

PSIHIJARIJA RAZVOJNOG DOBA U NAŠOJ SREDINI

**Smiljka Popović-Deušić^{1,2}, Olivera Aleksić¹,
Milica Pejović-Milovančević¹**

¹ Institut za mentalno zdravlje u Beogradu

² Medicinski fakultet, Univerzitet u Beogradu

Apstrakt: Iako se radi o relativno mladoj i novoj naučnoj oblasti, koja svoje adekvatno mesto u svetu opšte psihijatrije nalazi tek krajem 19. i početkom 20. veka, postoje zapisi koji govore u prilog veoma dugoj istoriji opisa i prepoznavanja psihičkih poremećaja u dece. U radu se hronološkim redom iznose istorijski podaci vezani za dečju psihijatriju od antičkog doba i Aristotela pa sve do današnjih dana. Daju se podaci o do sada sprovedenim studijama prevalencije u oblasti psihijatrije razvojnog doba, kao i najnovija saznanja vezana za oblast psihofarmakoterapije dece i mladih. Posebno se iznose podaci o upotrebi antidepresiva, litijuma, antipsihotika (sa osvrtom na atipične antipsihotike). Kao primer organizacije psihijatrijske službe za decu i mlade ističe se Institut za mentalno zdravlje u Beogradu, koji od svoga osnivanja 1963. godine u svom sastavu ima Dispanzer za decu i omladinu i Odeljenje za decu i omladinu. Organizaciona struktura Bloka za razvojno doba se tokom godina dograđivala i usavršavala i može poslužiti kao model budućih psihijatrijskih službi za decu i mlade. U radu se daju i preporuke za dalje unapređenje sistema psihijatrijske zaštite dece i mladih.

Ključne reči: *psihijatrija razvojnog doba, prevalencija, psihofarmakoterapija, organizacija službe.*

Uvod

Dečja i adolescentna psihijatrija (razvojna psihijatrija) predstavljaju relativno mladu i novu naučnu oblast, koja počinje intenzivno da se razvija tokom proteklih 50 godina. Koreni nove, moderne dečje i adolescentne psihijatrije ne mogu se odvojiti od evolucije celokupne psihijatrije kao nauke, ali se moraju tražiti u kompleksnom, rasprostranjenom i povezanom sistemu činjenica i disciplina. Mnogi su spremni da potcene znanja vezana za razvoj dece i njihovu psihopatologiju koja datiraju iz perioda pre 20. veka. Međutim, pisani zapisi ukazuju na to da su fizičko zdravlje i psihološka stabilnost dece oduvek interesovali naučnike.

Istorijat razvoja dečje psihijatrije

Još u antičko doba **Aristotel** (384-323 pne) govori o sličnostima između dece i roditelja i značaju udaljenih naslednih veza.

Celzus (25-50 pne) savetuje da „decu ne bi trebalo tretirati kao odrasle“, te da se epilepsija i ludilo javljaju tokom mladosti, a da je pubertet kritičan životni period.

Pol od Egipte u 7. veku govori o hidrocefalusu, epilepsiji i enurezi.

Arapski lekar **Razes** u 9. veku govori o noćnim strahovima, nesanici i konvulzijama.

Tokom srednjeg veka mešaju se religiozna iskustva, demonsko posedovanje i psihološki abnormalne pojave. Otuda se u tom periodu smatraju normalnim mnoga ponašanja koja bi se u današnje vreme smatrala patološkim (1).

U vreme tog velikog raskoraka između razumnosti i nerazumnosti koja se progoni, **Komenski** u svojoj "Velikoj didaktici" (oko 1638. godine) piše: „Jer što je jedno dete slabije intelektualno i glupo, ono ima tim veću potrebu da mu se pomogne da se oslobodi te gluposti i da se leči njegova slabost...“. Komenski „glupo dete“ ne tretira kao „onostrano“, već napomniji da je ovom detetu potrebna posebna pažnja i uključivanje u školu. Pedagogija od Komenskog postaje „pedocentrična“ i prva naučna disciplina koja se bavi mentalno poremećenim detetom kao ravnopravnim članom društvene zajednice, a ne kao „onostranim“ i otuđenim bićem (2).

Tokom prve polovine 19. veka postoji povećan interes za ludilo mladih i opisuju se neobični slučajevi. Postoje podaci da su tokom celog 19. veka duševno obolela deca i mladi izdvajani iz porodica i smeštani u ludnice i azile.

Od 1850. godine *ludilo u detinjstvu* ima svoje mesto u radovima u

oblasti opšte psihijatrije i to:

1. **Grisindžer** (1867) govori o ludilu u detinjstvu i njegovoj zavisnosti od uzrasta; napominje da se retko pojavljuje pre puberteta, te da se mogu javiti svi oblici uključujući maniju i melanholiju.
2. **Modzlijeva** knjiga iz 1867. godine sadrži poglavlje "*O ludilu ranog života*", što je prošireno i dopunjeno 1895. godine posebnim poglavljem o ludilu dece i adolescenata.
3. Krajem 19. veka pojavljuju se monografije o ludilu u detinjstvu koje uključuju radove **Eminghausa** 1887 u Nemačkoj i **Moro d Tursa** (1888) i **Manhajmera** (1899) u Francuskoj.

Tokom ovog veka značajan razvoj postiže defektologija kao nauka koja se bavi hendikepiranom decom. U okviru ove grane značajna je koncepcija **Segena** koja je usmerena ka deci koja imaju otežanu sposobnost socijalizacije zbog ometenosti u razvoju.

Krajem 19. veka **Burnevil** organizuje medicinsko-psihološka savetovališta za rad sa decom koja su zaostajala u mentalnom razvoju. U ovim savetovalištim radio je tim stručnjaka koji se sastojao od defektologa, pedagoga i lekara. Ovakav timski način rada će psihijatrija odraslih i pedijatrija da otkriju tek mnogo kasnije. (2)

Razvojna psihijatrija u svetu tokom 20. veka

Najznačajniji napredak u razumevanju i brizi o poremećenoj deci i adolescentima dešava se posle Drugog svetskog rata, sa progresivnom ekspanzijom kliničkih znanja, službi, istraživanja, edukacije i profesionalnih aktivnosti.

