

## TROVANJA SA PSIHIJATRIJSKOG ASPEKTA

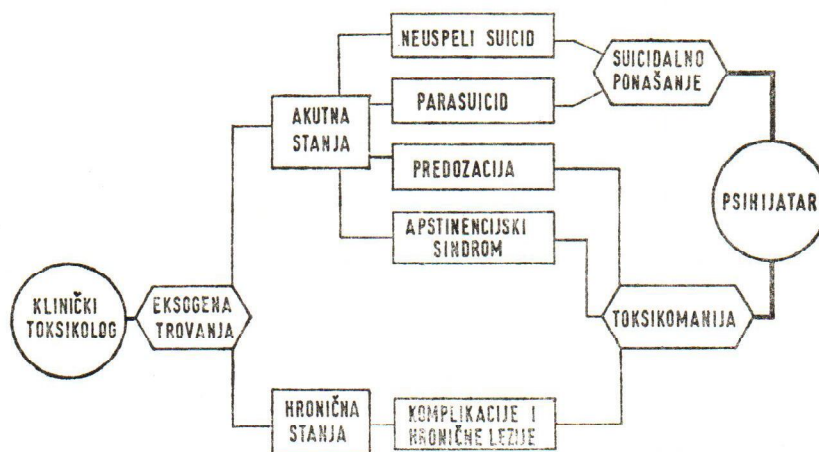
L. MILČINSKI

*Klinična bolnišnica za psihijatrijo Ljubljana — Polje*

*(Priljeno 25. VII 1980)*

Autor daje prikaz zdravstvene problematike u kojoj se do-  
diruju i delimično prekrivaju radna područja kliničkog toksiko-  
loga i psihijatra. To je rad sa samoubilačkim licima i sa toksi-  
komanima. Autor takođe ukazuje na aktuelnost te patologije  
u današnje vreme i kod nas, iznosi neke osnovne poglede na te  
pojave. Potreba za njihovim interdisciplinarnim razmatranjem  
zahteva da stručnjaci i ostali radnici koji u praksi dolaze u do-  
dir s tim licima, usvoje neke zajedničke osnovne polazne tačke  
za postupanje s njima.

Razmatrajući pitanja primarne prevencije trovanja možemo da kon-  
statujemo da tu više ne možemo da govorimo medicinskim jezikom, pa-  
čak ni onim koji se koristi u tretmanu psihopatoloških pojava. Poznato  
je da je npr. samo otprilike trećina ljudi koji se namerno otruju psiho-  
patološki motivisana, dok se svi ostali mogu razumeti u tom svom po-  
našanju, ali samo oslanjajući se na zakonitosti normalne dinamično-  
psihološke motivacije. A ako razmatramo pojavu masovnog, medicinski  
neindikovanog uživanja raznih hemijskih materija, npr. analgetika ili  
trankvilansa, taj fenomen opet ne možemo da tumačimo pomoću in-  
ventara pojmova kojim raspolaže medicina, već pomoću zahvata koje  
koristi sociologija. Međutim, takva kontatacija bi mogla i toksikologa  
i psihijatra da zavede u toj meri da pitanja koja se odnose na preven-  
ciju trovanja uopšte, eliminišu iz svog delokruga, a to bi bilo pogrešno.  
Teren na kojem smo se našli je izrazito interdisciplinaran i zahteva  
i saradnju struka van medicine (psihologije, sociologije i eventualno  
još nekih), ali prisustvo toksikologa i psihijatra u proučavanju tih po-  
java i planiranju adekvatnih protivmera svakako je neophodno. U  
prvom redu moraju u okviru same medicine pojedina područja da  
utvrđuju svoje dodirne tačke. Shematski bi se mogle da prikažu do-  
dirne tačke radnih područja kliničkog toksikologa i psihijatra u fazama  
tercijarne i sekundarne prevencije kako je prikazana na sl. 1.



