дијагнозе и осигурања.

Управо из тих разлога, фебруара 2018. године, на 20. спрату пословне зграде “Београђанка”, Клиника за психијатријске болести “Др Лаза Лазаревић” отворила је први Центар за ментално здравље у Београду који се бави промоцијом, превентивом и скринингом у циљу ране дијагностике и благовременог откривања менталних поремећаја. Будући да човек подстакнут глобализацијом живи брзо, свакодневно се излаже стресу, а често није у могућности да приушти себи адекватну помоћ у виду психотерапије, Центар за ментално здравље представља одличну алтернативу, будући да нема заказивања, чекања, није потребна здравствена књижица, нема плаћања, на решавању проблема се ради одмах, а уколико се процени да је неопходно хоспитално лечење, особа ће бити упућена у одговарајућу установу где ће одмах бити прегледана и врло брзо збринута.

Сам положај Центра за ментално здравље је такав да је лако доступан, налази се у центру града, у пословној згради, тако да остварује свој првобитни циљ, да ментална болест буде посматрана без стигме и дискриминације, будући да се у згради налази велики број канцеларија, уколико то не желимо, нико неће знати да смо били код психијатра.

Сваког радног дана од 9-18 часова помоћ пацијентима пружа тим стручњака састављен од психијатра, психолога и терапеута.

САВЕТОВАЛИШТЕ „ОТВОРЕНА ВРАТА“ КЛИНИКЕ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ „ДР ЛАЗА ЛАЗАРЕВИЋ“

Гордана Пауновић Милосављевић¹, Сања Калуђеровић¹

¹*Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, Београд, Србија*

Увод: Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, поред своје познате доступности за збрињавање особа са менталним сметњама 24 часа свих 365 дана у години, све више укључује активности психијатријског рада у заједници. С циљем унапређења менталног здравља, у Диспанзеру наше клинике у Београду се од 2015. године реализује пројекат „Отворена врата“ који омогућава грађанима из целе Србије и региона да без упута, само са књижицом или личном картом дођу на саветодавни разговор. На бесплатне консултације долазе особе са менталним сметњама и породице два пута недељно понедељком и четвртком од 9 до 12 часова. Након разговора процењујемо да ли је потребно даље лечење, тип лечења и дијагностика.

Циљ: Унапређење менталног здравља становништва, дестигматизација, спречавање стационарног лечења, као и редукција рехоспитализација успостављањем комплијансе.

Метод: Студија праћења од 2015. године и даље.

Резултати: У наведеном периоду кроз овај вид третмана евалуирано је 568 корисника и чланова породица. Од поменутог броја први контакт са психијатром је имало чак 80% корисника, а 15% је већ имало искуства са психијатром – већина ван Београда и региона. Осталих 5% су чланови породица који су тражили инструкције за реализацију психијатријског прегледа.

Закључак: Борба са стигматизацијом Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ у психијатрији траје од кад је и ментално оболелих код нас и свуда у свету. Овај анти-стигма програм у најстаријој психијатријској клиници на овим просторима охрабрује јер је све већи број оних који се не устручавају да потраже стручни савет за своје проблеме. Спектар корисника из нашег искуства је широк - од ЛГБТ популације, преко очекивано превалентно депресивних, тешко оболелих соматских пацијената-онколошких пацијената, когнитивно детериорисаних пацијената после исхемијских лезија или/и кардиолошких клијената после уградње стента или пејс мејкера. Највећи успех овог програма бележимо међу најмлађом популацијом 25±65 година, где је инципијентни психотични процес третиран у 90% случајева третиран у ванболничким условима – прекинута сакомедикација, уведена адекватна терапија уз добру комплијансу и трансфер, те избегнута хоспитализација.

THE MENTAL HEALTH REFORM IN REPUBLIC OF MACEDONIA – NEED AND NECESSITY

Stojan Bajraktarov^{1,2}

¹*University Clinic of Psychiatry Skopje*

²*Uniniversity “St. Cyril and Methodius”, Republic of Macedonia*

The advanced mental health systems in modern societies have given scientific support to the theories of different advantages of community mental health systems versus old custodial asylum hospitals, especially in the field of human rights of people with mental illnesses, as well as in regards of treatments outcomes. Since 2 decades many countries in South Eastern Europe has undertaken significant support in regards of development community mental health system. Ministry of Health In Republic of Macedonia, with support of international community, has implemented reform processes of mental health system, where main achievements were:

- Development of national documents on mental health (National Strategy and legislation)
- Development of the appropriate human resources
- Implementation of the range of community mental health services
- Support of the reorganization of the financing system

However, these processes are not time limited and are lasting for more decades according to the advanced reforms in developed countries. Therefore the lack of appropriate support from main national stakeholders has resulted with reverse processes. The overall difficult political and economic situation in the country in combination with the urgent needs of transition have had a large negative impact on the health and social sectors. Adoption of new National mental health strategy and action plan (2008-2025) should support continuation of development of community mental health system in permanent and sustainable manner, with country main stakeholders increasing their capacities to overtake the leadership and responsibility for further actions.

УЛОГА ЗДРАВСТВЕНИХ САРАДНИКА У УНАПРЕЂЕЊУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА

Татјана Суботић¹, Зорана Филиповић¹

¹Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, Београд, Србија

Здравствени сарадници нису завршили образовање здравственог смера, већ су то лица са средњом, вишом, односно високом стручном спремом која раде у здравственим установама и учествују у делу здравствене заштите. У оквиру установа здравствене заштите која се баве третманом особа са менталним поремећајима из групе здравствених сарадника најзаступљенији су психолози, социјални радници, педагози и дефектолози. Неретко здравствени сарадници осим основног високог образовања имају додатне специјалистичке и психотерапијске постдипломске едукације којима се додатно едукују за специфичност посла који обављају. У раду ће бити сагледана улога психолога у унапређењу менталног здравља, прво, кроз активности које актуелно обављају, а које укључују процесе клиничког суђења (психодијагностике), учествовања у мултидисциплинарним тимовима, психолошког саветовања појединаца, парова и породица, психотерапијског рада са децом, адолесцентима и одраслима, форензичке психологије, као и супервизијског и менторског рада са колегама у едукацији. Потом, у складу са реформама у заштити менталног здравља које иду у правцу деинституционализације, а који је у Србији једва започео иако се у професионалним круговима о томе годинама говори, биће приказане области деловања у којима психолози могу допринети како процесу реформе и трансформације, тако и применом својих знања, вештина, техника и метода општем настојању друштва и професионалних помагача да се ментално здравље сачува и унапреди.

**ПРЕПОЗНАВАЊЕ КОМОРБИДИТЕТА БОЛЕСТИ ЗАВИСНОСТИ И ДРУГИХ
ПСИХИЈАТРИЈСКИХ И СОМАТСКИХ ОБОЉЕЊА - ВАЖНА КАРИКА У
ЗАШТИТИ И УНАПРЕЂЕЊУ МЕНТАЛНОГ ЗДРАВЉА ПОПУЛАЦИЈЕ**

Иван Димитријевић¹

¹Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија

Болести зависности као масовна појава представљају болест појединца, породице и друштва. Злоупотреба и зависност од супстанци директно утиче на све органе, све системе и све области људског функционисања. Савремена технологија омогућава дијагностиковање свих видова оштећења и даје јасне смернице за превенцију и лечење болести зависности. Удруженост употребе супстанци и других медицинских ентитета запажа се у свим медицинским гранама почев од примарне здравствене заштите до практично свих специјалности. Уколико се занемари коморбидитет у многим случајевима, лекари и здравствени радници лечиће само последице а не и узрок одређеног поремећаја или обољења. Због тога се у свету придаје велики значај усвајању концепта коморбидитета као веома важног за избор методе лечења. У литератури се наводи да је коморбидитет болести зависности присутан у високом проценту у свим обољењима и да се приликом њиховог лечења не сме изоставити специфична терапија за једну или више супстанци које пацијент злоупотребљава. У раду су приказане стопе коморбидитета за поједине болести и дате смернице лекарима и здравственим радницима за брзу дијагностику и третман. Такође, бројне студије указују да је мали број лекара заинтересован за рад са овом специфичном клиничком субгрупом. У циљу заштите и унапређења менталног здравља популације истиче се и велики значај дестигматизације у приступу зависницима, као и увођење програма редукције штета (harm reduction) на комунално базираном моделу.

ПОРЕМЕЋАЈИ ИСХРАНЕ КОД СПОРТИСТА

Марија Ђуровић¹, Радан Стојановић²

¹Болница за психијатрију, КБЦ „Др Драгиша Мишовић-Дедиње”, Београд, Србија

²Институт за фармакологију, клиничку фармакологију и токсикологију, Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија

Преваленца поремећаја исхране код спортиста варира од 1% до 62% у зависности од посматране популације спортиста и врсте спорта, као и од примењених техника. Поремећаји исхране су много чешћи код спортиста у поређењу са општом популацијом. Неколико је разлога за то. Прво, спортисти су под социокултуролошким притиском да буду „мршави и мишићави“. Показано је да се код скоро 50% спортиста који се баве спортовима у којима се истичу витак облик тела и мала телесна тежина појављују карактеристике поремећаја исхране. Посебно су вулнерабилни спортисти који учествују у спортовима који за постизање бољих резултата или бољи изглед захтевају малу телесну тежину или мали проценат телесне масти (нпр. гимнастика, атлетичари-дугопругаши, коњички спорт). Друго, одређене карактеристике личности (укључујући самокритични перфекционизам, компулсивност и орјентисаност ка успеху) повезане су са спортским успесима, али истовремено представљају и факторе ризика за појаву поремећаја исхране. Клинички, поремећаји исхране се презентују са повећаним морбидитетом и морталитетом. Поремећаји исхране компромитују спортску способност и могу довести до фаталних последица, укључујући дуготрајне психолошке, физичке и проблеме у понашању спортисте. Значајан и брз губитак телесне тежине може изазвати пад спортске способности (смањење аеробног и анаеробног капацитета, мишићна слабост, замор), честе повреде и представља повећан ризик за настанак инфекција. Значајно и хронично смањење енергетског уноса може изазвати различите хормонске поремећаје. Код жена, примећени су различити облици менструалне дисфункције као последица малог енергетског уноса уз истовремену велику потрошњу енергије. Код мушкараца, напорно вежбање уз енергетску рестрикцију може изазвати пад нивоа тестостерона и привремену неплодност. Међутим, значајно је да примена терапијских мера на време јесте повезана са бољим исходом. Спортисти и њихови тренери морају да препознају проблем и да благовремено предузму мере, не само због побољшања спортских перформанси, већ и због чињенице да поремећаји исхране могу довести и до смртног исхода. Терапија поремећаја исхране код спортиста је мултидисциплинарна и треба да укључи план исхране, психолошки приступ (психодинамски, бихејвиорални), а у неким случајевима и фармакотерапију (у лечењу симптома поремећаја исхране).