Početak 20. veka dečja psihijatrija izrasta kao jedna nova disciplina u okviru koje je zastupljena interdisciplinarna saradnja između psihijatarata, psihologa, socijalnih radnika, defektologa. Ta nova disciplina je proistekla iz saznanja pedijatrije, psihijatrije, medicine azila, brige o mentalno reatriranim licima, psihoanalize, psihologije, defektologije i kriminologije. Ona je oblikovana naučnim dostignućima, pre svega psihijatrije, psihologije, neuropsihologije i neuropatologije. Pokušaćemo da iznesemo hronološki najvažnija zbivanja u ovoj oblasti:

1. **1902.** godine u Ankoni na Međunarodnom kongresu psihijatarata autor **Sante de Sanctis** objavljuje kliničku sliku rane dečje psihoze "*demetio precoccisima*", čime se daje do znanja da u oblasti poremećaja psihičkog života dece ne postoji samo mentalna retardacija, već i poremećaji koji se javljaju i kod odraslih.
2. **1905.** godine **Frojd** objavljuje "*Malog Hansa*", sa opisom fobije kod dece, porodičnih odnosa i njihovog uticaja na nastanak neu-

roze u detinjstvu.

3. Te iste godine, **Alfred Bine**, psiholog, dograđuje svoj sistem ispitivanja inteligencije u zajednici sa dr. Simonom.
4. 1905. godine takođe, **Dipre** opisuje kliničku sliku "*Motornog debiliteta*". Na taj način on pokazuje da se tokom detinjstva mogu pojaviti kliničke slike koje ne nastaju kao posledica lezije centralnog nervnog sistema, već disharmoničnog razvojnog toka onih struktura koje grade ličnost.
5. Ove polazne neuropsihološke osnove se dalje tokom 30-tih i 40-tih godina ovoga veka nadovezuju na istraživanja **Valona, Pi-jažea, Lurije i Vigotskog**. Svi ovi stavovi mogu da se svedu na zajednički imenitelj, a to je *kinesteziya*, koja je bitan činilac u formiranju psihičkog života u najranijem detinjstvu i ima posredničku ulogu između spoljašnje sredine i individualnog razvoja ličnosti.
6. Naziv *dečja psihijatrija* (psychiatrie infantile) je prvi put upotrebljen na Kongresu dečje psihijatrije u Parizu **1934. godine**.
7. Veliki uticaj na razvoj psihijatrije razvojnog doba imao je mentalno higijenski pokret koji je nastao u SAD i koji je podsticao nastajanje ustanova koje će se baviti prevencijom i lečenjem psihičkih poremećaja. Tako 1909. godine Healy u Čikagu formira Institut namenjen lečenju mladih psihopata u okviru koga su kombinovani pristupi i tehnike rada psihijatrije, psihologije i sociologije. Od 1922. godine otvaraju se klinike za vođenje i usmeravanje dece (child guidance clinics) sa poentom rada na sprečavanju delinkventnih oblika ponašanja. Vremenom ovo usmerenje se menja i sve više se pomera ka socijalno neprihvatljivim oblicima ponašanja dece, probleme ličnosti i školske probleme.
8. U Engleskoj se slične klinike otvaraju nakon edukacije kadrova u SAD. Do 1944.godine otvoreno je 95 klinika, koje su fokus svoga rada stavljale na probleme prilagođavanja dece. Njihov osnovni zadatak je bio pre svega da pomognu prilagođavanje individue u razvoju njenom okruženju, a ne da leče njenu mentalnu bolest Tako nastaje jedan potpuno nov model interdisciplinarnе saradnje između psihologa, psihijatara i socijalnih radnika koji je uobličio okvire rada dečje psihijatrije. Smatra se da je ova faza zapravo promovisala dečju psihijatriju.
9. Vanbolničke službe za mlade razvijale su se pri psihijatrijskim bolnicama ili pedijatrijskim službama, i to pre otvaranja stacionara za decu.

10. 1920. godine otvoreno je psihijatrijsko odeljenje za decu u SAD; u Engleskoj se otvara prvo dečje odeljenje u Maudsley Hospital tek 1947. godine.
11. Posebne službe za adolescente otvaraju se prvo u SAD, a posle Drugog svetskog rata i u Engleskoj, sa naglim razvojem krajem šezdeseth godina.

Tokom vremena različite teorije su bile dominantne u razumevanju i objašnjenju razvoja dece. Ono što je danas važno shvatiti je **da se razvoj karakteriše istovremenim postojanjem promena i kontinuiteta**, te da jedno ne može da postoji bez drugog (3). Napuštene su unidimenzionalne teorije razvoja i opšte je prihvaćen stav **da je razvoj neophodno shvatiti kroz multifaktorski pristup koji uzima u obzir interakciju bioloških, psiholoških i sociokulturnih uticaja na svim stadijumima razvoja i funkcionisanja**. Shodno takvom shvatanju razvoja i mogućih uticaja na njega, razvili su se novi terapijski pristupi lečenju poremećaja u dece i mladih, koji sve manje favorizuju samo jedan metod, već se uglavnom baziraju na sveobuhvatnom pristupu lečenja mlade osobe i njegovog neposrednog okruženja (intervencije u porodici, predškolskoj ustanovi, školi itd.).

Mentalni poremećaji mogu da oštete detetovo kognitivno funkcionisanje - što se odražava na njegovo rezonovanje i sposobnost učenja; mogu da utiču na njegova osećanja ili pak na ponašanje. U izvesnim slučajevima problemi se mogu ispoljiti samo u jednoj od ovih sfera funkcionisanja. Međutim, u ozbiljnim i teškim slučajevima, sve tri oblasti funkcionisanja su oštećene, tj. oštećni su - mišljenje, osećanja i ponašanje. Mnoga istraživanja koja su se bavila ishodom psihijatrijskih poremećaja u detinjstvu ukazuju na teškoće u adaptaciji tokom kasnijeg života. Mit o "prolaznoj fazi" je ipak samo mit, jer suviše često se susrećemo sa dugotrajnim problemima koji kompromituju prilagođavanje dece tokom dugog niza godina. Do sada sprovedena epidemiološka istraživanja ukazuju na zabrinjavajuću činjenicu, a to je **da poremećaji sa ranijim nastankom imaju lošiju prognozu** (4).