Sl. 1. Shematski prikaz dodirnih tačaka radnih područja kliničkog toksikologa i psihijatra u fazama tercijarne i sekundarne prevencije

### Suicidalno ponašanje

Suicidalno ponašanje je globalno u porastu u čitavom svetu, s tim što je porast uspehli samoubistava umereniji od tzv. parasuicida (pokušaja samoubistva). *O'Brien* (1) navodi jednu britansku studiju koja pominje da je u periodu od 1947. do 1968. porast pokušaja samoubistva iznosio čak 3 000%. Kod takvih statističkih konstatacija treba, istina, računati i s tim da određena društvena konstelacija dopušta otvorenije izražavanje suicidalnih težnji (npr. manje osuđivanje suicidalnog ponašanja, što bi moglo da važi i za Veliku Britaniju, gde je tek 1961. godine ukinut zakon koji suicidalni akt tretira kao krivično delo). Toliko povećan broj suicidalnih aktova u statističkim izveštajima može da bude i rezultat veće zagrejanosti i bolje organizovanosti za otkrivanje suicidalnih aktova. Za bostonsko područje *O'Brien* procenjuje koeficijent pokušaja samoubistva na 750/100 000. Brojka ne izgleda preterana s obzirom da u istoj studiji citirane populacione ankete iz Velike Britanije i SAD, po kojoj bi u toku godine dana 0,6—0,8% svih anketiranih lica izvršilo bar jedan pokušaj samoubistva (odnosno, parasuicidalni akt). Dve trećine tih lica imaju manje od 30 godina. Autor navedene studije pretpostavlja da su uzroci raširenosti te pojave između ostalog ovi: opšta navika uzimanja medikamenata i droga svih vrsta, zatim nezadovoljstvo i razočaranje zbog mnogobrojnih društvenih kriza (SAD), a delimično i zbog veće pristupačnosti medicinskih ustanova i privlačnijeg oblika hospitalizacije za trovana lica.

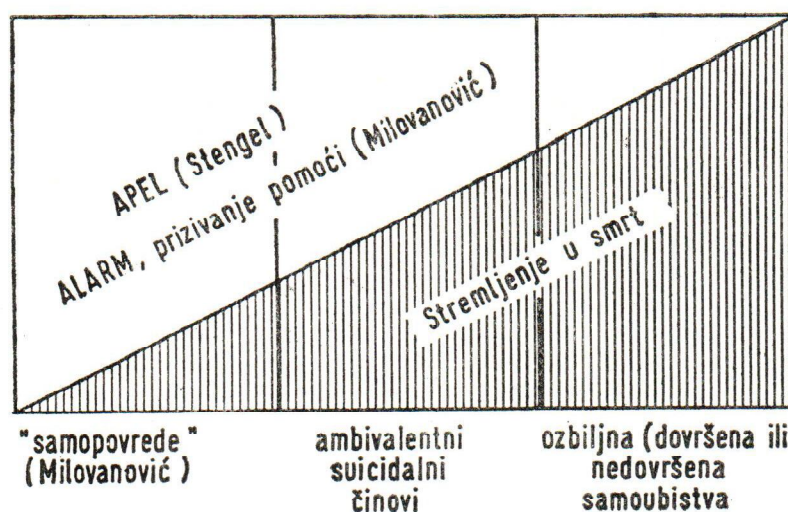
Broj uspehli samoubistava je porastao i u Jugoslaviji, naročito u Sloveniji i Vojvodini: prosekn koeficijenta samoubistva se od perioda 1950