**КА НОВОМ МЕДИЦИНСКОМ МУЗЕЈУ У СРБИЈИ: МУЗЕЈ ПСИХИЈАТРИЈЕ
КЛИНИКЕ ЗА ПСИХИЈАТРИЈСКЕ БОЛЕСТИ „ДР ЛАЗА ЛАЗАРЕВИЋ“ У
БЕОГРАДУ**

Јелена Јовановић Симић¹

¹*Музеј науке и технике, Београд, Србија*

У првим деценијама након завршетка Другог светског рата, настанак музеја психијатрије у свету кључно су одредиле две чињенице: увођење психофармака које је омогућило напуштање бројних дотадашњих поступака примењиваних у терапији менталних болести и створило основе за стварни развој психијатрије, а с друге стране нарасло интересовање за сабирање старих медицинских предмета и формирање нових музеја историје медицине. Као и други медицинско-историјски музеји и музеји психијатрије у почетку су били усмерени на чување и представљање културне баштине и на приказивање напретка своје дисциплине кроз историју. Усвајањем принципа *нове музеологије* и *нове историје медицине*, али и принципа савремене психијатрије, бројни психијатријски музеји (али не сви!) поставили су нове циљеве рада и на нов начин дефинисали су своје мисије. Окосницу стремљења у том погледу чине представљање искустава пацијената, разматрање етичких проблема, чвршће повезивање са локалном заједницом и друштвом у целини и подстицање дијалога о актуелним проблемима менталног здравља. Савремени музеји психијатрије теже да буду „медијатори који комуницирају потенцијал модерних психијатријских пракси без евоцирања предрасуда и страха“. Према основној концепцији рада, музеји психијатрије могу се поделити у три групе: 1) музеји усмерени на историјске записе и документа (тип традиционалних музеја); 2) музеји усмерени на представљање уметничких дела психијатријских пацијената и 3) музеји усмерени на интерактивно учење кроз коришћење нових медија, са нагласком на актуелним питањима у психијатрији. Иако је традиција збрињавања и лечења оболелих од менталних болести у Србији дуга више од једног и по века, музеј психијатрије до сада није постојао. Зато је од изузетне важности иницијатива Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ да установи музеј у свом саставу који ће бити смештен у здању тзв. Докторове куле – споменика културе од великог значаја – у којој је 1861. године Клиника, тада под називом Дом за с'ума сишавше, започела рад као прва психијатријска установа у Србији и једна од првих на Балкану. Основу музеја представљаће Историјска збирка Клинике у којој су сабрани медицински инструменти и апарати, болнички намештај, архивска документа и фотографије, али и предмети коришћени у терапијским радионицама и уметнички предмети које су израдили пацијенти. Сталном музејском изложбом биће обухваћени историјат установе, развој дијагностичких и терапијских метода у психијатрији у Србији (19 – 21. век), свакодневни

живот у Клиници (1861 – 2018), лична искуства пацијената и њихови уметнички радови и искуства и сећања запослених. Кроз музејску комуникацију са широм јавношћу Клиника ће остваривати своје важне циљеве - промоцију менталног здравља и дестигматизацију психијатрије. Формирањем музеја Клиника такође исказује висок степен одговорности у области чувања и представљања националне културне баштине, промовише коришћење споменичког градитељског наслеђа у сврхе културе и креира нови простор на културно-туристичкој мапи Београда и Србије.

ЧЕТВРТАК, 11. ОКТОБАР 2018. године

Конгресни симпозијум:

„Схизофренија и други психотични поремећаји“

ОДНОС ТРОШКОВА И ЕФИКАСНОСТИ АРИПИПРАЗОЛА НАСУПРОТ ОЛАНЗАПИНУ КОГ ДУГОТРАЈНОГ ЛЕЧЕЊА СХИЗОФРЕНИЈЕ

Александра Дутина¹, Ивана Сташевић Карличић^{1,2}, Никола Пандрић³, Анђелка Прокић⁴,
Слободан М. Јанковић⁴,

¹*Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, Београд, Србија*

²*Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у
Косовској Митровици), Србија Србија*

³*Министарство здравља, Влада Републике Србије*

⁴*Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Србија*

Увод: Мада је ефикасност антипсихотика друге генерације код пацијената који болују од шизофреније углавном слична (са изузетком клозапина), постоје значајне разлике код стопе нежељених реакција и трошкова лечења, што чини поређење односа њихових трошкова и ефикасности кључним за оптималан избор лека.

Циљ: Циљ ове студије је био да се упореде трошак и ефекти арипипразола и оланзапина код дуготрајног лечења шизофреније.

Меторди: Урађен је Марковљев модел са тромесечним циклусима и четири стања, да би се упоредили арипипразол и оланзапин. Модел је подразумевао да пацијенти код којих дође до погоршања здравственог стања после употребе или арипипразола или оланзапина буду даље лечени клозапином. Изабран је став Републичког фонда за здравствено осигурање, а временски оквир је био десет година. Резултати модела су добијени после Монте Карло микросимулације на узорку од 1000 виртуелних пацијената. Урађене су и мултипла једносмерна анализа и анализа осетљивости.

Резултати: Након анализе случајева оланзапин је био доминантан у односу на арипипразол, док је нето монетарни бенефит био негативан, а прираштај односа исплативости (ICER) био је изнад линије спремности да се плати за једну годину кориговану за квалитет (QALY) у односу на српски бруто домаћи производ по глави становника. Мултипла једносмерна анализа и анализа осетљивости су потврдиле резултате симулације.

Закључак: Оланзапин има бољи однос трошкова и ефеката у односу на арипипразол код дуготрајног лечења шизофреније у српском миљеу, у којем је његова употреба први избор код лечења ових пацијената.

USING ANTIPSYCHOTIC PHARMACODYNAMICS AND PHARMACOKINETICS TO CHOOSE A MEDICATION AND TO DOSE LONG ACTING INJECTABLES

Stephen M. Stahl¹

¹*United States of America*

Drugs for psychosis generally fall into two classes: conventional/first generation and atypical/second generation. The key property shared by all conventional antipsychotics is D2 dopamine antagonism whereas all atypical antipsychotics have not only D2 antagonism but also 5HT_{2A} serotonin antagonism. Within the atypical antipsychotic class, one can subcategorize them into three groups with similar pharmacology, namely the -pines (clozapine, olanzapine, quetiapine, asenapine), the -dones (risperidone, paliperidone, ziprasidone, lurasidone, and two -pips and a -rip (aripiprazole, brexpiprazole and cariprazine). There are numerous similarities amongst the pharmacology of the agents within each of these three groups, but also at another level, each drug is different from the others as well. That is, there not only are numerous pharmacodynamic differences, but also numerous pharmacokinetic differences amongst all antipsychotics, especially amongst the atypical antipsychotics. Pharmacodynamics of atypical antipsychotics include many other receptors actions beyond D2 and 5HT_{2A} antagonism, with no two agents sharing the same pharmacologic properties on these additional neurotransmitter receptors, especially actions at 5HT_{1A}, 5HT_{2C}, H₁ antihistamine and M₁ muscarinic cholinergic sites. Also, pharmacokinetic properties differ from one antipsychotic to another that can critically affect dosing. All antipsychotics are dosed to attain approximately 80% occupancy of D2 receptors for effective antipsychotic effects. Originally, clinical dosing levels were established to target this degree of D2 occupancy. However, it now appears that plasma levels and not dose are the best predictors of antipsychotic response, especially in patients who fail to respond adequate to standard clinical doses. This can be especially important when determining the most effective dose for a long acting injectable formulation of an antipsychotic. A comprehensive understanding of both the pharmacodynamic and the pharmacokinetic properties of antipsychotics is critical in choosing and dosing an agent for best antipsychotic efficacy.

БОЛНИЧКО ЛЕЧЕЊЕ ДЕЦЕ И АДОЛЕСЦЕНАТА – ИМА ЛИ ПРОМЕНЕ У ПОСЛЕДЊЕ ДВЕ ДЕЦЕНИЈЕ?

Милица Пејовић Милованчевић^{1,2}, Ана Стојковић³, Роберто Грујичић¹, Јелена Радосављевић
Кирћански^{1,4}

¹*Институт за ментално здравље, Београд, Србија*

²*Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија*

³*Филозофски факултет, Одсек за психологију, Универзитет у Београду, Србија*

⁴*Факултет за медије и комуникације, Универзитет Сингидунум, Београд, Србија*

Болничко лечење представља најкомплекснију и најскупљу форму психијатријског лечења. Доношење одлуке о неопходности оваквог вида третмана посебно није лак корак кад су у питању деца и адолесценти из више разлога. Хоспитализација може да има бројне предности и недостатке, како у реалном тако и у психолошком животу детета и адолесцента: изостајање из школе и изоловање из осталих социјалних активности може узроковати проблеме у рехабилитацији и реадaptацији након иницијалног третмана, и др. Разлози за хоспитализацију би требали да буду базирани на клиничким индикацијама у најбољем интересу за пацијента и његову породицу. Доношење такве одлуке често захтева процену тима стручњака. Клиничко одељење за децу и адолесценте основано је кад и Институт за ментално здравље - 1963. године и подразумева хоспитално лечење пацијената узраста до 18 година, са капацитетом од 20 постеља. У периоду од 1996. до 2015. године на одељењу је хоспитализовано 3904 пацијента. У овом раду презентоваћемо број лечених пацијената на годишњем нивоу и проценте јављања болести по дијагностичким групама према МКБ 10 класификацији. Најчешће индикације за хоспитализацију су развојни поремећаји 22.3% (спровођење дијагностичког поступка), поремећаји понашања и емоција 19.9% (мешовити поремећај понашања и емоција), психотични поремећаји 12.5%, интелектуална ометеност 12.5%. Просечна дужина хоспитализације износи 17 дана. Биће приказане активности које су организоване за децу и адолесценте током хоспитализације. Фокусираћемо се и на промене у индикацијама за хоспитализацију код деце и адолесцената у последње две деценије. Деценијско искуство у болничком лечењу деце и адолесцената у Институту за ментално здравље указује на потребу за даљим унапређењем овог вида лечења уз неопходност како мултисекторског рада с различитим системима тако и за сарадњом између психијатријских установа које имају сличне услове за хоспитално збрињавање деце и адолесцената.

ДИСФУНКЦИОНАЛНОСТ МЕНТАЛНИХ КРУГОВА ЦНС ОД СИМПТОМА ДО ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИЈЕ

Ивана Тимотијевић¹

¹Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија

Схизофренија као душевна болест прати људски род од његовог постанка. Схватање, тумачење и лечење пролазили су кроз различите фазе пратећи општи цивилизацијски развој и технолошки напредак. Етиопатогенеза болести заокупљала је не само лекаре, њом су се бавили стручњаци различитих области.

Велики скок у разумевању и лечењу схизофреније настао је половином 20. века када су се појавили први психофармаци. Та открића су покренула динамичан однос сазнања о биолошким основама Сцх болести која су утицала на усавршавање психофармака који су опет проширили и објаснили многе етиопатогенетске факторе.

Далеко смо још од потпуног познавања механизма, тока и исхода схизофреније. Велики напредак је, ипак, постигнут у лечењу. Нови атипични антипсихотици су евидентно омогућили да велики број болесника успостави дуже ремисије и да се омогући њихово релативно стабилно психолошко, социјално и биолошко функционисање у породичном и друштвеном милеу.

Разумевање етиологије Сцх, а тиме и механизам деловања антипсихотика, усложњава се и помера са препознавања рецептора и трансмитерске динамике. Основа је свакако у јасној повезаности трансмитера, ДА, НА, 5-ХТ, Ацетилхолина и Хистамина са пресинаптичким и посинаптичким рецепторима али постаје евидентно да се не ради о једноставним нивоима концентрација активних супстанци већ симптоми, клиничка слика и ток болести зависи од променљивости одговорних структура ЦНС и функционалних петљи подложних различитим утицајима.

Повезаност трансмитера свих заједно у сложени систем (функционалне петље + кортиокортикални круг, кортико-стриатни- таламичко-кортикални круг) са Пирамидалним ћелијама које се препознају као покретачи, управљачи кортикалних кругова кроз екситаторне и инхибиторне инпуте. Пирамидалне ћелије се сматрају регулативним факторима моноаминске усаглашености.

Антипсихотици, атипични и типични са познатим механизмима деловања, мењају али и доприносе препознавању динамике схизофрене симптоматологије. Ефикасна терапија Сцх психозе укључује више новоа. Алгоритми за примену психофармака су једна линија, друга би била мапирање ЦНС са идентификацијом одговорних структура, и трећа, можда најважнија, је препознавање кључних симптома и идентификовање њихове трансмитерско биолошке основе а затим примена, пре свега, адекватних антипсихотика са познатим механизмом дејства.

Само еклектичким приступом клиничкој слици, току болести и психофармакотерапији може се избећи погрешна дијагностика и терапија, што захтева високо знање терапеута и посвећеност струци.