Studije prevalencije

Interesujući se za epidemioške karakteristike psihopatoloških ispoljavanja u dece i adolescenata u periodu od 1950. godine pa na dalje, sprovedeno je preko 50 različitih epidemioloških studija u svetu (5):

1. veličina uzoraka u tim studijama kretala se od 58 do 8.462, najčešće od 500-1000;
2. ispitivani su uzrasti od 1-18 godina;
3. "slučaj" je najčešće definisan pomoću Raterovih ili DSM kriteri-

juma;

4. najčešće upotrebljavan intervju je bio Raterov (Rutter schedule);
5. prevalenca poremećaja u dece se kreće od 1% do skoro 51% (srednja je 15.8%);
6. srednja prevalencija za predškolsku decu (uzrast od 1-6 godina) je 8%, za preadolescente (6-12 godina) je 12% i za adolescente (12-13 godina i više) je 18%.

Sprovedene epidemiološke studije ukazuju na sledeće:

1. raspoloživi podaci o prevalenciji poremećaja su ograničeni;
2. podaci o incidenciji i trajanju poremećaja skoro da ne postoje;
3. komorbiditet je sve upadljiviji u dečjoj i adolescentnoj psihijatrijskoj psihopatologiji;
4. ključ za razumevanje dečjih poremećaja je uloga razvojnih faktora, što je do sada malo istraživano;
5. krajnji cilj epidemioloških istraživanja je objašnjenje etiologije poremećaja, te je neophodno dalje preduzimati longitudinalne, prospektivne studije;
6. shodno tome, da bi se ispitaio uticaj faktora rizika na nastanak poremećaja postoji potreba za sprovođenjem epidemioloških studija u društvenoj zajednici;
7. uloga bioloških faktora je malo proučavana;
8. važno je shvatiti odnos između prisustva ili odsustva psihijatrijskih poremećaja i korišćenja različitih medicinskih službi (5,6).

Psihofarmakoterapija u razvojnoj psihijatriji

Početak moderne psihofarmakoterapije u oblasti razvojne psihijatrije vezuje se za ime **Bredlija**, koji je 1930. godine prvi put upotrebio psihostimulans (dekstroamfetamin) u lečenju hiperaktivnosti kod dece. Na žalost, istraživanja u oblasti pedijatrijske psihofarmakologije nakon toga su imala dug "latentni" period sve do 1970. godine.

Najveće prepreke daljem razvoju pedijatrijske psihofarmakologije su bile:

- postojanje različitih dijagnostičkih procedura
- nedostatak operacionalnih definicija i instrumenata za procenu

- nedovoljno poznavanje farmakokinetike lekova i uticaja razvojnih faktora

Tokom protekle dve decenije pedijatrijska psihofarmakologija je načinila značajan pomak u oblasti istraživanja lekova, indikacija za njihovu primenu, njihove bezbednosti i efikasnosti kod dece (7).

Deca se razlikuju u njihovom odgovoru na različite lekove. To se može bar delimično objasniti različitim razvojnim uticajima na farmakokinetiku lekova. Ne postoje detaljne farmakokinetičke studije većine psihotropnih lekova kod dece. Ipak, danas se zna da deca imaju znatno bržu i ekstenzivniju biotransformaciju psihostimulansa, tricikličnih antidepresiva i anksiolitika. Sledstveno tome, deca zahtevaju doze koje su oko 50% više od doza za odrasle, korigovano prema njihovoj telesnoj težini (8). Deca psihofarmake apsorbuju brže, plazma vezivanje je manje izraženo, a distribucija lekova u komornom sistemu veća je u poređenju sa odraslima (9).

Obzirom na učestalost depresivnih ispoljavanja u dece i adolescenata upotreba **antidepresiva** je opravdana i raširena. Do sada su najviše upotrebljavani triciklični antidepresivi (TCA), ali su sprovedene studije kod dece pokazale da su efekti TCA u odnosu na placebo efekte bez većeg značaja. Najčešći neželjeni efekti su antiholinergički (što je isto kao i kod odraslih - suva usta, opstipacija), ali i od strane kardiovaskularnog sistema. U poređenju sa TCA ili MAO, SSRI (selektivni inhibitori preuzimanja serotonin) ispoljavaju dobru efikasnost, uz manje izražene neželjene efekte i smanjen rizik kod eventualnog predoziranja. Zbog toga se danas u razvojnoj psihijatriji sve više upotrebljavaju SSRI i to pre svega fluoxetin (koji je ujedno i najbolje proučen SSRI kod dece i adolescenata), manje fluvoxamin, sertralin i paroxetin. (10)

Upotreba **litijuma** je široko rasprostranjena i opravdana u razvojnoj psihijatriji i pored toga što ne postoje sistematski sprovedene studije istraživanja. Litijum se upotrebljava ne samo u lečenju afektivnih poremećaja, već i u lečenju agresivnosti, poremećaja ishrane, kod metalno retardiranih koji su agresivni prema drugima ili sebi itd. (11)

Upotreba psihofarmaka u oblasti **anksioznih ispoljavanja** u dece je opravdana kada su simptomi anksioznosti veoma izraženi, perzistentni i kada se ne poboljšavaju na primenjene psihoterapijske ili psihosocijalne intervencije. Najviše se upotrebljavaju benzodiazepini. Oni sem anksiolitičkog efekta ispoljavaju i hipnotički, antikonvulzivni, sedativni i miorelaksantni efekat (12).

Upotreba **antipsihotika** je indikovana uglavnom kod:

1. dečje SCH;
2. psihoza razvojnog doba;
3. Tourette-ovog sindroma;

4. bihevioralnih poremećaja udruženih sa drugim dijagnozama, kao što su izražen hiperkinetski sindrom, poremećaj ponašanja, autizam itd.

Uvođenjem ovih lekova u terapiju, sem ciljanog antipsihotičnog efekta, postiže se i smanjivanje agresivnosti, napada besa, stereotipija i hiperaktivnosti. Njihovi neželjeni efekti uključuju ekstrapiramidne simptome u vidu akutnih distoničkih reakcija, akatizija i parkinsonizma, dok dugoročne CNS komplikacije podrazumevaju pojavu tardivnih diskinezija.