—1957. do perioda 1962—1972. povećao: za Jugoslaviju sa 10,3 na 13,1, za Sloveniju sa 20,4 na 27,9 i za Vojvodinu sa 19,0 do 25,0. Ti koeficijenti i dalje rastu (2). *O'Brien* smatra da u Bostonu ima 39 puta više pokušaja samoubistva nego uspehlih samoubistava. Razume se, taj faktor nije opšte važeći. Međutim, ako naš, slovenački registar samoubistava i pokušaja na približno 600 utvrđenih uspehlih samoubistava dobije gotovo isto toliko prijava pokušaja samoubistva, znamo da taj broj suicidalnih pokušaja ne može da bude realan. Ako odnos između broja uspehlih samoubistava i pokušaja samoubistva veoma skromno procenimo na 1:5, broj pokušaja će iznositi 3 000 godišnje. Imajući u vidu da se u Sloveniji tri četvrtine slučajeva pokušaja samoubistva vrši trovanjem, a među tim trovanjima oko 68% su trovanja lekovima, to znači dobre 2 000 ljudi godišnje (a možda i mnogo više), koje zdravstveno osiguranje i farmaceutska služba same snabdevaju hemijskim materijama kojima se — u manje ili više izričitoj samoubilačkoj nameri — otuju.

Danas se u psihijatriji već prilično udomaćio naziv »*parasuicid*« za slučajeve koji su donedavno klasifikovani kao »suicidalni pokušaj« (tentamen suicidii). Do promene naziva došlo je na ovaj način: Klinička posmatranja nas uče da kod najvećeg dela onih koji se sami namerno otuju (ili drukčije povrede) u motivaciji njihovog postupka ne prevladuje želja za smrću. Zato su neki autori želeli da iz oznaka tih postupaka potpuno isključe njihovu povezanost sa suicidom, već su, kao npr. *Kessel* (3) govorili samo o »namernim samotrovanjima« ili »namernom samopovređivanju«. Posmatranja na osnovu kojih je zaključeno da se sudbine osoba kod kojih u anamnezi postoji slučaj takvog autoagresivnog postupka, ipak statistički češće završava samoubistvom nego među stanovništvom uopšte, dovela su do uverenja da takva samotrovanja i samopovređivanja (bez obzira koliko »teatralna« ili »demonstrativna«) ne treba istrgnuti iz svake leksičke povezanosti sa samoubistvom. Takva mera bi, naime, mogla da ima loše reperkusije na držanje prema tim licima. *Kreitman* (4) je tako došao do naziva »*parasuicid*«, koji je definisao kao »nefatalan čin kod kojeg individua nanese sebi povredu ili u organizam unese materiju u količini koja prelazi opšte dopuštenu ili propisanu granicu«.

Takav stav postaje prihvatljiviji ako usvojimo gledište o motivaciji suicidalnog ponašanja koje je zastupao *Stengel* (5). On svako takvo autoagresivno ponašanje tumači kao *antinomičan akt*, istovremeno okrenut i životu i smrti. U tom aktu je težnja za smrću isprepletana s *apelom*, pozivom u pomoć upućenom ljudima iz suicidantove okoline. Taj apel je često prikriven i otkriva se — često i samom suicidalnom licu — tek kad se uzmu u obzir vansvesni motivi. Interesantno je da je *Milovanović* (6) još 1929. godine došao do veoma sličnih saznanja, jer pominje »samopovrede« (= *parasuicide*) i »alarm«, »poziv u pomoć« (= apel) koji takvo ponašanje navodno predstavlja. Ti odnosi prikazani su na sl. 2.



Sl. 2. Shematski prikaz antinomije suicidalnog ponašanja

Shvatiti tu antinomiju samoubilačkog ponašanja znači usvojiti praktičnu mudrost bez koje u prevenciji samoubistva ne možemo nikamo: naime, da i u najupornijim slučajevima samoubistva možemo da otkrijemo bar mrvicu poziva u pomoć i da je i kod najdemonstrativnijih parasuicida prisutna — makar rudimentarna i vansvesna — težnja za smrću, koja u recidivima postaje jača i dobija primat pred »apelom« tako da se ne treba čuditi statističkim konstatacijama po kojima se i sudbina »parasuicidanata« češće nego sudbina ostalih ljudi završava samoubistvom.