ТРЕТМАН КОГНИТИВНИХ СИМПТОМА СХИЗОФРЕНИЈЕ

Владимир Ђорђевић^{1,2}

¹*Клиника за заштиту менталног здравља, КЦ Ниш, Србија*

²*Медицински факултет, Универзитет у Нишу, Србија*

Когнитивно оштећење је једна од централних одлика схизофреније. Јасно је присутно пре почетка клинички манифестне психозе и може служити као предиктор за развој схизофреније међу особама са високим ризиком. Когнитивни симптоми перзистирају код оболелих и у фазама ремисије, а такође се одржавају и код оних са ризиком за развој болести током десет година праћења. Значајно су асоцирани са слабом медикаментозном комплијансом и вишом стопом релапса, посебно ако се ради о првој епизоди схизофреније психозе. Лонгитудинални курс и образац когнитивног оштећења, као и његова повезаност са функционалним исходом, нису у потпуности схваћени мада има аутора који сматрају да су когнитивни симптоми најзначајнији за исход функционалног статуса. Према MATRICS моделу (Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia) идентификовано је седам когнитивних домена као потенцијални таргет за третман когниције у схизофренији. Ови домени укључују радну меморију, пажњу и будност, брзину процесуирања информација, вербалну меморију и учење, визуелну меморију и учење, социјалну когницију, резонување и решавање проблема. На молекуларном нивоу, развој нових медикаментозних стратегија усмерен је на неколико механизма и трансмитерских система који могу бити умешани. Са различитим степеном ефикасности примењивани су агонисти никотинских и мускаринских рецептора, инхибитори ацетилхолин естеразе, инхибитори поновног преузимања глицина, агонисти места за везивањеглицина, агонисти метаболичких рецептора, антипсихотици са афинитетом за допамински Д4 рецептор, психостимуланси, парцијални агонисти серотонинских рецептора и модафинил. Скорија истраживања снажно подржавају значај интервенција усмерених на рани когнитивни дефицит и указују да оне могу бити круцијалне у превенцији хроничне инсуфицијентности. Од виталног је значаја да схизофрени пацијенти континуирано буду на антипсихотичном третману, при чему треба имати у виду да антипсихотици имају различит учинак на поједине когнитивне домene. Рисперидон, оланзапин и кветиапин асоцирани су са значајнијим побољшањем на укупном когнитивном скору у поређењу са амисулпридом и халоперидолом и такође значајно бољи у поређењу са амисулпридом у погледу егзекутивних функција. Кветиапин је супериоран у погледу учинка на пажњу и брзину процесуирања информација, поређено са другим антипсихотикима. Нове методе испитивања волумена кортикалног мијелина сугеришу да избор антипсихотика има значај за фронталну мијелинизацију, те да

дугоделујући антипсихотици због боље адхеренце и фармакокинетики могу превенирати когнитивни пад. Важно је на почетку третмана когнитивне симптоме одредити, квантификовати и пратити. Тренутне препоруке за третман когнитивних симптома шизофреније укључују и когнитивне терапије. Мета-анализа базирана на 40 студија са 2104 испитаника, налази да когнитивне терапије доводе до дуготрајних промена у погледу глобалног когнитивног функционисања код пацијената са шизофренијом. Најповољнији учинак имала је когнитивна ремедијација. На крају, имајући у виду да све доступне терапијске опције имају мали до умерен учинак на когнитивну симптоматологију, комбинација антипсихотика са про-когнитивима и когнитивном психотерапијом за сада представља најбољу опцију. Треба напоменути да нека питања везана за методологију досадашњих истраживања остају контроверзна и да су потребна даља истраживања неуробиолошке основе когнитивне симптоматологије шизофреније у циљу развијања нових терапијских опција.

СХИЗОФРЕНИЈА ИЗ ПЕРСПЕКТИВЕ КБТ

Милан Латас^{1,2}

¹*Клиника за психијатрију, КЦ Србије, Београд*

²*Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија*

Циљ излагања је да се укаже на потенцијални значај когнитивно-бихејвиоралне терапије (КБТ) код пацијената оболелих од шизофреније.

Прво треба да се нагласи да когнитивно-бихејвиорална терапија не објашњава узроке шизофреније (јер постоји пуно теорија које објашњавају појаву шизофреније) и да то није ексклузивна терапија за шизофренију јер основни вид лечења шизофреније је фармакотерапија (мада има и другачијих гледишта). Због тога се поставља питање где је онда главно место и улога КБТ. Основно место КБТ је теоријска поставка основне психопатологије и дистреса око основних симптома шизофреније као комплементарна терапија основне терапије. Због тога је важно сагледавање неких симптома (кроз когнитивну тријаду). Према теорији, садржај когнитивних схема одређује когнитивну тријаду - виђење себе, других (или ситуације) и будућности. Оне се потом преносе на специфичне ситуације и животне околности. Схеме су дисфункционалне ако негативно утичу на прилагођавање животним околностима. Схеме су сумануте ако је садржај екстреман, бизаран, нереалан, некоректибилан. Студије ефикасности показују да постоје бројна истраживања последњих 30 година - преко 400 студија КБТ код пацијената са шизофренијом према ПУБМеду. Према „строгим” мета-анализама КБТ је ефикасна у „малом” и „умереном” степену: ЕС–0.33 у 34 студије свих симптома шизофреније, ЕС–0.25 у 33 студије позитивних симптома шизофреније, ЕС–0.13 у 34 студије негативних симптома шизофреније. Све у свему, КБТ пружа више могућности за квалитетнији живот особама са шизофренијом и штета је што нема више терапеута и могућности за примену КБТ код пацијената са шизофренијом.

ТЕРАПОРЕЗИСТЕНЦИЈА КАО ЗАМКА ЗА ПОЛИФАРМАЦИЈУ

Мирослава Јашовић-Гашић¹

¹Медицински факултет Универзитета у Београду, Србија

Психијатри најчешће посежу за полифармацијом у случајевима терапорезистентних пацијената пошто не постоји консензус како поступити у тим случајевима. Полифармација (грч. *poly*, *pharmakon* лек) је претрпаност лековима, претеривање у употреби лекова, док је полипрагмазија неоправдана, неподобна истовремена употреба више лекова или поступак претрпаности лековима, претеривање у употреби лекова. У савременој литератури ова два појма се изједначавају, те се углавном користи израз полифармација, нарочито у англосаксонској литератури. Употреба више од једног антипсихотика - антипсихотична полифармација (истовремено), а употреба више од једног антидепресива - антидепресивна полифармација (истовремено). Треба разликовати комбинацију *vs.* аугументацију. Шта се може рећи о предностима монотерапије: монотерапија је парцијално ефикасна и то углавном на кључне симптоме, ефикасна је и на неке удружене симптоме, али не и на друге, за које је потребно додати други лек. Одређена комбинација лекова може бити индикована *de novo* у неким индикацијама. Поједине комбинације могу побољшати толерабилност јер се дају у индивидуалним субпражним дозама, те побољшавају профил нежељених ефеката, односно ублажавају њихово испољавање. Које су пак, предности и мане полифармације? Пре свега поставља се питање колико треба да се чека да би се показало да је монотерапија неефикасна. Према којим критеријумима треба одредити терапијски одговор? Колика је оптимална примењена доза лека у монотерапији и са којим поверењем се може прихватити да је изостанак ефекта заиста неадекватан терапијски одговор? У предавању ће бити приказане клиничке студије које су рађене у различитим деловима света, а истраживале су проблем ризика и користи полифармације, пре свега антипсихотичима и мање антидепресивима, као и лична искуства кроз публикована истраживања. У закључку се наводи да и терапијски водичи, већином, препоручују полифармацију, посебно антипсихотичну код терапорезистентних пацијената, те би се пре могло рећи да је полифармација нужност, у овом моменту стања психијатријске мисли, а не замка!

ADDRESSING BARRIERS TO CLOZAPINE UNDERUTILIZATIONIgnjatović-Ristić D^{1,2}, Cohen D³¹*Faculty of Medical Sciences, University of Kragujevac, Kragujevac, Serbia*³*Psychiatric clinic, Clinical Center Kragujevac, Serbia*³*Department of Community Mental Health, Mental Health Care North-Holland North, Netherlands*

Treatment guidelines recommend that clozapine should be administered to all eligible patients who have not responded after two antipsychotic trials according to the definition of treatment resistant schizophrenia. Even though clozapine efficacy is proven in treatment of therapy resistant schizophrenia, clinicians still hesitate to prescribing this drug. According to most research, up to one third of schizophrenia patients are therapy resistant, making clozapine the drug of choice in these patients. In 2014, overall clozapine use prevalence was greatest in Finland (189.2/100000 persons) and in New Zealand (116.3/100 000), and lowest in the Japanese cohort (0.6/100 000), and in the privately insured US cohort (14.0/100 000). From 2005 to 2014, clozapine use increased in almost all studied countries (relative increase: 7.8-197.2%) as exemplified by the clozapine prescription rates in The Netherlands.

Table 1. Clozapine prescription rates in The Netherlands

	2002	2016	Increase	
Clozapine	6.766	13.612	6.846	101%
Lithium	29.507	31.274	1.767	6%
All other AP	193.789	275.814	82.025	42%

The most common obstacles for clozapine prescription are negative prescriber attitudes, specially towards the monitoring requirements, irrational fear of adverse drug effects (particularly the life-threatening agranulocytosis) and inadequate understanding of clozapine's unique positive contributions to the quality of life and its contribution to lengthening life-expectancy. What we would like to discuss is outcomes of two Serbian studies-one about prescribers' attitudes towards clozapine and the other about patients' experiences with clozapine. Preliminary results from a study conducted in Serbia about clinician experiences in working with patients on clozapine, *fear of possible* agranulocytosis, closely followed by *weight* gain and *sedation* were marked as greatest obstacles for prescribing clozapine.

On the other hand, a Serbian study into the side effects of 95 clozapine-treated patients with schizophrenia found that the most common side effects according to the patients' report were drowsiness, feeling of thirst, frequent urination and dry mouth. Female patients reported significantly more side effects than male patients. Patients who were in a relationship also reported more side effects compared to single patients. The study also showed that patients' perception of side effects differs from the doctors' perspective. Side effects were mild in 64.2% patients, and serious in only 4.2%. In all, only 14% of the patients considered any of the experienced side effects as distressing. The authors will discuss both the rational and the irrational aspects of the prescriber's fear and how to cope with them. The differences in patients' subjective experiencing of side effect will be compared to the doctors' expectations. Suggestions will be made to bridge the gap.

НОВИ ТЕРАПИЈСКИ ПРАВЦИ У ЛЕЧЕЊУ СХИЗОФРЕНИЈЕ

Маја Ивковић^{1,2}

¹*Клиника за психијатрију, КЦ Србије, Београд, Србија*

²*Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија*

Схизофренија представља мултидимензионални и терапијски неадекватно и недовољно прецизно третиран феноменом. Савремене терапијске смернице нуде различите препоруке, чија примена у многостручности зависи не само од клиничких већ и од економских фактора. Истовремено, са увођењем савременијих фармакотераписких протокола у званичне алгоритме, јавља се и могућност off-label примене специфичних, најчешће високо неуромодулаторних психофармака и суплемената базираних на контроли неуроинфламације, поспешивању неуротрофних маркера и контроли оксидативног стреса. Такође, неопходно је имати у виду да савремени фармакотерапијски приступ подразумева не само одабир најсавременијих неуромодулаторних препарата већ и њихову специфичну, циљану и пре свега увремену примену у односу на стадијуме развоја болести. Само такав приступ, базиран на савременим националним и интернационалним водичима и најсавременијим клиничким истраживањима, а у контексту пажљиве феноменолошке процене и праћења, пут је за добру клиничку праксу и адекватан терапијски одговор.

ФАКТОРИ ПОВЕЗАНИ СА ПОШТОВАЊЕМ СМЕРНИЦА ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ У ТРЕТМАНУ ХОСПИТАЛИЗОВАНИХ ПАЦИЈЕНАТА СА ПРВОМ ЕПИЗОДОМ СХИЗОФРЕНИЈЕ

Милена Сташевић¹

¹*Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, Београд, Србија*

Увод: Поштовање смерница датих у водичима добре клиничке праксе током лечења специфичних поремећаја сматра се гаранцијом спровођења униформне, на доказима засноване клиничке праксе у психијатрији.

Циљ: овог рада био је да се анализира усклађеност образаца прописивања антипсихотичких лекова са препорукама добре клиничке праксе у Србији и да се оствари увид у ефекте које је на прописивачку праксу у овој области имало доношење Националног водича добре клиничке праксе.

Материјали и методологија: Неинтервентна, опсервациона студија спроведена је у Клиници за психијатријске болести "Др Лаза Лазаревић" у Београду. Истраживање је обухватило узастопни узорак од 675 претходно нетретираних пацијената, лечених хоспитално у периоду од 1. јануара 2012. године до 31. децембра 2015. године, отпуштених са дијагнозом неког од поремећаја из схизофреног спектра. Демографски и подаци о клиничким карактеристикама пацијената, карактеристикама прописивача и прописаним антипсихотичким лековима сакупљени су ретроспективно, увидом у медицинску документацију болесника. За анализу примарних података коришћене су дескриптивне статистичке методе и методе за тестирање статистичких хипотеза. Метод логистичке регресије коришћен је за идентификацију фактора повезаних са поштовањем препорука добре клиничке праксе.

Резултати: 446 (66,1%) испитаника третирано је антипсихотичном монотерапијом. Након доношења Националног водича добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење схизофреније, прописивање антипсихотичне монотерапије антипсихотичким лековима друге генерације било је значајно чешће у односу на претходни период (63,5% према 78,41%; $p < 0.001$). Фактори независно повезани са поштовањем препорука добре клиничке праксе су били старост ординирајућег лекара, старост и образовање пацијента и година хоспитализације.