Od antipsihotika najviše se upotrebljavaju:

- 1) niskopotentni, tj sedativni antipsihotici (hlorpomazin, tioridazin);
- 2) visokopotentni, tj. incizivni antipsihotici (haloperidol);
- 3) novi atipični antipsihotici (clozapin, risperidon).

Novi, atipični antipsihotici su sve više u upotrebi, mada još uvek ne postoje sistematski sprovedena istraživanja u oblasti psihijatrije razvojnog doba. **Clozapin** je otkriven 1958. godine. Ima veliki afinitet prema D₁, D₄, 5-HT₂ i 5HT_{1c} receptorima, a mali afinitet prema D₂ i D₃ receptorima (13). Stoga su kod upotrebe ovog antipsihotika ekstrapiramidni neželjeni efekti ređi u poređenju sa klasičnim antipsihoticima. Dominantni neželjeni efekti su sedacija, snižen konvulzivni prag i krvne diskrazije (u oko 1% slučajeva moguća fatalna agranulocitoza) (12). Istraživanja su pokazala da je klozapin efikasniji od haloperidola i u odnosu na pozitivne i u odnosu na negativne simptome shizofrenije kod dece, kao i kod adolescenata sa ranim razvojem shizofrenije.

Razvojem novih generacija neuroleptika, postoji nastojanje da se clozapin zameni još novijim i bezbednijim lekovima. **Risperidon** postaje lek prvog izbora za odrasle shizofrene pacijente. Registrovan je 1994. godine. Svi su saglasni da je risperidon efikasan u odnosu i na pozitivne i na negativne simptome, a profil njegovih neželjenih efekata je manje opasan nego kod drugih neuroleptika (14). Studije koje se bave ispitivanjem dejstva risperidona na populaciji dece i adolescenata su retke. Ipak, naša početna klinička iskustva sa risperidonom su veoma dobra. Risperidon pokazuje izrazito visok afinitet za serotonergičke 5-HT₂ receptore i dopaminske D₂ receptore. Risperidon se takođe vezuje za alfa₁ adrenergičke receptore, i sa nešto manjim je afinitetom za H₁ histaminske i alfa₂ adrenergičke receptore. Ne vezuje se za holinergičke receptore. Risperidon se uglavnom dobro podnosi, ali obzirom na receptorski profil može dovesti do ekstrapiramidnih neželjenih dejstava (koja su ipak manje izražena nego kod klasičnih neuroleptika). Sva ova neželjena dejstva su blaga i redukcijom doze risperidona reverzibilna.

Razvojna psihijatrija kod nas

Kroz organizacionu shemu Bloka za razvojno doba Instituta za mentalno zdravlje daćemo primer davno organizovane i uvek usavršavane mreže psihijatrijske zaštite dece i adolescenata u našoj sredini. Institut (tada Zavod) za mentalno zdravlje u Beogradu je formiran 1963. godine, kao savremena psihijatrijska institucija, sa snažnom socijalno-psihijatrijskom orijentacijom. Već tada, u novoformiranoj instituciji postojale, su organizacione celine predviđene za decu i mlade i to:

- 1. Dispanzer za decu i omladinu i**
- 2. Odeljenje za decu i omladinu** (sa kapacitetom od 20 postelja; taj kapacitet je i danas isti).
- Ova dva dela funkcionišu kao jedinstvena celina u stručnom, kadrovskom i metodološkom pogledu. Odeljenje za decu i omladinu je retko - *čisto psihijatrijsko odeljenje* za decu i mlade na teritoriji bivše Jugoslavije, što se nije ni danas bitno izmenilo.
- 4. 1973.** godine formiran je - **Odsek za sveobuhvatnu psihijatrijsku zaštitu dece i omladine na teritoriji opštine Stari grad.**
- Od **1988.**, tj. 25 godina nakon osnivanja Instituta, osnovana je i **Dnevna bolnica za decu**, kao najprimereniji oblik za psihijatrijsko lečenje dece i mladih, jer se ne prekidaju porodične veze. Zbog prostorne ograničenosti u njoj se leče samo deca uzrasta do 14 godina.
- 1996.** formiran je **Psihotrauma centar za decu i mlade**, čije su aktivnosti usmerene ka pružanju pomoći deci i adolescentima koji su doživeli razna traumatska iskustva koja ih uznemiravaju, onespokojavaju i ometaju u svakodnevnom funkcionisanju. U sledećoj fazi očekuje se izgradnja *Dnevne bolnice za adolescente*.
- Od **1999.** godine u okviru IMZ-a pri Bloku za razvojno doba postoji tim koji se bavi **zaštitom dece od zlostavljanja i zanemarivanja.**

Formiranjem Odeljenja za decu i omladinu socio-psihijatrijska orijentacija Instituta nalazi svoju punu primenu kroz način funkcionisanja odeljenja, koji je zasnovan na principima terapijske zajednice u atmosferi koju karakterišu različitost uzrasta, polova i dijagnostičkih kategorija, zatim permisivnost, briga za drugoga, podsticanje zdravog dela ličnosti. Svakodnevni rad podrazumeva socioterapijske aktivnosti u vidu velike i male grupe, zatim individualnu psihoterapiju, defektološki tretman, timske prikaze pacijenata, rad sa roditeljima itd.

U okviru dispanzera promovišu se interdisciplinarni pristup i timske aktivnosti. Punopravni članovi tima postaju: lekar neuropsihijatar, psiholog,

socijalni radnik, defektolog, specijalni pedagog, pedagog medicinski tehničari. Ovakav timski pristup omogućava sveobuhvatno sagledavanje postojećih problema u dece, kao i puteve kojima bi trebalo ići u njihovom rešavanju. Ovo je okosnica rada i funkcionisanja koja je u velikoj meri zadržana i danas.