Prema opisanim načelima i s obzirom na reciprocitet »apela« i »stremljenja za smrću« koji su prisutni u autoagresivnom aktu, suicidalno-parasuicidalno ponašanje bi moglo da se rangira po načelu po kojem će prva kategorija sadržavati najveću dozu »stremljenja za smrću« i najmanju dozu »apela«, a poslednja obrnuto: najmanje »stremljenja za smrću« i najviše »apela«:

1. Proračunat i planiran akt samoubistva kod kojeg se čovek obezbeđuje da ne bude otkriven u trenutku izvršenja. Akt u većini slučajeva uspeva, a ako ne uspe — to je samo zbog nepredvidivih okolnosti.

2. Nešto impulsivniji samoubilački akt, uz upotrebu opasnih sredstava ali ipak mali procenat mogućeg spasenja.

3. Ambivalentan autoagresivan akt s oko 50 odsto izgleda na spas, po načelu »iskušavanja sudbine«, odnosno »prepuštanja božjoj volji« da li će preživeti ili ne.



4. Autoagresivan, neurotično motivisan akt izvršen bezopasnim sredstvima i u okolnostima s velikim stepenom verovatnoće da će biti blagovremeno otkriven i bez trajnih posledica.

5. Fingirana, svesno odglumljena i tendenciozno-manipulativna predstava samoubistva, s programiranim osiguranjem da akt neće naškoditi zdravlju.

Drugo, isto tako važno načelo koje moramo imati u vidu u našim susretima sa suicidalnim licima jeste da njihov akt po pravilu nije neposredna reakcija na određeni aktuelni konflikt, već samo krajnji akt dugotrajne drame koja svoje početke može da ima već u sudbonosnoj konstelaciji međusobnih odnosa u pacijentovoj ranoj mladosti kad se čovekova ličnost još formira, a da i ne uzimamo u obzir urođene depresivne ili slične sklonosti.

Šta možemo na osnovu takvih saznanja da zaključimo za naš svakodnevni rad sa suicidalnim licima?

1. Da moramo i samoubilačko ponašanje u njegovim raznolikim oblicima kao rastuću patologiju da stavimo na dnevni red zdravstveno-preventivne problematike i da za nju izradimo doktrinu terapijskih mera i postavimo odgovarajuće preventivne barijere.

Pri tome treba imati u vidu da problematika primarne prevencije ovde prelazi okvire zdravstva i da razumevanje fenomena na tom nivou zahteva uključivanje socioloških zahvata.

2. Da se u nama lekarima i ostalom zdravstvenom osoblju prilikom susreta sa parasuicidalnim manifestacijama, koje često imaju notu neprirodnog, teatralnog ponašanja, ponekad čak i ucenjivanja, možda pojavljuju agresivna osećanja, koja zatim — manje ili više svesno — oslobađamo pod maskom medicinskih, odnosno psihoterapeutskih mera. Protiv takvih zapleta može da posluži ovaj savet: ako čoveku pružiš mogućnost da otkrije svoju životnu priču i aktuelni konflikt, i njegovo držanje će nam postati razumljivije i prihvatljivije. Dakle: slušaj, malo govori i obrati pažnju na svoje reči i postupke.

3. Saradnju između kliničkog toksikologa i psihijatra u tretmanu lica koje se namerno otrovalo zamišljamo kao štafetu, čiji je »prvi nosilac« toksikolog u periodu dok je pacijent biološki u toj meri pogođen da nije u stanju da komunicira ni sa kim, a potreban mu je niz urgentnih somatskih mera svake vrste. U toj fazi bi prisustvo psihijatra bilo suvišno i možda čak i ometalo rad. Međutim, to je svakako period prikupljanja heteroanamnestičnih podataka, npr. od rodbine pacijenta: o njegovoj ličnosti, o eventualnim emocionalnim opterećenjima i krizama kao i o okolnostima samoubilačkog čina. Pravilno je taj posao svakako prepustiti psihijatru ili psihoterapeutu. U poslednjoj fazi — onda kad je pacijent u tolikoj meri oslobođen somatskih posledica trovanja da mu pomoć kliničkog toksikologa više nije potrebna, prelazi u nadležnost psihijatra ili psihoterapeuta, dakle, stručnjaka specijalizovanog za razumevanje dinamizma ličnosti, psihopatoloških pojava i