Закључак: Након доношења Националног водича добре клиничке праксе за дијагностиковање и лечење схизофреније дошло је до значајних, али недовољних промена у обрасцима прописивања антипсихотичке терапије током третмана прве психотичне епизоде у Србији.

РАЗЛИЧИТИ СИНДРОМИ У ОКВИРУ СХИЗОФРЕНИЈЕ - ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Маја Томашек¹; Јасмина Смаић Хасановић¹, Јована Младеновић¹, Бојана Јањушевић¹

¹*Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић”, Београд, Србија*

Увод: Међу психотичним поремећајима, без сумње, централно место заузима схизофренија.

Нема јасних карактеристика које би означиле разлику између суманутих садржаја у схизофренији и других психотичних поремећаја, мада суманути садржаји карактеристични за схизофренију имају бизарни карактер који се ретко виђа у другим поремећајима. Код ове врсте суманутих садржаја нема логичне повезаности између веровања и уобичајеног разумевања шта је могуће. Суманути садржаји у схизофренији су последица недостатка капацитета за логичко размишљање. Није им потребна логичка потврда.

Приказујемо случај пацијенткиње са специфичним током и спектром симптома из схизофреничног круга, где је прва психијатријска хоспитализација одговарала флоридној психотичној слици са параноидном симптоматологијом, друга је имала јасне карактеристике Капграсовог синдрома, а трећа Котаровог синдрома у оквиру схизофреније.

Циљ: Успостављање успешне ремисије и поред лоше комплијансе пацијенткиње због сталног, специфичног уписа суманутог система у ефекат терапије.

Методологија: Примењиван је интегративни приступ (фармакотерапијски, индивидуални, психотерапијски)

Резултати: Применом интегративног приступа постигнута је задовољавајућа ремисија и комплијанса.

Закључак: Код ове пацијенткиње испољена је врло богата клиничка слика у оквиру схизофреније. На свакој хоспитализацији је испољена другачија патологија са озбиљним уливом у бихевиор пацијенткиње. Свака наредна хоспитализација је била све отпорнија на терапијске протоколе, са прогредирајућом симптоматологијом.

На првој хоспитализацији је била присутна флоридна психотична слика са доминантном параноидном симптоматологијом. На другој хоспитализацији је испољила симптоме Капграсовог синдрома.

На трећој хоспитализацији је испојила симптоме Котаровог синдрома у оквиру схизофреније, са идејом да нема унутрашње органе и због тога је одбијала пер ос терапију са обајашњењем да лекови „немају где да прођу и за шта да се вежу“. Због тога је постизање комплијансе био јако отежано.

ПСИХОПАТИЈА У СХИЗОФРЕНИЈИ И РИЗИК ОД АГРЕСИВНОГ И КРИМИНОГЕНОГ ПОНАШАЊА

Горан Ђинђић¹, Јелена Средановић¹, Драгана Павићевић¹

¹*Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић”, Београд, Србија*

Схизофренија као парадигма психичких поремећаја била је истраживачки изазов кроз историју. Због своје специфичности и тежње научника и клиничара за што бољим разумевањем поремећаја, изналажења терапијских могућности, и данас је предмет истраживачке знатижеље. Код схизофрених пацијената који су починили неко кривично дело или су испољили ризично агресивно понашање све чешће се говори о коморбидним дијагнозама важним у дијагностичком, терапијском и прогностичком смислу. У њиховом третману се региструју велике потешкоће како у самом току лечења тако и у исходу терапијских процедура. Коморбидни поремећаји и стања (проблематичан однос према алкохолу или неком другом психоактивном средству, поремећај личности, психопатија) значајно доприносе ризичном понашању. Схизофрене особе без коморбидних дијагноза добро реагују на уобичајене терапијске процедуре након којих долази до повлачења симптома основне болести што код схизофрених пацијената са коморбидним дијагнозама није случај. Циљ рада био би детектовање психопатских црта личности код схизофрених пацијената који су испољили ризично агресивно понашање или су починили неко кривично дело. Психопатска обележја била би испитивана употребом Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), коју је развио Роберт Харе (Hare, Neumann, 2008,2003,1991). Коришћена би била и MACH-IV Scale for machiavellianism. Резултати истраживања требало би да потврде темељне претпоставке да су психопатске црте личности код схизофрених пацијената који су испољили ризично агресивно понашање или су починили неко кривично дело, значајнија детерминанта ризичног понашања од основне болести. Ови пацијенти су чешће психијатријски лечени, чешће присилно хоспитализовани, лоше сарадње у лечењу.

**КЛИНИЧКА ФОРМА СХИЗОФРЕНИЈЕ И КАРАКТЕРИСТИКЕ
ЕМОЦИОНАЛНОГ ПРОФИЛА ЛИЧНОСТИ ЗНАЧАЈНИ У НАСТАНКУ
ДЕПРЕСИВНОСТИ И СУИЦИДАЛНОГ РИЗИКА У СХИЗОФРЕНИЈИ**

Катарина Ђокић Пјешчић¹

¹*Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић”, Београд, Србија*

Увод: Схизофренија као ментално обољење носи са собом повишени суицидални ризик. Депресија у схизофренији, било да је схваћена као психолошка реакција на стицање увида у болест или као емоционална димензија болести, даје посебан аспект у проучавању суицидалних фактора.

Циљ: је истраживање карактеристика емоционалног профила и клиничке форме схизофреније као фактора у настанку депресивности и суицидалног ризика у схизофренији.

Метод: Студија је дизајнирана као случај-контрола студија пресека која укључује пацијенте са дијагнозом схизофреније F20 по ICD-10 критеријумима, у фази иницијалне ремисије (CGI-I скор 2 или 1), старосне доби од 18 до 60 година, на лечењу у Клиници за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“. Групу случај чине N=53 пацијета са депресијом и суицидалним ризиком у схизофренији, а групу контрола N=159 пацијента са схизофренијом без депресије и суицидалног ризика. Инструменти истраживања су: CDSS за потврду депресије и суицидалног ризика у схизофренији, PANSS, PIE-JRS за утврђивање емоционалног профила и семиструктурисани интервју за прикупљање додатних података.

Резултати: 1. Интензитет негативних симптома схизофреније је значајно већи код пацијената који испољавају депресивност и суицидални ризик у фази иницијалне ремисије. 2. Емоционални профил личности пацијената са депресијом и суицидалним ризиком у схизофренији има повишен скор на димензијама лишеност, агресивност, одбацивање, а ниске скорове на димензијама заштита, инкорпорација и репродукција. 3. Рад на бољој психофармакотерапијској комплијанси и психоедукацији пацијената оболелих од схизофреније и њихове породице умањује ризик од развоја депресије у схизофренији и смањује суицидални ризик.

Закључак: Мултиплим логистичким моделом као предиктори депресивности и суицидалног ризика издвојени су: доминација негативног синдрома и лоша психофармакотерапијска комплијанса. Констелација доказаног повишеног депресивног потенцијала и суицидалних ризика намеће потребу примене превентивних мера.

ЕФЕКАТ АНТИПСИХОТИКА НА МЕТАБОЛИЧКЕ ПАРАМЕТРЕ У ПРВОЈ ЕПИЗОДИ СХИЗОФРЕНИЈЕ

Весна Стефановић¹

¹*Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић”, Београд, Србија*

Увод/циљ: Континуирани мониторинг метаболичких лабораторијских параметара намеће се као неопходност од самог почетка третмана прве психотичне епизоде да би се јасно раздвојиле оне које су инхерентни део болести од оних које су настале као потенцијални метаболички нежељени ефекти антипсихотика. Циљ нашег рада био је праћење вредности метаболичких показатеља, гликемије и липидног статуса у крви пацијената са првом епизодом шизофреније у корелацији са врстом примењене антипсихотичне терапије.

Метод: У раду смо одређивали вредности гликемије и параметара липидног статуса (укупног холестерола, липопротеина ниске и високе густине - ЛДЛ и ХДЛ, и триглицерида) у првој епизоди шизофреније код 78 пацијената Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић” у Београду, при пријему и након 4 седмице хоспиталног третмана у односу на врсту примењене антипсихотичне терапије (антипсихотици прве генерације, антипсихотици друге генерације и антипсихотичне политерапије).

Резултати: У првој епизоди шизофреније, након 4 седмице антипсихотичног третмана дошло је до статистички значајног повећања вредности триглицерида, холестерола (након примене антипсихотика друге генерације и комбиноване антипсихотичне терапије) и ЛДЛ-а (након примене антипсихотика друге генерације) у односу на вредности при пријему. Након 4 седмице антипсихотичног третмана у првој епизоди шизофреније није било статистички значајне разлике у броју пацијената који су задовољавали критеријуме за метаболички синдром.

Закључак: Наши резултати указују да се већ након 4 седмице антипсихотичне терапије код пацијената који се раније нису лечили антипсихотичима у првој епизоди шизофреније долази до поремећаја метаболичких параметара, чак и у групи пацијената третираних антипсихотичима прве генерације, иако мањој мери у односу на пацијенте лечене антипсихотичима друге генерације или антипсихотичном политерапијом.

ДА ЛИ АНТИПСИХОТИЦИ ИМАЈУ УТИЦАЈ НА ИЗРАЖЕНОСТ МЕКИХ НЕУРОЛОШКИХ ЗНАКОВА КОД ОСОБА ОБОЛЕЛИХ ОД СХИЗОФРЕНИЈЕ?

Тијана Цветић^{1,2}

¹*Клиника за психијатрију, КЦ Србије, Београд, Србија*

²*Факултет здравствених, правних и пословних студија „Сингидунум“, Србија*

Веза између шизофреније и неуролошких абнормалности уочена је рано, и била је предмет многих истраживања током последњих 35 година. Неуролошке абнормалности укључују како „тврде“ тако и „меке“ неуролошке знаке. Меки неуролошки знаци (МНЗ) представљају минорне, нелокализоване, објективне абнормалности које одражавају поремећај субкортикалних и кортикалних веза или веза између кортикалних регија. Третман антипсихотика може да доведе до јављања екстрапирамидних симптома и/или тардивне дискинезије. Ови моторни симптоми се често могу грешком убрајати у неуролошке знаке. Свеобухватна процена неуролошких абнормалности скалом за неуролошку евалуацију NES - Neurological Evaluation Scale (NES; Buchanan Heinrichs, 1989) је примењена на 30 пацијената са дијагнозом шизофреније животне доби од 20 до 30 година и укупном дужином трајања болести до годину дана и поређено са типом и дозом антипсихотичне терапије као и тежином симптома мереном ПАНСС скалом. Већина студија које су се бавиле овом темом нису нашле повезаност између доза антипсихотика и свеобухватној јачини неуролошких меких знакова код шизофрених пацијената. Наша демонстрација да су меки неуролошки знаци независни од медикаментозне терапије тј антипсихотика потврђује хипотезу да су неуролошки меки знаци повезани са етиопатофизиологијом болести и да су манифестација можданих тешкоћа које за последицу имају јављање шизофреније као болести.

УТИЦАЈ ДОЗИРАНЕ ФИЗИЧКЕ АКТИВНОСТИ НА СИМПТОМЕ БОЛЕСТИ КОД ОСОБА СА СХИЗОФРЕНИЈОМ

Ђорђе Ђурчић¹

¹Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, Београд, Србија

Увод: У последњој деценији све је веће интересовање везано за вежбање и то како оно може побољшати ментално здравље и бити додатна терапија у менталним поремећајима. Аеробне вежбе појачавају неуронске везе повећавајући број дендритних веза између неурона, доводи до стабилизације нивоа неуротрансмitera у централном нервном систему као и неуропластичности. Циљ ове студије је да испита утицај прописане, дозиране физичке активности на аеробни капацитет и симптоме болести код особа са шизофренијом.

Методологија: Истраживање је обухватило 90 хоспитализованих пацијената са шизофренијом подељених у две групе (по 45): пацијенти који су третирани само стандардним фармакотерапијским режимом, и пацијенти, који ће поред фармакотерапијског режима бити укључени у програм дозиране физичке активности. Свим пацијентима у обе групе на почетку и на крају студије био је измерен аеробни капацитет (VO_{2max}) који је најбоља мера способности организма да преузме кисеоник из спољашње средине и дистрибуира органима. Дванаесто-недељни програм вежбања (45 минута, 4 пута недељно) био је направљен за сваког пацијента посебно у зависности од његове утренираности. Симптоми шизофреније су мерени PANSS скалом пре и после програма вежбања.