Značajan doprinos u socio-psihijatrijskom pristupu razumevanja poremećaja dece i adolescenata načinjen je povratkom dr Bojanina sa specijalizacije u Francuskoj 1968. godine, kada je pokušao da svoja saznanja iz Instituta za mentalno zdravlje u XIII arondismanu u Parizu prenese u našu sredinu. Naišavši na nerazumevanje pre svega psihijataru, on tek 1973. godine uspeva da načini iskorak van institucije i da uđe u društvenu zajednicu, tj. socijalno okruženje dece sa kojom je radio.

Verujući da je čovek pre svega socijalno biće, te da bi uzroke njegovih poremećaja kao i moguće pravce prevencije i lečenja trebalo tražiti u njegovoj okolini, dr. Bojanin uz pomoć saradnika uspeva *da otvori prve punktove u društvenoj zajednici*, naišavši na razumevanje rukovodećih ljudi u društveno-političkim organizacijama opštine Stari grad na čijoj teritoriji je Institut situiran. Krajem 1973. godine formiran je Odsek za sveobuhvatnu psihijatrijsku zaštitu dece i omladine na teritoriji opštine Stari grad, čime u punoj meri počinje praksa socijalne psihijatrije razvojnog doba u Beogradu, Srbiji i Jugoslaviji (15,16).

Dr Bojanin je svoja socijalno-psihijatrijska stremljenja u velikoj meri bazirao na naučnim saznanjima neuropsihologije, nauke koju je on promovisao i koja je u velikoj meri zahvaljujući njemu kod nas ugrađena u osnove dečje psihijatrije i socijalne psihijatrije razvojnog doba. Neuropsihologija nam razotkriva i moguće pravce preventivnog delovanja, jer ukazuje na konkretne somatske strukture preko kojih se ostvaruje socijalni uticaj na razvoj ličnosti i realizuje prvi dijalog između subjekta i sveta.

Polaznu osnovu socijalne psihijatrije razvojnog doba predstavlja svakako **socijalno polje** kao jedan složen odnos između osoba, prostora i vremena; ono predstavlja značajan etiološki i formativni činilac kako struktura tako i funkcija ličnosti koje se javljaju tokom njenog razvoja. Ličnost u razvoju otkriva uticaj socijalnog polja putem čula i kinestezije koji je upućuju na spoljašnji svet u kome postoje prijatne, neprijatne i indiferentnih draži, koje bude dete, izazivaju njegovo reagovanje i određuju njegovo ponašanje.

Osećajne potrebe deteta i adolescenta su vodeći dinamogeni činilac u procesu socijalizacije i psihosocijalnog razvoja. Osećajne potrebe izviru iz tri osnovne nagonске celine (nagon za samoodržanjem, socijalni i seksualni nagon) koje se postepeno javljaju kao pokretači aktivnosti i psihičkog života već tokom prve godine života.

Osećanja se nadograđuju na osećanje prijatnosti i neprijatnosti koje dete otkriva u datim životnim uslovima i kontaktima sa okolinom. Dete tokom prva četiri meseca života otkriva kao zadovoljstvo igru ekstremitetima, istezanjem tela, što čini i kada je samo. To ukazuje na činjenicu da je ono upoznalo telo i kinesteziju kao potencijalne izvore zadovoljstva već samim tim što ih oseća i što postoje.

Ostvarivanjem vizuomotorne kontrole polovinom petog meseca dete poseže za predmetima izvan tela, te se na taj način uobličava čin hvatanja. Od osmog-devetog meseca, otkrićem majke kao bića van sebe dete uključuje u svoje radovanje kinestezijom i hvatanjem i radovanje dodiranjem, pogledom i grljenjem drugih. Tako počinje da odvajanje prostor i predmete u prostoru od majke date njenim telom, pokretom, napetošću mišića, opuštenošću. Dete počinje da se uklapa u sve to ili da svemu tome daje postepen otpor. Između deteta i majke se uspostavlja prvo "tonični dijalog", zatim kinestetički, pa socijalni, što predstavlja prototip svih budućih socijalnih odnosa i puteva psihosocijalnog razvoja ličnosti (2).

Ove osnovne neuropsihološke postavke su u velikoj meri uticale na usmerenje puteva delovanja Odseka za sveobuhvatnu psihijatrijsku zaštitu dece i omladine ka socijalnom polju mladih, kao i na prevashodno stručno opredeljenje ka što opsežnijem razvoju mera primarne prevencije na terenu. Tako naše ekipe po prvi put ulaze u obdaništa, škole, internate, u okviru kojih zajedno sa osobljem tih institucija rade na zaštiti i unapređenju mentalnog zdravlja mladih. Punopravni članovi timova postaju pored naših stručnjaka (neuropsihijatar, psiholog, socijalni radnik, defektolog, medicinska sestra) i vaspitači, medicinske sestre i psiholozi predškolskih ustanova, kao i učitelji, nastavnici, psiholozi i pedagozi škola.

Otpori ulasku našeg tima u predškolske ustanove i škole su bili prepoznatljivi i naznačeni u početku rada (17). Oni su u velikoj meri poticali od straha osoblja od samih mentalnih bolesti, od bojazni da će doći do psihijatrizacije institucija, od nepotpunog razumevanja pojma mentalno zdravlje, od strepnje za eventualno otkrivanje defekta u sferi njihovog mentalnog funkcionisanja ili od bojazni da će doći do narušavanja njihovog profesionalnog autoriteta. Vremenom ovi otpori su prevaziđeni i naše ekipe su prihvaćene kao neko ko olakšava njihovo funkcionisanje u zajedničkom nastojanju da probleme dece razumemo i pokušamo da ih rešimo. Aktivnosti se odvijaju kroz timske sastanke na terenu (škola, predškolska ustanova, internat) ili našoj ustanovi, kao i kroz edukativna predavanja koja imaju za cilj da prošire znanja i povećaju senzibilitet osoblja ili pak roditelja za određene probleme i teme. Sva deca sa teritorije opštine Stari grad imaju posebno obeležene kartone, registar, kartone socio-psihijatrijskog praćenja i epidemiološke kartice.

Po modelu ovog Odseka formirane su slične službe na teritoriji opština Palilula, Novi Beograd, Zvezdara, Zemun, Vračar, Zrenjanin, Zaječar, Čačak, Kraljevo, Kragujevac.