specijalne psihodinamike suicidalnog ponašanja, a koji poznaje i tehnike i komplikacije psihoterapeutskih mera. Ali između dve opisane etape »štafete«, početne i završne, postoji i međufaza u kojoj toksikolog predaje »štafetnu palicu« — suicidalno otrovano lice — psihijatru ili psihoterapeutu. Taj međuperiod (koji traje nešto duže nego predavanje prave štafetne palice) predstavlja pravo vreme za što užu saradnju kliničkog toksikologa sa psihijatrom. Nisam, naime, mišljenja da toksikolog treba odmah da se povuče u pozadinu i da teren prepusti psihijatru čim se pacijent osvesti i postane sposoban za komuniciranje. Naprotiv, smatram da se klinički toksikolog nalazi u boljoj terapeutskoj poziciji jer može suicidalnog čoveka da uhvati u njegovoj »mekanoj« fazi, dok još ima fizičke poteškoće usled trovanja, dok je u stanju emocionalne regresije karakteristične za bolesnika i dok mu je i svest možda još malo zamagljena. Tada je otvoreniji za kritične teme oko svojih unutrašnjih i spoljašnjih konflikata. Tu nisu potrebne neke posebne psihoterapeutske sposobnosti, samo strpljenje i naklonjeno ljudsko uho, toliko da pacijent oseti da se u ustanovi u koju je stigao ne brinu za njega samo u somatskom smislu, već da može — možda prvi put posle dugog vremena — da porazgovara s nekim ko će ga razumeti i prihvatiti takvog kakav je.

Toksikolog koji u toj fazi uhvati kontakt s pacijentom i u opisanom smislu komunicira s njime, ostaje povezan sa psihijatrom koji je toksikologa globalno informisao o psihološkoj pozadini pacijentovog samoubilačkog čina, ukoliko je o tome bio informisan u prvoj fazi na osnovu prikupljenih heteroanamnestičkih podataka. Neke pacijente šokira neočekivani nastup psihijatra u toj fazi. Toksikolog koji je s pacijentom uspostavio dobar inicijalni kontakt može dobro da ga pripremi na zamenu terapeuta i ta ceremonija može i formalno da se obavi uz bolesničku postelju.

### *Toksikomanije*

Toksikomanije su u ovom kontekstu druga kategorija ometenosti, koja povremeno privlači pažnju i toksikologa i psihijatra. Ovde se nećemo zadržavati na umerenim uživaocima raznih psihotropnih supstancija (dakle, materija koje na bilo koji način deluju na duševno stanje čoveka), jer ta populacija u suštini predstavlja samo sociološki, a ne medicinski problem. Interesuju nas slučajevi u kojima se radi o povremenoj zloupotrebi psihotropnih materija, odnosno, kad čovek uzme toliku količinu takvog sredstva da je u određenom periodu u biološkom, psihološkom ili sociološkom smislu izbačen iz koloseka, odnosno oni slučajevi u kojima govorimo o zavisnosti u pravom smislu reči, što znači da čovek robuje drogi samo psihički (reminiscencijama na prijetno delovanje) ili već fizički (što znači da je droga već postala integralni deo metaboličkog događanja, tako da prekid u uzimanju pro-