Резултати: Особе са шизофренијом имају нижи аеробни капацитет у односу на очекиване вредности код здраве популације ($p=0.000$). Дозирана физичка активност у периоду од 12 недеља подиже аеробни капацитет код пацијената који су вежбали ($p=0.002$) и он је статистички значајно виши и у односу на контролну групу ($p=0.000$). После програма вежби забележена је статистички значајна разлика у параметрима симптома болести између групе која је уз фармакотерапију добијала и дозирану физичку активност (веће побољшање у PANSS субскали опште психопатологије ($p=0.007$) и у укупном PANSS скору ($p=0.001$)). Фармакотерапија заједно са вежбањем има значајан утицај на PANSS субскали опште психопатологије ($p=0.002$) и на PANSS укупни скор ($p=0.001$).

Закључак: Особе са шизофренијом имају нижи аеробни капацитет у односу на здраву популацију. Дозирана физичка активност подиже аеробни капацитет код пацијената, а заједно са фармакотерапијом значајније побољшава симптоме шизофреније, него када се фармакотерапија самостално примени. Дозирана физичка активност, могла би се применити не само као превенција и третман соматских коморбидитета код особа са шизофренијом, већ и као додатна терапија за значајније побољшање симптома саме болести.

ФАРМАКОТЕРАПИЈА ПЕРЗИСТЕНТНИХ ПОРЕМЕЋАЈА СА СУМАНУТОШЋУ

Небојша Живковић¹, Ђорђе Ђурчић¹, Горица Ђокић¹, Драгана Павићевић¹, Данило Стојковић¹

¹*Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, Београд, Србија*

Увод: Перзистентни поремећаји са суманутошћу (ППС) представљају групу психотичних поремећаја које карактерише релативно касно јављање, присуство добро структурисаних суманутих идеја, делимично оштећено свакодневно функционисање пацијента, лош терапијски одговор на примену класичних антипсихотика (антипсихотика прве генерације) и склоност ка брзој хронификацији. Неуробиохемијска основа ППС-а још увек није довољно испитана, али се сматра да у настанку ППС значајну улогу има интеракција серотонинергичког и допаминергичког неуротрансмитерског система. Имајући ово у виду, претпоставља се да би у лечењу ППС значајну улогу могли да имају атипични антипсихотици (антипсихотици друге генерације).

Циљ: ове студије је да утврди ефикасност терапије атипичним антипсихотикима (рисперидон, оланзапин, кветиапин, дугоделујући палиперидон) у лечењу ППС-а.

Метод: у овој клиничкој, лонгитудиналној студији је учествовало 137 пацијената између 18 и 65 година живота са дијагнозом ППС-а која је постављена према МКБ-10 критеријумима. Пацијенти су методом случајног избора сврставани у контролну и експерименталне групе, при чему су групе биле сличне по својим социо-демографским карактеристикама и тежини клиничке слике. Испитаници су праћени у периоду од шест месеци у хоспиталним и амбулантним условима, уз објективизацију клиничке слике путем PANSS, CGI и SAS скале. Контролна група је третирана халоперидолом (30 пацијената), док су експерименталне групе третиране рисперидоном (33 пацијента), оланзапином (33 пацијента), кветиапином (30 пацијената) и дугоделујућим палиперидоном (11 пацијената).

Резултати: Рисперидон, Оланзапин, Кветиапин и дугоделујући Палиперидон утичу на промену PANSS и CGI скорa након шест месеци третмана са високом статистичком значајношћу. Сви тестирани атипични антипсихотици редукују PANSS и CGI скор у односу на халоперидол са високом статистичком значајношћу. Овај ефекат је посебно изражен на PANSS негативној скали. Логистичком регресијом је установљено да су краће трајање болести, добра комплијанса и изостанак злоупотребе психоактивних супстанци предиктори доброг терапијског одговора за све испитиване атипичне антипсихотике. Проценат јављања нежељених дејстава, екстрапирамидалне симптоматологије, као и потреба за давањем антихолинергика, статистички је значајно нижа у корист свих тестираних атипичних антипсихотика.

Закључак: Рисперидон, Оланзапин, Кветиапин и дугоделујући Палиперидон показују већу ефикасност у лечењу ППС-а у односу на Халоперидол, са значајно мањим степеном нежељених дејстава. Нема статистички значајне разлике у међусобним ефектима атипичних антипсихотика на симптоме ППС-а. Највећа комплијанса постоји у групи пацијента третираних дугоделујућим Палиперидоном.

СИМТОМАТСКА ПСИХОЗА У ОКВИРУ СИСТЕМСКОГ ЛУПУСА-ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Јасмина Смаић Хасановић¹, Маја Томашек¹, Бојана Јањушевић³

¹*Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић”, Београд, Србија*

Увод: Симтоматске психозе представљају веома значајан део клиничке психијатрије којом се баве не само психијатри, већ и лекари других специјалности због преклапања симптома и обољења.

Известан број акутних симтоматских психоза је праћен, поготово у свом почетку, знацима опште инфекције, а познато је да не постоји токсоинфективно стање које се не може одразити на нервни систем у виду појаве разних мањих или већих психичких поремећаја.

Системски еритемски лупус је аутоимуна болест која захвата више органских система, између осталих и централни нервни систем.

Приказаћемо случај пацијенткиње која је примљена на психијатрију због измена психичког стања у смислу флоридне слике са конфузијом, узнемиреностју, дезорганизованим понашањем, маниформном сликом.

Током хоспитализације је примећено да су у лабораторији повећани запаљински фактори (SE, CRP), уз анемију и леукопенију, а пацијенткиња се жалила на умор и бол у зглобовима, а примећене су и промене на кожи лица у смислу еритема, па је укључен и консултант дерматолог и планирана даља детаљнија имунолошка испитивања по стабилизацији психичког стања.

Циљ: Успостављање успешне ремисије психичког стања и омогућавање да се настави детаљнија имунолошка дијагностика ради утврђивања евентуалног соматског узрока психотичне слике, као и даље одржавање успешне ремисије.

Методологија: Фармакотерапијски приступ по протоколу за акутну психотичну слику уз укључивања консултативне службе дерматолога и имунолога. На ЦТ-у ендокранијума су регистроване исхемијске лакунарне исхемије.

Резултати: Применом фармакотерапијског протокола постигнута је стабилизација психичког стања, смиривање агитације, афективна стабилизација и повлачење флоридне слике, што је био услов за омогућавање даље имунолошке дијагностике којом је накнадно потврђена дијагноза системског лупуса еритематодуса и прописана терапија која је укључивала и кортикостероиде.

Уследила је још једна хоспитализација након 6 месеци са маниформном сликом и инципијентним знацима орагницитета, која је била вероватно потенцирана

кортикостероидном терапијом, те је коригован психијатриски фармаколошки протокол што је довело до стабилизације клиничке слике пацијенткиње.

Закључак: Код атипичне клиничке слике која настаје нагло и праћена је и другим соматским симптомима увек треба посумњати и на могућу органску основу која даје симптоматску измену психичког стања.

Психијатрисјки фармаколошки протокол се мора, у таквим случајевима, специфично прилагодити самој клиничкој слици у оквиру основног обољења и прилагодити и терапији соматског стања што представља увек нови изазов за психијатре.

УТИЦАЈ ПОРОДИЧНОГ ФУНКЦИОНИСАЊА НА АКТУЕЛНО ПСИХИЧКО СТАЊЕ И ПОЈАВУ РЕЛАПСА КОД ПАЦИЈЕНАТА КОЈИ БОЛУЈУ ОД ПОРЕМЕЋАЈА ИЗ ПСИХОТИЧНОГ СПЕКТРА

Зорана Филиповић¹, Илија Јовановић¹, Татјана Суботић¹, Снежана Симовић Драганић¹

¹*Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић”, Београд, Србија*

У бројним досадашњим истраживањима потврђен је модел дијатезе и стреса код поремећаја из психотичног спектра, по коме су средински чиниоци у интеракцији са биолошким факторима могу довести до појаве поремећаја или поновног јављања различитих симптома. Као један од најзначајних срединских чинилаца у овом моделу издваја се породица, односно њена (дис)функционалност. Током година у више наврата је потврђен утицај породичне атмосфере, квалитета породичних релација и укључености чланова породице у третман на развој и даљи ток менталних поремећаја из психотичног спектра код појединца, а као најчешћи фактори истицани су ставови чланова породице према носиоцу симптома, приказани кроз ниво критицизма, хостилности, претеране или премале емоционалне укључености, тоpline и одобравања. Породична (дис)функционалност хетероген је концепт, који су истраживачи на различите начине испитивали, при чему је субјективни доживљај породичног функционисања неправедно запостављен. У нашем раду бавили смо се повезаношћу перцепције породичног функционисања са актуелним психичким стањем код пацијената који болују од поремећаја из психотичног спектра. Породично функционисање је одређено кроз Олсонов циркумплексни модел у коме је породично функционисање операционализовано кроз три димензије: кохезију, адаптабилност и комуникацију. Актуелно психичко стање је мерено кроз самопроцену субјективног благостања, присуства психичких проблема, квалитета личног функционисања и ризика за агресивне испаде. Узорак су чинили пацијенти Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“, који су у време испитивања на диспанзерским контролама, а критеријум за укључивање је актуелна дијагноза по ИЦД-10 класификационом систему менталних поремећаја.

ПЕТАК 12. ОКТОБАР – ВЕЛИКА САЛА

ФАКТОРИ РИЗИКА ЗА СМРТНОСТ ПАЦИЈЕНАТА СА ДИЈАГНОЗОМ ДЕЛИРИЈУМА У ЈЕДИНИЦИ ИНТЕНЗИВНЕ ПСИХИЈАТРИЈСКЕ НЕГЕ

Ивана Сташевић Карличич^{1,2}, Милена Сташевић¹, Александра Дутина¹, Никола Пандрић³

¹ Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Београд, Србија

² Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици), Србија

³ Министарство здравља, Влада Републике Србије

Делиријум је акутни или субакутни, најчешће реверзибилни синдром оштећења виших кортикалних функција, чест код хоспитализованих пацијената, и испољава се као генерализовани поремећај. Током хоспитализације 11 до 25% старијих пацијената доживи делиријум, док се код 29 до 31% старијих пацијената примљених без симптома делиријума овај синдром развија током хоспитализације. Многобројне студије су потврдиле да тежина болести значајно утиче на стопе смртности делирантних пацијената.

Циљ овог истраживања је био да утврди могуће факторе ризика за смртност пацијената са дијагнозом делиријума хоспитализованих у јединици интензивне психијатријске неге.

Испитивану популацију су чинили пацијенти Клинике за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Београд који су хоспитално лечени у јединици Интензивне психијатријске неге Одсека за ургентну психијатрију, под дијагнозом делиријума. Испитаници су били регрутовани методом узастопног узорковања. Узорак је био подељен у две групе. Групу случајева су чинили умрли, док су остали испитаници, отпуштени под дијагнозом - стање после делиријума - чинили контролну групу. Дијагноза делиријума је била постављена након психијатријске експлорације, по критеријумима тренутно важеће МКБ 10 и обухватила је дијагностичке категорије F05, F10.4 и F19.4. У узорак су ушли пунолетни пацијенти претходно прегледани или лечени у другој установи или претходно лечени на другим одељењима Клинике, као и пацијенти чији је први преглед обављен у пријемној амбуланти Клинике. За први хоспитални дан био је узет дан пријема у јединицу интензивне неге, без обзира да ли је пацијент претходно био хоспитализован у установи под дијагнозом другог психијатријског обољења. Из студије су били искључени пацијенти са дијагнозом карцинома или других облика малигнитета и пацијенти који су током посматраног периода пролазили кроз постоперативни ток.

Статистички значајна разлика између две посматране групе испитаника уочена је у вредности серумског калијума ($p < 0.001$), броју хоспитализација ($p < 0.001$) и дужини хоспитализације ($p < 0.001$). Статистички значајна удруженост са леталним исходима нађена је у случају вредности серумског калијума, па и у случају његових физиолошких вредности (95% CI 1.20, >1,000.00; $p = 0.004$).

Иако су број и дужина хоспитализација идентификовани као могући фактори преживљавања након отпуштања пацијената са делиријумом, само се вредност серумског калијума показала као статистички значајна. Пацијенти са повећаном вредношћу серумског калијума (или одсуство хипокалемије) вероватно захтевају интензивнији

третман у току лечења. Мониторинг вредности серумског калијума је значајан, не само као индикатор замене, већ и као индикатор неадаптације.