Izlazeći van konteksta sveobuhvatne psihijatrijske zaštite, ponovo se vraćamo na primarnu prevenciju koja uključuje kocept rizika, protektivnih faktora i vulnerabilnosti. Faktori rizika su sve one okolnosti koje povećavaju mogućnost nastanka poremećaja. Ali njihova identifikacija ne znači obavezni nastanak poremećaja.

Najčešći faktori rizika su:

genetski faktori, faktori rizika tokom trudnoće, porođajna trauma, nedonesenost i drugi neonatalni problemi, zadesi u i van kuće, akutna i hronična somatska bolest, hospitalizacija, deprivacija i zanemarivanje dece, zlostavljanje dece, deca čiji roditelji imaju psihijatrijsku bolest, rani neuspeh u školi, izloženost akutnom stresu, odrastanje van porodice (dom, hraniteljska porodica), velike porodice, odsustvo oca.

Protektivni faktori su oni koji, ukoliko su prisutni, smanjuju verovatnoću da osoba oboli od određene bolesti. Svetska zdravstvena organizacija je istakla sledeće protektivne faktore:

- pol (devojčice su otpornije na stres od dečaka)
- temperament (adaptibilan, tj. "lak")
- izolovani stres (čak i hronični stres ukoliko je izolovan, čini manje štete od multiplih stresnih događaja)
- razvoj odbrambeni mehanizama
- dobar odnos sa jednim od roditelja
- uspeh ili dobra iskustva van porodice
- poboljšana porodična situacija (18).

Osetljivost (vulnerabilnost) i neosetljivost. Zapaženo je da postoje deca koja su u stanju da prevaziđu značajne deprivacije i ozbiljne psihosocijalne stresove bez razvoja psihijatrijskih popremećaja. I da nasuprot njima postoje preosteljiva deca koja čak i u nisko-rizičnim situacijama imaju povišenu tendenciju ka razvoju poremećaja. Zbog čega je to tako nije do kraja jasno.

Uzimajući sve ovo u obzir, a u okviru svojih *primarno preventivnih aktivnosti i programa*, dečja služba Instituta je u saradnji sa pedijatrijskim službama domova zdravlja razvila sistem **r a z v o j n i h s a v e t o v a - l i š t a**, prvo u Beogradu a onda i širom Jugoslavije. Važno je istaći da ovakva savetovališta postoje pri pedijatrijskim službama domova zdravlja i da njima rukovode pedijatri. U timu sem pedijatra postoje i psiholog, defektolog, medicinska sestra i socijalni radnik. Osnovna delatnost razvojnih savetovališta je *u ranom otkrivanju dece sa rizikom*, njihovo praćenje, rad na

podsticanju njihovog razvoja, i blagovremeno upućivanje drugim specijalistima ukoliko se za to ukaže potreba. Otvaranju savetovaništva je prethodila edukacija kadrova koja se sprovodila u okviru Instituta, uz redovnu superviziju rada na terenu.

Primarno preventivne aktivnosti dečje službe moraju sve više biti usmerene ka razvijanju programa za decu sa visokim rizikom („*high risk programs*“). To su pre svega hronično bolesna deca ili deca koja se primaju na bolničko lečenje (što ukazuje na neophodnost ostvarivanja koncepta pedijatrijske liaison psihijatrije); zatim deca koja su doživela smrt u porodici; deca sa malom telesnom težinom na rođenju; deca koja odrastaju u domovima; zlostavljana ili zanemarivana deca.

U cilju što bolje psiho-socijalne zaštite i podrške adolescenata koji žive u internatima u Beogradu jednom nedeljno se održavaju grupne aktivnosti pri različitim internatima, koje imaju svoj socioterapijski i rekreativni deo. Četvrtkom uveče se u centralnom Klubu prijateljstva u Hilendarskoj ulici održava zajedničko druženje mladih iz svih internata.

U okviru edukativnih aktivnosti koje imaju za cilj povećanje informisanosti iz oblasti mentalne higijene dece i adolescenata stručnjaka različitih profila (psiholozi, pedijatri, lekari opšte medicine, defektolozi, specijalni pedagozi) Institut već godinama organizuje „**Seminar iz mentalne higijene razvojnog doba**“. Nakon ovog seminara očekuje se da stručnjaci koji su u njemu učestvovali izoštre svoju senzibilnost i mogućnosti prepoznavanja poremećaja u mladima, kako bi što adekvatnije radili na prevenciji takvih stanja.

Mere sekundarne prevencije odvijaju se uglavnom u okvirima Instituta, kroz mogućnosti dispanzerskog tretmana, bolničkog lečenja ili dnevne bolnice za decu.

Godišnje kroz naš dispanzer prođe oko 15.000 bolesnika i pruži se oko 30.000 usluga.

U okviru odeljenja leči se oko 200 pacijenata godišnje, uglavnom iz kategorija težih psihijatrijskih poremećaja koji zahtevaju bolničko lečenje, sa prevagom broja pacijenata iz unutrašnjosti.

Dnevna bolnica je osnovana 1988. godine, znači 25 godina nakon osnivanja Instituta. Očigledno nemajući dovoljno sluha za potrebe dece, ovaj najpovoljniji oblik lečenja za decu i adolescente (jer ne kida njihovu vezu sa porodicom) dugo nam je bio uskraćen. I kada smo ga dobili to je bilo u malim, skućenim prostorijama koje su suzile naše indikacije za prijem kao i uzrast dece koju primamo. U okviru sadašnje Dnevne bolnice za decu primamo decu uzrasta do 14 godina. Godišnje se leči oko 60 dece.

Već dugo godina pri našem Institutu postoji istureno odeljenje škole „*Dr Dragan Hercog*“, koja je pre svega namenjena deci koja se nalaze na dugom bolničkom lečenju i koja uglavnom imaju somatske bolesti. Boreći se za mentalno zdravlje dece, za uvažavanje njihovih emocionalnih smetnji,

teškoća u prilagođavanju ili specifičnih smetnji u učenju, dr Bojanin je uz veliko razumevanje i saradnju školskih vlasti uspeo da se izbori da jedno istureno odeljenje škole bude situirano pri našem Institutu. Ova škola je dugo vremena imala samo prva 4 razreda osnovne škole sa oko 8 učenika. Ali zahvaljujući izvanrednom razumevanju i senzibilitetu za razvojne probleme direktora ove škole, od skora pri Institutu postoji kompletna osmogodišnja škola.

