

---

## PSIHIJARIJA I OPŠTA MEDICINA

**\*Branimir Rančić<sup>1</sup>, Ivan Rančić<sup>1</sup>**

Dom zdravlja Gadžin Han, Miloša Obilića 10, 18240 Gadžin Han, Republika Srbija

### Sažetak

Učešće lekara opšte medicine u sistemu i praksi psihijatrijske zaštite je složeno i u mnogome, specifično pitanje. Mesto, uloga i značaj lekara opšte medicine u području psihijatrije u kome je smešteno je prostor između medicine i društva, što bitno oblikuje tradicionalnu ulogu lekara. Taj prostor je kontekst u kome se posmatra uloga lekara opšte medicine u psihijatriji. U psihijatriji, više nego u drugim disciplinama, dominira eklektički princip, nasuprot integrativnog holističkog principa. Lekar opšte medicine treba da računa sa činjenicom da mesto i ulogu u psihijatriji određuje i on sam, ali da je ta uloga istovremeno određena i nizom okolnosti koje su potpuno nezavisne od njegovog znanja, sklonosti i potencijala.

**Ključne reči:** psihijatrija, opšta medicina

## PSYCHIATRY AND GENERAL MEDICINE

**\*Branimir Rančić<sup>1</sup>, Ivan Rančić<sup>1</sup>**

Health Center Gadžin Han, Miloša Obilića 10, 18240 Gadžin Han, Republika Srbija

### Abstract

The involvement of general practitioners in the system and practice of psychiatric care is a complex and has many specific issues. The place, role and importance of general practitioners in the field of psychiatry are keystones between medicine and society, which essentially shapes the traditional role of physicians. That space is the context in which the role of general practitioners in psychiatry is viewed. Psychiatry, more than in other disciplines, is dominated by the eclectic principle as opposed to the integrative holistic principle. The general practitioner should take into account that the place and role in psychiatry is determined by himself, but that role is determined at the same time by a number of circumstances that are completely independent of his knowledge, inclination and potential.

**Key words:** psychiatry, general medicine

Psihijatrija se može definisati kao medicinska disciplina čiji je zadatak da proučava uzroke mentalnih poremećaja, radi na njihovom otkrivanju, lečenju i suzbijanju. Poput ostalih medicinskih disciplina, i psihijatrija raspolaže posebnim kako dijagnostičkim tako i terapeutskim postupcima. Uz primenu tih postupaka i bavljenjem posebnim skupom bolesti i poremećaja, psihijatar uvodi u medicinu, određenu dimenziju, odnosno posebnu tačku gledišta, koja je

značajna ne samo za psihijatriju, već je vitalno značajna za područje čitave medicine. Razvijanje takvog gledišta može poslužiti kao polazna tačka u razmatranju teme o odnosu psihijatrije i opšte medicine. Potrebno je, makar u kratkim crtama, podsetiti na postepeni razvoj psihijatrijske misli, kako bi se bolje razumeli današnji stavovi i odraz tih stavova na opštu medicinu. To su „četiri revolucije“ kao ključne tačke u razvoju psihijatrijske misli novog doba.

---

<sup>1</sup> Corresponding author:

Dom zdravlja Gadžin Han

Specijalistička ambulanta za neuropsihijatriju

Adresa: Miloša Obilića 10, 18240 Gadžin Han, Republika Srbija Gadžin Han, Republika Srbija