КОГНИТИВНИ ПОРЕМЕЋАЈИ ИЗАЗВАНИ ЛЕКОВИМА КОД СТАРИХ ОСОБА

Слободан М. Јанковић¹

¹ *Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Србија*

Увод/циљ: Стари пацијенти чешће од млађих развијају когнитивне поремећаје као последицу узимања лекова, што је последица делом физиолошких а делом патофизиолошких промена на централном нервном систему у старости. Делиријум или акутно конфузно стање је најчешћи когнитивни поремећај који настаје услед примене лекова, али се понекада може јавити и деменција. Наравно, због мултифакторске етиологије когнитивних поремећаја, често је тешко утврдити са сигурношћу да је баш лек или група лекова главни узрок. Циљ овог предавања је да пружи преглед лекова који могу изазвати когнитивне поремећаје код старих.

Методологија: систематски преглед литературе везане за тему уз проверу квалитета пронађених публикација

Резултати: Код особа старих 65 година или више са делиријумом, лекови се могу сматрати узроком у око 11 до 30% случајева. Када је у питању деменција, лекови могу бити значајан узрок у 2 до 12% случајева. Најчешћи механизми настанка делиријума су: (1) дозно-зависни ефекат, услед утицаја лека на функционисање неуротрансмитера у мозгу, кроз агонизам, антагонизам или ремећење синтезе и разградње; (2) идиосинкратски ефекат, који није дозно-зависан; (3) јатрогени узрок, услед неправилне примене лека.

Мада велики број различитих лекова може изазвати когнитивне поремећаје, они се најчешће срећу код антихолинергика и лекова који као један од нусефеката имају и антихолинергичко дејство (нпр. трициклични антидепресиви, фенотиазини, антихистаминици прве генерације и други). Иако су когнитивни поремећаји добро позната компликација антихолинергика, и даље велики број старих пацијената буде изложен тим лековима.

Осим антихолинергика, чест узрок делиријума су опиоиди (посебно у постоперативном периоду) и антиепилептици. Бензодиазепини могу погоршати постојећу деменцију, или је чак изазвати де ново. Многи лекови који иначе нису намењени за лечење обољења централног нервног система такође могу изазвати когнитивне поремећаје: кардиотоници, бета-блокатори, кортикостероиди, нестероидни антиинфламаторни лекови и неки антибиотици.

Закључак: Когнитивни поремећаји изазвани лековима се могу избећи ако се избегава полифармација, и ако се приликом избора лекова за старе води рачуна да нису на Беерсе листи (списак лекова чија примена се не препоручује код особа старих 65 година или више). У лечењу је важно што раније препознати да је когнитивни поремећај изазван леком, и прекинути његову даљу примену.

BIOMARKERS IN DEMENTIA

Mirajna Tatarević¹

¹ *NKS Olaviken alderpsykiatriske sykehus, Erdal, Norway*

Introduction: The term dementia is used as an overall term which describes mental state associated with a decline in memory, learning skills, changes in perception, language, thinking, judging, emotional control or/and behavior, which is severe enough to affect everyday activities, and which lasts over 6 months. It is assumed and evidence supported link between epigenetics-environmental factors, clinical phenotypes, intermediate patophenotypes og genetics involved in dementia occurrence.

Objectivs/Description: The majority of the patients suffering of dementia are with Alzheimer disease (60 - 80 %): the second most common dementia type is vascular dementia, but there is a significant number of dementia caused by other medical conditions, injuries and insults, including some autoimmune or inflammatory conditions, hypoxemia or neurodegenerative, irreversible such as Lewy body dementia, Creutzfeldt-Jakob disease, Parkinson`s diseases, or reversible, such as vitamin deficiencies or thyroid problems.

Methodology: Our understanding of the dynamic pathophysiological changes underlying certain dementia conditions has significantly advanced over the last decade thanks to the discovery and advance of disease biomarkers.

Results: A biomarker is an indicator of a biological state, a property that can be objectively measured and assessed as an indicator of normal biological processes, pathogenic processes, or pharmacological response to a therapeutic intervention. The most common used biomarkers are certain serum and cerebrospinal fluids` proteins, or inflammatory parameters and antibodies, EEG, brain imaging such as MR with spectroscopy, DAT scan and PET and genetics.

Conclusion Utility of certain biomarkers depends on that in which level they correlates with clinical features, both for diagnosis and prognosis. F.ex the clinical progression of AD is linked to specific neuropathological features, such as extracellular deposition of A β plaques, intracellular inclusions of tau protein in neurofibrillary tangles, and neuronal degeneration.

This is supported in most cases with brain imaging as a structural change, so supplementary brain imaging can light up many clinical uncertainties or support diagnosis.

Unfortunately, there are still some cases where biomarkers are not indicative enough, or overlap in clinical features, so in worst case they are supportive data for clinical features and outcome.

АКТУЕЛНИ ПРИСТУП У ТРЕТМАНУ АГИТАЦИЈЕ КОД ПАЦИЈЕНАТА СА АЛЦХАЈМЕРОВОМ БОЛЕШЋУ

Владимир Јањић^{1,2}

¹*Клиника за психијатрију, КЦ Крагујевац, Србија*

²*Факултет медицинских наука Универзитета у Крагујевцу, Србија*

Увод/циљ: Агитација у оквиру Алцхајмерове болести је један од најчешћих бихејвиоралних и психолошких симптома и јавља се код 40-70% оболелих. Она значајно утиче на целокупно стање болесника и неговатеља, и један је од најзначајнијих симптома који доводе до смештаја у институцију, као и давања лекова са значајним нежељеним дејствима. Због тога је веома важно њихово правовремено препознавање, праћење и правилно лечење. Циљ овог предавања је да пружи преглед терапијских приступа у третману агитације код пацијената са Алцхајмеровом болешћу.

Методологија: Подразумева систематски преглед објављених радова, водича и публикација везаних за савремени приступ третману агитације код пацијената са Алцхајмеровом болешћу.

Резултати: Најчешћи узроци настанка агитације у Алцхајмеровој болести су оштећење структура ЦНС-а, појава акутних и акутизација хроничних соматских болести, јатрогенизација (лекови) и утицај срединских фактора. Пре примене терапије неопходно је утврдити шта предходи појави агитације, тачан опис симптома као и од каквог је утицаја на пацијента и неговатеље. У терапијском приступу агитацији предност се даје нефармаколошким стратегијама. Од фармакотерапије најчешће се употребљавају антипсихотици који су ефикасни у мање од 60% случајева уз могућу појаву ЕПС-а, седације, кардиоваскуларних и других нежељених ефеката. Предност се даје атипичним у односу на типичне антипсихотике, уз велики опрез због великог ризика за смртни исход (цереброваскуларни и кардиоваскуларни акциденти) у односу на пацијенте који не добијају антипсихотике. Студије показују да неки антидепресиви (циталопрам, тразодон) и стабилизатори расположења (карбамазепин) могу дати ограничене ефекте у третману агитације. Такође, благотворни ефекти на агитацију су добијени у неким студијама и код примене инхибитора ацетилхолин естеразе и мемантина. Примена бензодијазепина се не препоручује због мање ефикасности (код мање од 50% пацијената) и могућих нежељених ефеката (падови, преломи, когнитивне сметње).

Закључак: Агитација је један од најчешћих некогнитивних симптома код пацијената са АБ. Коришћење антипсихотика у третману је уобичајено, али се морају имати на уму безбедносни ризици приликом њихове примене. Антидепресиви, стабилизатори расположења, бензодијазепини се користе у третману агитације код АБ,

али су резултати њихове ефикасности неконзистентни. Нефармаколошке интервенције имају значајну улогу у третману и треба им дати предност. Постоји потреба за новим истраживањима у овој области и евентуално увођења нових приступа.

KOGNITIVNE PROMJENE U PSIHIČKIM POREMEĆAJIMA – TERAPIJSKI PRISTUP

Alma Mihaljević Peleš^{1,2}

¹*Klinika za psihijatriju, KBC Zagreb, Republika Hrvatska*

²*Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Republika Hrvatska*

Tradicionalno su razni simptomi psihičkih poremećaja, poput depresivnog raspoloženja, anksioznosti, sumanutih ideja, vidnih ili slušnih obamana osjetila, predmet istraživanja i liječenja u psihijatriji. Štoviše, ovi simptomi su uvijek bili priznati kao svojstva psihičkih poremećaja, dok su istraživanja i utvrđivanja kognitivnih promjena bila sustavno zanemarivana. Klasični simptomi psihičkih poremećaja uvijek su se ublažavali s lijekovima, što nije bio slučaj i s kognitivnim poteškoćama. Kognitivne poteškoće smatrale su se sekundarnim simptomima i očekivalo se da će nestati s nestankom simptoma.

Kognitivno funkcioniranje odnosi se na percepciju, pamćenje, razmišljanje i svjesnost pojedinca. Očekivano, u starosti, uz pad fizičkih sposobnosti dolazi i do smanjenja kognitivnih funkcija. Međutim kognitivne teškoće pratilac su većine psihičkih poremećaja, što bitno usporava proces oporavka bolesnika, kao i njegovu radnu i socijalnu rehabilitaciju. Budući da kognitivne funkcije povećavaju izgleda za zapošljavanje, održavanje kvalitete života i kvalitetnu integraciju u društvenu zajednicu, poboljšavanje i održavanje kognitivnih sposobnosti danas postaje bitan cilj psihijatrijskog liječenja.

Kognitivni simptomi mogu se danas nazvati vodećim simptomima većine psihičkih poremećaja. Kognitivne teškoće se razlikuju u različitim psihičkim poremećajima i ne predstavljaju samo gubitak pamćenja. One zahvaćaju različite aspekte funkcioniranja kao npr. pažnju, pobuđenost, radnu memoriju, izvršno funkcioniranje, epizodičnu memoriju, semantičku memoriju, vizuelnu memoriju, verbalnu memoriju, gašenje straha, brzinu procesuiranja, proceduralnu memoriju, socijalne vještine, jezik i sl. Biološka podloga kognicije podrazumjeva kompleksnu mrežu koje djeluju u više vremenskih jedinica i uključuje različite dimenzije: od staničnih kaskada do neuronskih krugova. Molekularni supstrati kognicije kao što su G protein-vezani receptori, ionski kanali, transporter i drugi proteini koji sudjeluju u neuromodulaciji, predstavljaju potencijalne mete lijekova u suzbijanju kognitivnih poteškoća u psihijatrijskim poremećajima. U skladu s tim moderni lijekovi, koji ciljaju ove supstrate, ne oštećuju kognitivne funkcije, već naprotiv predstavljaju značajan napredak u psihijatrijskom liječenju. Pred nama je stoga era razvoja novih lijekova i metoda u liječenju psihičkih poremećaja. Kognitivne poteškoće uz druge psihijatrijske simptome, u modernom liječenju, moraju biti jedan od primarnih ciljeva liječenje, koji će se ostvarivati kroz primjenu lijekova, psihoterapiju, vježbanje socijalnih vještina i modernu tehnologiju.

ФРОНТОТЕМПОРАЛНЕ ДЕМЕНЦИЈЕДраган Павловић¹¹*Факултет за специјалну едукацију и рехабилитацију Универзитета у Београду, Србија*

Фронтотемпоралне деменције (ФТД) су дегенеративне болести мозга неупадљивог почетка и постепеног напредовања. Када се говори о ФТД, уколико се жели нагласити специфични процес, користи се и назив фронтотемпорална лобарна дегенерација. На ФТД одлази око 5% свих деменција, а по учесталости су четврте. Патолошки процес захвата фронталне и темпоралне режњеве и изазива промене понашања и сметње говору. У раној фази долази до заравњености афекта и губитка увида када је предоминантна захваћеност фронталног режња што је бихевиорална (фронтална) варијанта ФТД, а код претежно темпоралне доминантне захваћености се јавља семантичка деменција. Говорни поремећаји се могу сврстати у три варијанте: примарна прогресивна, нефлуентна афазија, логокпеничка афазија и семантичка деменција. У ретким случајевима се развија амиотрофична латерална склероза (АЛС) деменција комплекс.

Диференцијално дијагностички долази у обзир нпр. фронтална варијанта Алцхајмерове болести, примарни психијатријски ентитети, Кројцфелд-Јакобова болест и друго. Патолошки, ови ентитети могу да буду Тау позитивни или са TDP-43-позитивним инклузијама, а постоје и неспецифични налази. Неуровизуелизација (магнетна резонанца, позитронска емисиона томографија) показује изоловану фронталну и/или темпоралну атрофију.