Mi se nadamo da će se dogradnjom Instituta dobiti prostor za Dnevnu bolnicu za adolescente, što je neophodnost za jedan više milionski grad, te da će uslovi za školovanje dece pri Institutu u okviru škole „Dr Dragan Hercog" postati mnogo humaniji.

Oblast gde su znatno zatajile socijalna psihijatrija i psihijatrija razvojnog doba (ali ne svojom greškom nego nerazumevanjem nadležnih i odgovornih društveno-političkih struktura) - je **oblast poremećaja ponašanja**. Mladih sa ovakvim oblicima ponašanja je sve više. Njima nije mesto na psihijatrijskom odeljenju za decu, gde se često upućuju kada se ne zna šta dalje sa njima i kada ne postoji institucija koja ih prima. Bez određenog konteksta, bez pedagoškog vođenja i bez dovoljno angažmana nadležnih centara za socijalni rad - često se čeka da navrš 14 godina, načine prvi kriminalni prekršaj, te da se upute u popravni dom zatvorenog tipa u Kruševcu. Odavno se ukazuje na potrebu otvaranja petodnevnih boravaka i institucija i za ovakvu kategoriju mladih, gde bi nosioci posla bili specijalni pedagozi, ali do sada nismo naišli na razumevanje. Jedino pri opštini Stari grad postoji za mlade delinkvente socioterapijski klub koji vode psiholog, defektolog i socijalni radnik i koji je napravljen po našem razvojnom sociopsihijatrijskom modelu.

Od pre nekoliko godina Beograd se može pohvaliti dobrim kadrovima, stacionarima i boravcima za mentalno retardiranu i autističnu decu. Nadamo se da će jednog dana nešto slično postojati i za psihotičnu decu, kao i za decu sa kombinovanim smetnjama.

Sve je veći broj **mladih koji zloupotrebljavaju psihoaktivne supstance** (uzrast se pomera na niže, te nije retkost da se radi već o deci uzrasta 11 ili 12 godina). Ova situacija kao da nas je zatekla nespemne. Njima nije mesto da se leče u okviru sadašnjeg Odseka za kliničko lečenje dece i omladine, iako po uzrastu nama pripadaju. A i Zavod za lečenje bolesti zavisnosti nije se pokazao kao adekvatno mesto za lečenje ovako mladih zavisnika. Razumevajući ovaj problem, naš Institut je načinio korak napred. Mladi zavisnici se nakon timske procene (Blok za razvojno doba i Blok za alkoholizam), primaju na bolničko lečenje zajedno sa jednim od roditelja na Odsek za kliničko lečenje alkoholizma i ostalih zavisnosti. U skoroj budućnosti očekuje se početak rada Dnevne bolnice za mlade politoksikomane u okviru Centra za porodičnu terapiju alkoholizma u Paunovoj ulici.

I najzad, na početku novog milenijuma mnogo jasnije znamo šta *ne znamo*, gde se moraju tražiti novi odgovori, i kakva se istraživanja moraju sprovesti da bi se ti odgovori dobili. Naša nova znanja i ideje počele su da utiču na psihijatriju odraslih, isto kao što nova otkrića odrasle psihijatrije utiču na naše polje. U oblasti razvojne psihijatrije došlo je do eksplozije novih znanja i ideja, koje su uticale na to da se izvrši revizija ili odbacivanje brojnih ranijih teoretskih i praktičnih koncepata, uz istovremeni razvoj novih pristupa lečenju i prevenciji poremećaja.

Želeli bismo još jednom, ulazeći u novi vek, da podvučemo značaj sledećih činjenica (3):

1. beba nije tabula rasa, već njene biološke karakteristike sve vreme igraju aktivnu ulogu utičući i modelirajući psihološke uticaje koje na nju vrši porodica i vanporodično okruženje;
2. novorođenče je u stanju da prepozna vizuelne obrasce, može da lokalizuje pravac odakle dolazi zvuk, poseduje širok opseg integrativnih mogućnosti, ono počinje aktivno da uči i može da se angažuje u socijalnoj komunikaciji i imitaciji odraslih;
3. biološka osnova čini bebu nezavisnom u velikoj meri od samog početka; ta osnova oblikuje sredinske uticaje na bebu, ali postoji i obrnuti odnos;
4. mnogi faktori utiču na život jedne osobe tokom svih stadijuma njenog razvoja; ljudski um odlikuje velika sposobnost za adaptaciju i integraciju u odnosu na nove i stresne događaje;
5. odbačene su unidimenzionalne teorije razvoja i prihvaćen je multifakorski pristup razvoju, koji uzima u obzir brojne faktore koji utiču na razvoj ličnosti;
6. sve više se insistira na identifikovanju faktora rizika koji mogu da predisponiraju nastanak poremećaja u detinjstvu;
7. ne postoje jedinstveni principi koji se mogu primeniti kao gotov recept na razvoj sve dece. Deca su različita, roditelji i porodice su različite, kao i društvene zajednice odakle pojedinci potiču. Međuigra svih ovih faktora će uslovljavati tok psihološkog razvoja i omogućavati različite puteve kuda ide razvoj ličnosti;
8. razvoj novih terapijskih tehnika pre svega - porodične terapije, kognitivno-bihejvioralne terapije i farmakoterapije, omogućava sveobuhvatni pristup lečenju dece i adolescenata, što se u praksi najčešće i primenjuje;
9. u cilju boljeg poznavanja poremećaja i mogućnosti njihovog lečenja neophodno je dalje sprovoditi epidemiološka istraživanja, kako retrospektivna tako i prospektivna;

10. istraživanja u oblasti farmakoterapije i farmakokinetike su takođe zadaci od prioriteta.