e-mail: branimir.rancic@yahoo.com

---

Prva „revolucija“ je vezana za ime Pinela, čijim simboličkim aktom (1973.) skidanjem lanaca i oslobađanjem duševnog bolesnika, ovaj po prvi put u istoriji stiče status bolesnika i kada se po prvi put sa njega skida veo natprirodnog, mističnog, moralno prokletog. Pinelov gest, bez obzira na duboku humanost samog čina kojom se ublažava do tada beskrajna patnja tih nesretnika, ima i drugo bitno značenje: on dovodi duševnu bolest, mentalni poremećaj, u krug prirodnih pojava koja se može proučavati na jednak način kao što medicina proučava i ostale bolesne pojave. Druga „revolucija“ je vezana za ime Frojda. Njemu pripada zasluga za ponovno otkrivanje značenja nesvesno – nagonskih determinanata u ljudskom ponašanju, saznanje o učešću psiholoških mehanizama u ranom razvoju ličnosti, kao i nastanku aktuelne psihopatologije. Treća „revolucija“ predstavlja uvođenje novih terapijskih sredstava u lečenju psihopatoloških pojava, koju je započeo Delay (1952.), kada je uveo prvi fenotijazinski lek hlormpromazin. Verovatno sa psihofarmakoterapijom počinje četvrta „revolucija“ kao sazrevanje misli o potrebi integrativne zaštite mentalnog zdravlja, koja će obuhvatiti ne samo bolesnu jedinku, nego će organizovano zahvatiti i čitavu društvenu zajednicu u kojoj ta jedinka živi. Gotovo sve medicinske discipline počivaju ili bar teže da uspostave doktrinarne osnove i principe. U psihijatriji su, međutim, mnogi teorijski, metodološki i stručni principi postavljeni više arbitrarno nego doktrinarno, a koegzistencija brojnih škola i orijentacija obeležava psihijatrijsku struku relativizmom, koji se ne vidi u drugim medicinskim disciplinama. Ovu činjenicu navodimo stoga što je ona, sama po sebi, dovoljan razlog da lekar opšte medicine računa sa objektivnim problemima, kada je reč o sopstvenoj ulozi, mogućnostima, sposobnostima i kompetencijama.

U somatskoj medicini ti problemi su značajno manji. Ako se na primer kaže: „Lekar opšte medicine je kvalifikovan i kompetentan da preuzme tretman blažih i nekomplikovanih formi pneumonija“, onda je tom taksativnom formulacijom rečeno praktično sve. Lekar opšte

medicine, naime, tačno zna šta su blaže i nekomplikovane, a šta teže i komplikovane pneumonije. U psihijatriji stvari stoje bitno drugačije. Težina i komplikovanost psihijatrijske bolesti ili stanja ne zavisi samo od kliničke slike (koja se iskazuje medicinskim kriterijumima), već i od psihosocijalnih okolnosti. Te okolnosti koje, dakle, nisu medicinske mogu bitno da utiču na aktuelno stanje pacijenta, odnosno na tok i ishod bolesti. Pojednostavljeno, težina psihijatrijske bolesti ne „meri“ se samo medicinskim parametrima (simptomima, sindromima) već je njena puna i prava „mera“ stepen i kvalitet trpljenja pacijenta i/ili njegove okoline. Ličnost koja se susreće sa lekarom opšte medicine donosi sa sobom ne samo svoju somatsku, telesnu bolest i svoje simptome, već ujedno i svoje probleme vezane s bolešću: svoje strahove i zabrinutost, svoje nade i očekivanja. To je, jednostavno, psihološka činjenica i ona, u najblažem obliku, predstavlja stalnog i neizbežnog pratioca svakog susreta lekar - bolesnik. U praksi, medicinar je danas još uvek pod snažnim uticajem klasične celularne patologije i sklon je da prvo pretpostavi postojanje strukturalne lezije, na koju se onda nadovezuje funkcionalni poremećaj. U savremenoj medicini ne mora uvek telesna bolest biti ona koja izaziva mentalne simptome i emocionalne poremećaje, već uzročni red može biti u obrnutom smeru: da emocionalne teškoće i problemi mogu dovesti do stvaranja bolesnih simptoma. Tradicionalna sintagma prema kojoj je „psihijatrijska bolest isto što i svaka druga bolest“ danas je sasvim depasirana, zalaganje za taj stav je štetan. Psihičko zdravlje je mnogo više individualna nego opšta kategorija, te se ono, jednostavno ne može standarizovati primenom samo medicinskog kategorijalnog aparata. Somatska bolest (uzmimo, na primer, moždani tumor) možemo u potpunosti obuhvatiti kriterijumima na osnovu kojih se postavlja pouzdana dijagnoza (vrsta tumora, lokalizacija stepen proširenosti i maligniteta) i na osnovu toga, doneti pouzdan prognostički stav i izbor tretmana. Operiše se, dakle, sa opštim kriterijumima, koji važe za sve osobe. Kada je, međutim, reč, na primer, o anksioznoj neurozi, može se računati samo sa okvirnim kriterijumima, jer će se ta bolest uvek različito ispoljiti kod svake posebne