У бихевиоралној варијанти ФТД пацијенти постају ментално ригидни, персеверативни, дезинхибовани, стереотипни са оскудним говором. Један део ових болесника је апатичан, а други део дезинхибован. Оштећење орбитобазалне коре доводи до дезинхибиције и губитка емпатије. Дисфункција медијалне префронталне коре нарушава Теорију ума. У ова случаја страда социјална когниција. У каснијом фази ФТД може да се развије Паркинсонизам. Познате мутације се јављају у скоро трећине ових болесника. Узрочне терапије нема, а даје се симптоматска психијатријска терапија према клиничкој слици поремећаја понашања. У погледу говорних варијанти ФТД терапије нема. Ни један лек који се даје код деменција других типова у ФТД није делотворан.

ANTIPSYCHOTIC MEDICATIONS IN THE TREATMENT OF PSYCHOSIS IN PATIENTS WITH PARKINSON'S DISEASE

Nevena Divac¹

¹Institute of Pharmacology, Clinical Pharmacology and Toxicology, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Republic of Serbia

Up to 50% of patients with Parkinson's disease experience psychotic symptoms which in some cases have detrimental effects on patients' and caregivers' quality of life and may predict nursing home placement and mortality. The pathogenesis of psychotic symptoms in Parkinson's disease is complex, but the use of dopaminergic medications is one of the most important risk factors.

All antipsychotic medications may worsen motor symptoms and that complicates the treatment of psychotic symptoms in Parkinson's disease. The efficacy of clozapine in the treatment of psychosis in patients with Parkinson's disease has been confirmed in several clinical trials; however, the adverse effects and the necessity of white blood cells count monitoring are the reasons why the use of this drug is challenging, especially in nursing homes settings.

The studies on safety, tolerability and efficacy of other antipsychotics in the treatment of psychosis in patients with Parkinson's disease yielded conflicting results. The use of antipsychotics in these patients is also associated with increased mortality. However, the psychotic symptoms in Parkinson's disease *per se* are also proven predictors of mortality. Therefore, it is necessary to treat psychotic symptoms in these patients, but the choice of an antipsychotic should be individualized, based on careful risk/benefit assessment for each patient. Pimavanserin as a novel therapeutic option with more favorable adverse effects profile has recently become available for this indication, but careful post-marketing monitoring is necessary to establish the true picture of this drug's long-term safety and efficacy.

ДЕПРЕСИЈА И АНКСИОЗНОСТ - ПОСТИКТАЛНЕ КОМПЛИКАЦИЈЕ МОЖДАНОГ УДАРА

Снежана Филиповић-Данић^{1,2}

¹*Клиника за неуропсихијатрију, КБЦ Косовска Митровица, Србија*

²*Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у
Косовској Митровици), Србија*

Увод: Депресија и анксиозност су озбиљне али уобичајене последице možданог удара. Око 30% преживелих од možданог удара клинички имају симптоме постикталне депресије (ПСД), а преваленца појаве анксиозности (ПСА) је 20-25%. Ове појаве су повезане са лошијим функционалним статусом, когнитивном дисфункционалношћу, а повећана је и стопа mortalитета за 3 до 7 пута.

Циљ рада: Процена учесталости депресије и анксиозности након možданог удара као и њихов утицај на дугорочну прогнозу.

Резултати: Велике рандомизиране студије показују да је инциденца ПСД у распону од 5 до 60% код свих типова možданог удара, уз нешто мању преваленцу ПСА. Велика корелативна студија у Кини објављује податак да је преваленца ПСД око 40%, при чему је она која се јавља у раном периоду до две недеље након акцидента, заступљена у око 34%. Депресија је повезана са лошим функционалним опоравком, смањеним свакодневним активностима, смањењем физичке функције, лошијим когнитивним опоравком, повећањем стопе mortalитета. Анксиозност је повезана са лошом самоконтролом, смањеном мобилношћу и умром. Компромитују исход рехабилитације и негативно утичу на квалитет живота након možданог удара. Проблем коморбидитета, јер пацијенти са možданим ударом често у клиничкој експресији имају и афазију, агнозију, поремећаје когниције, додатно отежавају дијагностиковање ПСД и ПСА.

Закључак: Депресија и анксиозност значајно ремете квалитет живота преживелих од možданог удара. Депресија и анксиозност након možданог удара су повезане са три пута већим mortalитетом као и знатно лошијом прогнозом у односу на функционални исход. Све ово доприноси важности психијатријског прегледа и потреби за мултидисциплинарним приступом у третману ових стања.

CHROMATIN TEXTURAL PARAMETERS OF BLOOD NEUTROPHILS ARE ASSOCIATED WITH STRESS LEVELS IN PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

Igor Pantić^{1,2}

¹*Institute of Medical Physiology, Faculty of Medicine, University of Belgrade, Republic of Serbia*

²*University of Haifa, Israel*

Introduction/Aim: During the past 20 years, there have been numerous attempts to design and apply a simple, affordable blood analysis tool for diagnostic and prognostic purposes in psychiatry. In this article we demonstrate that some mathematical parameters of chromatin organization and distribution in blood neutrophil granulocytes, are related to stress levels in patients diagnosed with recurrent depressive disorder (RDD).

Methods: The study was performed on 50 RDD participants who were asked to complete Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21). Peripheral blood samples were obtained from all participants, smeared on glass slides and stained using a modification of Giemsa method. A total of 500 representative chromatin structures (10 per patient) of neutrophil granulocytes were evaluated using textural analysis with the application of Gray level co-occurrence matrix (GLCM) method. Parameters such as angular second moment (indicator of textural uniformity), inverse difference moment (textural homogeneity) and textural variance, were calculated.

Results: The results indicate that there is a statistically highly significant correlation between certain chromatin GLCM parameters such as inverse difference moment, and DASS-21 stress score. There was also a significant difference in chromatin GLCM parameters in patients diagnosed with RDD with psychotic features, when compared to the ones without psychosis.

Conclusion: These findings suggest that in the future, chromatin GLCM features might have a certain predictive value for some clinical features of recurrent depressive disorder.

КОГНИТИВНИ АСПЕКТИ СХИЗОФРЕНИЈЕЈелена Ђорђевић¹¹ *Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Београд, Србија*

Схизофренија је данас готово универзално призната као неуробиолошки поремећај са снажним неурокогнитивним компонентама. За разлику од ранијих когнитивних студија схизофреније које су често биле фокусиране на разликовање „оштећења мозга“ од схизофреније или описа схизофрених мисли на стриктно психолошком нивоу током последњих неколико деценија расте значај неуропсихолошких истраживања која се у великој мери заснивају на: (1) спецификацији неурокогнитивних образаца повезаних са схизофренијом и идентификацији неуроанатомских и/или неуропсихолошких система који леже у основи схизофреније и/или (2) идентификацији когнитивних снага и слабости и њиховог утицаја на функцију самосталног живота. Истраживања у овој области настоје да учине интеграцију између неуробиолошких и функционалних дефицита са клиничком феноменологијом која се виђа у схизофрених пацијената. Неуропсихолошки профил схизофрених пацијената обухвата као најпроминентније дефиците пажње, памћења и егзекутивних функција, са блажим поремећајима функције говора и визуо-просторне обраде информација. Дефицит социјалне когниције је релативно новије подручје истраживања. Досадашњи налази указују да је социјално когнитивни дефицит присутан код схизофрених болесника као и да представља независни аспект когнитивног функционисања и поље осетљивости у психози. Истраживања когнитивне дисфункције у схизофренији указују на хетерогеност степена изражености и профила поремећаја као и на чињеницу да степен изражености поремећаја и његов профил не одговарају увек клинички постављеној дијагнози. Варијабилност когнитивних профила међу схизофреним пацијентима указује на суштинску дилему да ли је когнитивни поремећај језгровна карактеристика схизофреније или се јавља само у неких схизофрених пацијената; ако и да ли је он део самог схизофреног процеса, или је резултат деловања других фактора. Међутим, новији докази сугеришу да би когнитивни дефицити могли представљати ендотипске маркере болести.

Когнитивни дефицити утичу на функционисање схизофрених пацијената у свакодневном животу и степен интеграције у социјалну заједницу што представља важан чинилац функционалног исхода. Овакви закључци упућују да лечење схизофрених пацијената не треба да буде усмерено само на редукцију психопатолошке феноменологије, већ и на лечење когнитивних дефицита како фармаколошким, тако и нефармаколошким рехабилитационим мерама.

ВАСКУЛАРНЕ ДЕМЕНЦИЈЕ И ВАСКУЛАРНЕ КОМПОНЕНТЕ У ДЕМЕНЦИЈАМА

Александра Павловић^{1,2}

¹ *Клиника за неурологију КЦ Србије, Београд, Србија*

² *Медицински факултет, Универзитет у Београду, Србија*

Васкуларно когнитивно оштећење (ВКО) је термин који обухвата читав спектар васкуларне патологије мозга која доприноси или стоји иза било ког степена когнитивног оштећења, у распону од субјективног когнитивног пада до деменције. Термин ВКО је данас већином заменио термин васкуларна деменција (ВаД), највише са образложењем да је ВКО шири појам који обухвата и случајеве са истим патолошким променама и клиничким манифестацијама али блажег степена који (још) не испуњавају критеријуме за деменцију. Изучавање ВКО скопчано је са бројним методолошким проблемима, услед тешкоћа са дефиницијом, хетерогености патохистолошких радиолошких налаза, као и интригантног феномена удружене појаве неуродегенеративних и неуроваскуларних процеса, са дискутабилним степеном и смером повезаности. Различити критеријуми заправо идентификују различите групе болесника или боље рећи подгрупе ВКО, као што је деменција након МУ или деменција услед болести малих крвних судова мозга, који се чине најбоље дефинисаним ентитетима у склопу ВКО. Поред класичног когнитивног профила са успореношћу когнитивних процеса, проблемима егзективних функција (планирање, организовање и праћење моторног понашања), пада визуопросторних, говорних и мнестичких функција, болесници са ВКО имају и бихејвиоралне и психијатријске симптоме (апатија, анксиозност, депресија). ВКО ремети активности свакодневног живљења и лични и професионални живот и оболелог и његове околине, и по правилу је прогресивна. Пацијенти са ВКО имају за 3-5 година краће преживљавање у односу на оболеле од Алцхајмерове болести, код којих време од дијагнозе до завршетка живота у просеку износи 7-10 година. За сада није одобрен ни један симптоматски лек за лечење ВКО, мада постоје докази о извесном позитивном ефекту инхибитора холинестеразе и НМДА антагониста (мемантин).

ПРОДРОМАЛНА И БЛАГА ДЕМЕНЦИЈА У АЛЦХАЈМЕРОВОЈ БОЛЕСТИ - КЛИНИЧКИ АСПЕКТИ И ДИЈАГНОЗА

Горица Ђокић¹

¹ *Клиника за психијатријске болести „Др Лаза Лазаревић“ Београд, Србија*

Према подацима из World Fact Book за 2017. годину Србија спада међу старије земље на свету према просеку година становништва са 42.2 године. Најстарије земље на свету су: Монако 51.1, Немачка 46.5 и Јапан 46.1. Према подацима Светске банке из 2017. године у Србији има 17% становника старијих од 65 година. Свака друга старија особа живи сама или у старачком домаћинству.

Глобална преваленца деменције, без обзира на узрок, износи између 5% и 7% у популацији старијој од 60 година, што је највећа преваленца након кардиоваскуларних, цереброваскуларних и малигних болести.

Деменција је синдром-група симптома који могу имати бројне узроке. Карактеристични симптоми деменције су проблеми са упамћивањем, памћењем, проналажењем речи при говору, тешкоће при решавању проблема и друге когнитивне сметње које ометају свакодневно функционисање особе. АД је најчешћи тип деменције коју има 60-80% особа са деменцијом. Мали проценат особа са Алцхајмеровом болешћу (испод 1%) има мутацију неког од три специфична гена: гена за амилоид прекурсорски протеин (APP), и гена за протеине пресенилин 1 и 2. Особе које наследе APP и пресенилин 1 мутацију ће сигурно оболети од Алцхајмерове болести. Особе које наследе пресенилин 2 мутацију имају 95% вероватноћу да оболе од Алцхајмерове болести. Особе које имају било коју од ове три мутације најчешће развијају симптоме болести пре 65. године живота.