uzrokuje apstinentske simptome). Za razliku od situacije u zapadnim zemljama, kod nas (bar u Sloveniji) po socijalnoj patološkoj važnosti prva mesta zauzimaju alkoholizam i tabletomanija — bolje rečeno »analgetikomanija«. Tako pokazuje naša, u vreme toksikomanskog bu-ma napravljena studija o uživaocima droga među našom psihijatrijskom populacijom (5), po kojoj je u to vreme među našim klijentima te vrste bio čak 51% uživalaca analgetika. Da uživanje i zloupotreba analgetika nisu samo stvar ograničenog kruga toksikomana, već da se radi o obimnoj infiltraciji stanovništva tim materijama, pokazuje, na primjer, studija mr ph. B. Arkove (6), koja je utvrdila da je u toku 1976. godine 200 000 stanovnika mariborskog područja konzumiralo 7 554 200 raznih analgetičkih tableta, što znači 50 tableta godišnje po glavi stanovnika starijeg od 15 godina. Srećom, mi u Sloveniji možemo da konstatujemo da broj klijenata te vrste opada. Pre otprilike pet godina mogli smo da razlikujemo dve podvrste uživalaca analgetika na stepenu zloupotrebe i zavisnosti:

a) lica srednjih godina (većinom zaposlene domaćice) kao hronični uživaoci analgetika — zavisni, potencijalni klijenti internističkih službi zbog nefroloških i hematoloških oštećenja,

b) adolescenti sa povremenim ekscjesima uživanja analgetika, mogući pacijenti urgentnih internističkih službi zbog (nesuicidalnih) predozacija.

Rezimirajmo još i ono što smo rekli u vezi s toksikomanimijama.

1. Druga kategorija psihički problematičnih lica koja mogu sa slikom akutnog ili hroničnog trovanja da se nađu kod kliničkog toksikologa, a i kod interniste drukčije usmerenosti, jesu toksikomani. Pri tome se treba podsetiti da i apstinentski sindrom može da stvara simptomatiku koju bi onaj koji s tim nije upoznat mogao da oceni kao akutno trovanje. Zato je veoma važno umeti diferencirati ta stanja.

2. Ako kao lekari želimo da na tom području zadovoljavamo aktuelne domaće potrebe, moramo da se pomirimo s tim da će među kazuistikom biti malo »interesantnih slučajeva«, već da će to pretežno biti banalne, ali možda opasne intoksikacije alkoholom i analgeticima. Treba biti spreman i na to da farmaceutska industrija može svakog trenutka da pošalje na tržište nov analgetik, anksiolitik ili nešto slično što će uskoro postati privlačna droga za određeni krug emocionalno labilnih ljudi. Tu je važno da se lekar koji propisuje te nove preparate ne pouzda slepo u prospekte u ambalaži tih lekova, jer iskustva isuviše dobro pokazuju da lek može da bude reklamiran kao da ne stvara naviku, ali se posle nekoliko meseci pokaže da je ipak stvara.

3. Kod pacijenta te vrste će kliničaru, naviknutom na saradnju pacijenta u terapijskom procesu često nedostajati njihove iskrenosti i zahvalnosti. Ako imamo u vidu još i to da je društveni odnos prema potrošačima droga — često pod uticajem neadekvatnog predstavljanja

problema i značaja uživanja droga od strane masovnih medijuma — uopšte uzevši primarna moralna osuda i da je u tom smislu indoktriniran znatan deo lekara, treba veoma obratiti pažnju na to da naš lekarski odnos prema pacijentu-toksikomanu ne poremete razne predrasude. Prvu barijeru od prodora takvih elemenata koji remete formiranje odnosa između bolesnika i lekara, predstavlja upoznavanje pacijenta kao ličnosti i okolnosti u kojima živi. Upoznavanje sa psihodinamičnim zakonitostima u koje je pacijent uhvaćen može da odbije priličan broj agresivnih («negativno kontratransfernih») oštrica u komuniciranju s takvim bolesnicima. Tu može kliničkom toksikologu opet da bude od velike pomoći psihijatar ili psihoterapeut, koji bolje poznaje psihodinamičnu analizu takvih i sličnih pacijenata, kao i kontratransferne reakcije zdravstvenog osoblja na njih. Svakako je teže poljuljati sistematizovan, ideologizovan otpor prema pacijentima te vrste i to je stvar dužih interdisciplinarnih grupnih diskusija, koje dopuštaju da se terapeuti upuštaju i u analizu sopstvenih reakcija u takvim situacijama. To zahteva priličnu zrelost svih učesnika i nije mi poznato da li se to negde kod nas uopšte i radi.