Umesto zaključka - naša očekivanja ili šta nam nedostaje

1. Neophodno je formiranje Dnevne bolnice za adolescente (u okviru IMZ-a).
2. Rekonstrukcija postojeće (ili izgradnja nove) Dnevne bolnice za decu.
3. Prijem uznemirenih, psihotičnih mladih u okviru specijalizovanih jedinica (pri odeljenjima za odrasle), koje bi dečije službe primale čim se malo smire i postanu manje opasni po sebe i svoju okolinu.
4. Potrebno je napraviti reformu postojećeg Odseka za kliničko lečenje dece i omladine, koje podrazumeva formiranje dve odvojene organizacione celine.
5. Kliničko psihijatrijsko odeljenje za decu i
6. Kliničko psihijatrijsko odeljenje za adolescente.
7. Ciljano lečenje mladih zavisnika (u okviru dnevne bolnice i kliničkog odseka).
8. Formiranje petodnevnih boravaka za decu i mlade sa izraženim poremećajem ponašanja, gde bi specijalni pedagozi bili okosnica stručnog tima.
9. Formiranje adekvatnih institucija za smeštaj mentalno retardirane dece sa udruženim poremećajima (psihoze, epilepsija, senzorni i motorni deficiti itd).
10. Formiranje institucija za smeštaj dece i mladih sa hroničnim psihozama.
11. Dalji rad na zaštiti dece i mladih od zlostavljanja i zanemarivanja, koji bi podrazumevao zakonske odredbe u cilju sankcionisanja zlostavljača i zaštite dece. Na to pitanje se nadovezuje i znatno efikasniji, prateći rad centara za socijalni rad i odgovarajućih ustanova socijalne zaštite.

DEVELOPMENTAL PSYCHIATRY IN OUR ENVIRONMENT

**Smiljka Popovic-Deusic^{1,2}, Olivera Aleksic¹,
Milica Pejovic-Milovancevic¹**

¹ Institute of Mental Health, Belgrade

² School of Medicine, University of Belgrade

Abstract: Though we are dealing with relatively new scientific field, which is getting its adequate place within general psychiatry at the end of 19th and the beginning of 20th century, there are evidences of very long history of description and recognition of psychiatric disorders in children. Authors are giving in chronological order historic data concerning child psychiatry since antique times and Aristotles up to date. The paper is giving information about prevalence studies conducted in child psychiatry, as well as latest news in child and adolescent psychopharmacotherapy. Use of antidepressives, lithium and antipsychotics (as well as atypical antipsychotics) is pointed out. Institute for Mental Health in Belgrade, having Inpatient and Outpatient Department for children and adolescents since its foundation in 1963, is taken as organization example for child psychiatric services. Organization structure of the Department for Child and Adolescent Psychiatry improved through past years can be a good model to future psychiatric services for children and adolescents.

Key words: developmental psychiatry, prevalence, psychopharmacotherapy, service organization.

Dr Smiljka POPOVIĆ-DEUŠIĆ, dr med. sci, neuropsihijatar, docent Medicinskog fakulteta Univerziteta u Beogradu, šef Odseka za kliničko lečenje dece i omladine Bloka za razvojno doba, Institut za mentalno zdravlje, Beograd.

Smiljka POPOVIC-DEUSIC, M.D., Ph.D., neuropsychiatrist, associate professor, Belgrade University School of Medicine, Head, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Mental Health, Belgrade.

LITERATURA

1. Parry-Jones W. History of child and adolescent psychiatry. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (eds): *Child and Adolescent Psychiatry - Modern Approaches*. Oxford: Blackwell Science Ltd; 1994. p.794-812.
2. Bojanin S. Neuropsihologija razvojnog doba i opšti reedukativni metod. Pančevo: GIRO "6 oktobar"; 1979.
3. Chess S. Child and adolescent psychiatry come of age: a fifty year perspective. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988; 27(1):1-7.
4. Klein R, Slomkowski C. Treatment of psychiatric disorders in children and adolescents. *Psychopharma Bull* 1993; 29:525-535.
5. Roberts R, Atkinson C, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1998; 155:715-725.
6. Popović-Deušić S. Kliničko-epidemiološka istraživanja psihičkih poremećaja dece i omladine u urbanoj sredini. Doktorska disertacija, Beograd: Medicinski fakultet; 1994.
7. Mirza KAH, Michael A, Dinan TG. Recent advances in pediatric psychopharmacology: a brief overview. *Human Psychopharmacology* 1994; 9:13-24.
8. Popper CW. Child and adolescent psychopharmacology. In: Solnit AJ, Cohen D, Schowalter JE (eds): *Child Psychiatry*, vol. 6. New York: Basic Books Inc; 1986. p. 417-439.
9. Popper CW, Famularo RF. Child and adolescent psychopharmacology. In: Levine MD, Carey WB, Crocker AC (eds): *Developmental-Behavioral Paediatrics*. Philadelphia WB: Saunders; 1983. p.1138-1159.
10. Steingard RJ, DeMaso DR, Goldman S. Current perspectives on the pharmacotherapy of depressive disorders in children and adolescents. *Harvard Rev Psychiatry* 1995; 2:313-326.
11. Campbell M, Perry R, Green W. Use of lithium in children and adolescents. *Psychosomatics* 1984; 25(2):35-41.
12. Carrey N, Wiggins D, Million R. Pharmacological treatment of psychiatric disorders in children and adolescents. *Drugs* 1996; 51(5):750-759.

13. Mortimer A. Newer and older antipsychotics. *CNS Drugs* 1994; 2(5):381-396.
14. Vuletić-Peco A. Psihofarmakoterapija u dečjem i adolescentnom dobu. Beograd: Centar za brak i porodicu; 2002.
15. Popović-Deušić S. Psihički poremećaji dece i omladine na teritoriji opštine Stari grad od 1973.-1983. godine. Magistarski rad Beograd: Medicinski fakultet; 1988.
16. Stanojević N, Popović-Deušić S. Medicinsko-psihološki aspekti primarne prevencije u adolescenciji. *Psihijatrija danas* 1979; XI(2):195-209.
17. Popović-Deušić S, Radulović K. Otpori u procesu savetovanja vaspitača i nastavnika u okviru sektorske psihijatrijske službe. *Psihijatrija danas* 1985; XVII(4):395-399.
18. Barker P. Prevention of child psychiatric disorders. In: Parker P (ed): *Basic Child Psychiatry*. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1988. p.308-321.