Када се изузму случајеви код којих Алцхајмерова болест настаје због генетских абнормалности, научници се слажу да Алцхајмерова болест, као и друге хроничне болести, настаје услед мултиплих фактора. Највећи фактори ризика за настанак Алцхајмерове болести са касним почетком су: старије животно доба, позитивна породична анамнеза на Алцхајмерову болест и присуство APOE-ε4 гена (уз вероватноћу да су последња два фактора ризика истоветна). Остали фактори ризика за настанак Алцхајмерове болести могу бити кардиоваскуларни фактори, тешке хипогликемијске кризе, трауматске повреде мозга / хронична трауматска енцефалопатија.

Алцхајмерова болест има три стадијума: рани - преклинички стадијум без симптома, средњи стадијум са благим когнитивним поремећајем и завршни стадијум са клиничким симптомима деменције.

Узевши у обзир сва досадашња истраживања, за дијагнозу Алцхајмерове болести су се издвојила три биолошка маркера: бета амилоид ($A\beta_{1.42}$), Тау протеин I фосфорилувани Тау на 181 позицији. Они се детектују из цереброспиналне течности и повећавају валидност дијагнозе Алцхајмерове болести са сензитивношћу >95% и специфичношћу >85%.

ФАРМАКОТЕРАПИЈСКИ ТРЕНДОВИ У ПРОПИСИВАЊУ ТЕРАПИЈЕ БИХЕЈВИОРАЛНИХ И ПСИХОЛОШКИХ СИМПТОМА ДЕМЕНЦИЈЕ, ПАЦИЈЕНАТА ОБОЛЕЛИХ ОД АЛЦХАЈМЕРОВЕ ДЕМЕНЦИЈЕ

Бранимир Радмановић^{1,2}

¹ *Клиника за психијатрију, КЦ Крагујевац, Србија*

² *Факултет медицинских наука, Универзитет у Крагујевцу, Србија*

Увод: Бихејвиорални и психолошки симптоми деменције јављају се код више од 80% пацијената оболелих од Алцхајмерове болести и представљају један од најчешћих разлога за рану институционализацију и повећање укупних трошкова лечења. Прави проблем настаје током укључивања фармакотерапије обзиром на биолошко старење које подразумева промене у фармакодинамици и фармакокинетици, сензорне промене, структурне промене органа, губитак неурона; психолошки проблем и социјални проблем.

Циљ рада: Анализа фармакотерапије односно прописаних медикамената који се користе у третману бихејвиоралних и психолошких симптома деменције на територији Шумадијског округа и упоређивање добијених резултата са актуелним водичима и препорукама. Други циљ се односи на постојање разлика у фармакотерапији између институционално збринутих пацијената и оних који су амбулантно лечени.

Материјал и методе: Спроведена је дескриптивна, ретроспективна студија пресека. Истраживање је спроведено у Клиничком центру и у Геронтолошком центру у Крагујевцу. Студијом су обухваћени пацијенти прегледани од стране психијатара у периоду од 01.09.2016. до 01.11.2017. године. Подаци су се прикупљали на основу „згодног“ узорка.

Резултати: Студијом је обухваћено 115 пацијената, просечне старости $79,25 \pm 6,991$ година. Институционално збринутих пацијената је било 62, док је амбулантно збринутих пацијената било 53. Више од две трећине испитаника су добијали анксиолитике, најчешће лоразепам у просечним дозама 2,64 (институционално збринути) односно 3,18mg дневно. Најчешће прописивани антидепресив је био Тразодон где су амбулантно лечени пацијенти добијали просечно 97,83mg дневно, а институционално смештени 80mg. Мање од половине пацијената који су смештени у установу социјалног типа је добијало антипсихотик за разлику од оних који бораве у кућним условима где је антипсихотик прописан у више од половине случајева. У обе групе доминантно је прописиван Рисперидон.

Закључак: Терапија која је прописана дементним особама за бихејвиоралне и психолошке симптоме деменције је у складу са препорукама националних и иностраних водича. Институционално збринути пацијенти имају ниже (прилагођеније) дозе прописаних лекова у односу на пацијенте који се лече амбулантно.

ПСИХИЈАТРИЈСКЕ МАНИФЕСТАЦИЈЕ ПАРКИНСОНОВЕ БОЛЕСТИ

Марко Мирић¹

¹ *Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у Косовској Митровици), Србија*

Увод: Паркинсонова болест представља најчешћи ентитет синдрома паркинсонизма и једно је од најчешћих неуродегенеративних обољења, са преваленцијом од 160 на 100.000 становника у Европи. Са старењем популације очекује се пораст броја оболелих од ове болести. Патолошку основу ове болести чини дегенерација и пропадање неурона пре свега у парс цомпакта субстанције нигре и присуство Леујевијевих тела у преосталим неуронима захваћених подручја док фармаколошку основу болести чини редукција нигростријатне допаминергичке трансмисије.

Циљ рада: Иако се болест клинички манифестује моторним симптомима, као што су брадикинезија, ригидитет, тремор и постурална нестабилност, све је већи број студија које указују на значај немотроних симптома. Циљ овог рада је да анализира психијатријске манифестације овог обољења, с обзиром да су оне често запостављене али у значајној мери нарушавају квалитет живота пацијената.

Материјал и методе: Прегледом доступне литературе утврђивана је учесталост психијатријских манифестација Паркинсонове болести.

Резултати рада: Највећи број студија указује да су најчешће психијатријске манифестације депресија (просечна преваленца око 35%), анксиозност (преваленце до 40%) и психозе (од 15% до 52%). Барем један од наведених психијатријских симптома је присутан код око 65% пацијената. Они су повезани и са когнитивним, функционалним и променама у социјалном функционисању. Ови симптоми су раније обично повезивани са каснијим стадијумима Паркинсонове болести међутим, они се могу јавити и у врло раним стадијумима болести када би, уз врло дискретне моторне знаке могли бити од користи у раном дијагностиковању болести.

Закључци: На основу наведених резултата може се закључити да психијатријске манифестације Паркинсонове болести могу бити део природног тока болести али се могу јавити и као компликација дуготрајне терапије што додатно отежава лечење овог обољења и не ретко захтева мултидисциплинарни приступ пацијентима. Као најчешће психијатријске компликације терапије допаминергичима се истичу видне халуцинације, психозе, периоди конфузности, анксиозност, еуфорија и манија.

УТИЦАЈ РАЗЛИЧИТИХ ФАКТОРА НА КОГНИТИВНЕ ФУНКЦИЈЕ ОСОБА СА ЕПИЛЕПСИЈОМ

Ненад Милошевић¹

¹ *Медицински факултет, Универзитет у Приштини (са привременим седиштем у
Косовској Митровици), Србија*

Живот болесника са епилепсијом, сем директним јављањем епилептичких напада, може бити поремећен и другим сметњама које су више или мање независне од епилептичких напада. То се пре свега односи на когнитивне сметње, психичке и бихејвиоралне поремећаје и социјалну депривацију. Болесници са епилепсијом чешће него здраве особе имају когнитивне сметње. Притом је тешко проценити узроке когнитивног нарушавања због мултифакторске детерминације неуропсихолошког функционисања. Осим тога, популација болесника са епилепсијом је веома хетерогена, што онемогућава уопштавање њиховог когнитивног профила, односно не постоји посебан тип когнитивног дефицита који бисмо могли означити као карактеристичан за болеснике са епилепсијом. Фактори који утичу на настанак когнитивних поремећаја у болесника са епилепсијом су многобројни, а међу најважнијима је свакако етиологија напада. Ово је нарочито важно у симптоматским епилепсијама где основно оштећење мозга, на пример, траума главе или мождани удар, може само узроковати и когнитивне поремећаје. У вези са тим су локализација и латерализација епилептогеног фокуса. Године почетка болести, такође су критична одредница когнитивног и бихејвиоралног оштећења код болесника са епилепсијом, а не мањи значај има и дужина трајања епилепсије. Сугерисано је да тип напада може бити важан фактор когнитивног оштећења. Уопште, генерализовани тонично-клонични напади су повезани са већим когнитивним оштећењем него фокални напади, док је највиши ризик опажен код понављаних епилептичних статуса. Велика учесталост напада значајно ремети неуропсихолошко функционисање, посебно када се ради о генерализованим тоничко - клоничким нападима, пошто се у овим случајевима повећава могућност хипоксије и других поремећаја, који дифузно ремете мождане функције. И интериктална, субклиничка епилептиформна пражњења су важан узрок поремећаја когнитивних функција болесника са епилепсијом. Тако се, код болесника са разним врстама епилептиформне активности јављају тежи неуропсихолошки дефицити, него код оних у којих се таква активност не региструје. Утицај антиепилептичких лекова на когнитивне функције има посебан значај јер је примена медикамената главни модалитет лечења болесника са епилепсијом. Ризик од когнитивних нежељених ефеката антиепилептичких лекова је повећан при примени више лекова и у већим дозама и при вишим нивоима антиепилептика у крви. Од осталих фактора, у међудејству многобројних, не мање важну улогу имају и хередитарни фактори, психосоцијални фактори (социјална стигматизација и едукацијска депривација), поремећаји спавања, секвеле након оперативног лечења епилепсије, нижа социјална зрелост и др.

НЕУРОПАТСКИ БОЛ – НЕУРОЛОШКИ И ПСИХИЈАТРИЈСКИ ПОРЕМЕЋАЈИ

Векослав Митровић¹

¹ *Медицински факултет, Универзитет у Источном Сарајеву, Босна и Херцеговина*

У складу са дефиницијом Међународног удружења за истраживање бола (енгл. International Association for the Study Pain – IASP) бол се дефинише као неугодно сензорно и емоционално искуство повезано са стварним или потенцијалним оштећењем ткива. Бол је универзално људско искуство, физиолошки симптом који има заштитну улогу с обзиром на то да упозорава на настало или на могуће оштећење ткива.

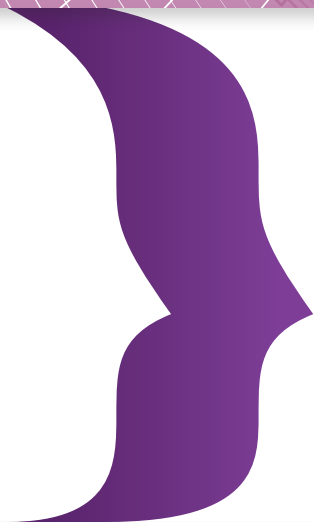
Неуропатски бол односи се на бол изазван клинички хетерогеном групом поремећаја, који се веома разликују по етиологији и презентацији. Новија клиничка и базична истраживања идентификују различите патофизиолошке механизме са могућим новим клиничким класификационим критеријумима бола (ноцицептивни, неуропатски и бол због централне сензитизације).

Неуропатски бол се јавља без икакве болне дражи или давно пошто је болна драж престала да делује, по току је хроничан, што значи да траје месецима, па и годинама. Психолошки фактори попут очекивања, депресије, анксиозности и страха могу погоршати интензитет и трајање бола.

Према савременом концепту неуропатску бол не треба сматрати само симптомом, већ и болешћу са компликованим патофизиолошким механизмом. Како су сложени механизми настанка неуропатског бола и различита места функционалног и органског оштећења нервног система за пријем и обраду сигнала бола, тако је сложен и терапијски приступ.

Без обзира на огроман напредак и разумевање патофизиологије и неуробиологије бола, као и постојање јаких лекова и ефикасних техника терапије, неадекватна контрола бола је чешће правило него изузетак. Стратегија лечења је мултидисциплинарна и мултимодална са применом фармаколошких и нефармаколошких метода. Мултимодално лечење укључује фармакотерапију, физикалну терапију, инвазивне и минимално инвазивне поступке лечења, комплементарне методе лечења, затим когнитивна и бихејвиорална терапија спроводене индивидуално или у групама оболелих, примена релаксационе и окупационе терапије могу да дају значајан допринос смањењу бола.

Actawell[®]
KVETIAPIN



Bipodis[®]
ARIPIPAZOL

Onzapin[®]
olanzapin



Actavis



*Други Национални конгрес болничке психијатрије
са међународним учешћем
Београд, 10-12. октобар 2018. године
Опера и Театар „Madlenianum”*

ДОКТОРОВА КУЛА



Председник Почасног одбора: Асс. др Златибор Лончар, Министар здравља РС

Председник Конгреса: Доц. др Ивана Сташевић Карличић

Председник Научног одбора: Проф. др Владимир Јањић

Председник Организационог одбора: Доц. др Владан Ђорђевић

Београд, октобар 2018. године



EUPHARM

Actavis