Misli koje želim na kraju još da izrazim odnose se i na prvu i na drugu kategoriju pacijenata, možda bolje rečeno — klijenata o kojima je bila reč. Odnose se, međutim, podjednako i na toksikologe, kao i na psihijatre. Problem može da predstavlja upravo probni kamen naše zrelosti za interdisciplinarnu saradnju među stručnjacima i možda i saradnicima — laicima. Radi se o uspostavljanju neprekidne telefonske službe koja bi davala savete, razume se, stručne i konkretne — prvenstveno u slučajevima trovanja. Taj zadatak je već dugo pred nama, ali nekako ne može da se ostvari, verovatno upravo zato što služba te vrste prerasta okvire tradicionalnih oblika medicinskih delatnosti, a i zato što naslućujemo da takav centar ne bi bio u stanju da ispuni očekivanja, niti da zadovolji potrebe ako bude pružao samo čistu (somatsku) medicinsku pomoć u dijagnostici i prvoj pomoći kod trovanja. Ne samo što treba očekivati pozive emocionalno pogođenih i društveno ometanih lica koja imaju probleme s trovanjem, već će takva »vruća linija« privlačiti i ljude koji bilo kako preživljavaju akutne životne krize, a u svojoj okolini nemaju nikoga ko bi pokazao razumevanje za njih. Psihijatri u svetu istina, uz pomoć laika-dobrovoljaca osnivaju centre za prevenciju samoubistva sa telefonom kao glavnim osloncem.

Možda bi posebna konferencija, koja bi na osnovu iskustava postojećih centara za intoksikacije i telefonskih službi koji funkcionišu kao oblik rešavanja kriznih situacija (dve takve službe, u Ljubljani i Beogradu, rade već preko godinu dana) mogla da pruži odgovor na pitanje da li je stapanje dveju takvih delatnosti oportuno i moguće.



*Literatura*

1. O'Brien, J. P.: Arch. Gen. Psychiatry, 34 (1977) 1165—1169.
2. Milčinski, L., Virant-Jaklič, M.: Samomor in samomorilni poskus v Sloveniji (interna poročila 1971—1977). Kl. bolnišnica za psihijatrijo, Ljubljana — Polje.
3. Kessel, N.: J. Psychosom. Res. 10 (1966) 29—36.
4. Kreitman, N.: Parasuicide, John Wiley, London, 1977.
5. Stengel, E.: Enquiries into Attempted Suicide, Proceedings of the Royal Society of Medicine, 45 (1952) 613—620.
6. Milovanović, M. M.: Samoubistvo, Scientia, Beograd, 1929, 14—15.
7. Milčinski, L., Grilc, A.: Revija za kriminalistiko in kriminologijo, 26 (1975) 251—259.
8. Arko, B.: Materijal za magistrski rad (neobjavljeno), 1976.

*Summary*

PSYCHIATRIC ASPECTS OF POISONING

The author discusses health problems of a domain where the spheres of the clinical toxicologist and of the psychiatrist overlap: the domain of work with suicidal persons and drug abusers. The topicality of this problem, now and in this country, is emphasized. Certain basic author's views on these phenomena are expounded. The necessity of their interdisciplinary treatment requires that experts, and other people who come in touch with them in practice, adopt certain common starting points in working in this domain.

*Psychiatric Hospital,  
Ljubljana—Polje*

*Received for publication  
July 25, 1980*