osobe. U prvom planu su, dakle, ogromne individualne razlike, one koje determinišu jedinstvenost i neponovljivost svakog pojedinačnog ljudskog bića. Za ispravan dijagnostički, terapijski i prognostički stav nije, prema tome, od značaja samo istorija bolesti, već, često još i više, životna istorija pacijenta. Od značaja su, zatim, njegove potrebe, njegove zabrane kao ličnosti i kao društvenog bića, jednom rečiju priroda i kvalitet njegovog psihosocijalnog ekvilibrijuma. Somatsko zdravlje se, takođe može gotovo potpuno standardizovati kriterijumima i obrascima koji važe za sve ljude, za sve sredine i za sva vremena. Psihičko zdravlje ne podleže standardizaciji jer je ono, jednostavno, izraz ravnoteže „ja – svet“, ravnoteže koja je za svaku osobu različita i koja se ne može procenjivati primenom medicinskih instrumentarija. Ono se menja od pojedinca do pojedinca, od jedne do druge ljudske grupe, od sredine do sredine, od vremena do vremena.

### ***Osposobljenost lekara opšte medicine za dijagnostiku i lečenje psihičkih poremećaja***

Valja odmah podvući ozbiljnu razliku između poznavanja nekog problema i sposobnosti (osposobljenosti) za njegovo rešavanje. Između tih dveju kategorija, znanja i osposobljenosti, ne može se, jednostavno, staviti znak jednakosti. Konstatacija naročito važna za psihijatriju, koja već u svom imenu (*jatrein* – lečiti) implicira, pre svega, veštinu lečenja, naspram, na primer, neurologije koja imenom (*logos*, logija) pre svega upućuje na znanje. Sledeća linija razgraničenja predstavljena je između osposobljenosti (kao realnog, objektivnog potencijala) i kompetentnosti, odnosno, nadležnosti za obavljanje određene uloge, jer se kompetentnost stručnjaka ne retko određuje u zavisnosti i od drugih okolnosti. Lekar opšte medicine se u zabitom planinskom selu bezuslovno smatra kompetentnim da preuzme vođenje porođaja. Šta više, on bi ne samo stručno nego legalno bio odgovoran ako bi apstinirao od svoje stručne uloge akušera. Ako bi, pak, lekar opšte medicine, to isto preuzeo u univerzitetskom centru, učinio bi presedan sa brojnim posledicama. U uslovima vrlo male dostupnosti specijalističke psihijatrijske službe, lekar opšte medicine će biti ne

samo kompetentan nego i obavezan da preuzme i značajan deo one psihijatrijske kazuistike koja se, uobičajno, svrstava u specijalističku nadležnost. Kada je reč o psihijatrijskom pacijentu, umeće se jedan specifični kvalitet. Reč je o empatiji, to jest, sposobnost lekara da se uživi u doživljaj pacijenta, a ne samo da racionalno obradi i protumači sadržaje koje pacijent nudi spontano ili kroz komunikaciju. Sposobnost empatije i sposobnost struktuisanja situacije lečenja čine osnovu fenomena koju psihoanalitičari zovu lečenje transferom, dakle lečenje samim odnosom, investiranjem odnosno prenosom emocionalne energije, emocionalnom pratnjom stručnih intervencija, a ne samo ordiniranjem odgovarajućeg terapijskog sredstva. Akademska medicinska edukacija zasnivana je na medicinskom konceptu, čija je osnova bolest. Medicinar uči o zdravlju posredno – preko bolesti, te najčešće razume zdravlje kao neku vrstu „negativne bolesti“.

O mentalnom zdravlju praktično uči na isti način. Apsolvirajući psihopatploške entitete treba da uspostavi kriterijume zdravlja. On uči o depersonalizaciji i apersonalizaciji, o disocijalnosti i asocijalnosti, o patologiji adolescencije, ali ne uči o personalizaciji, socijalizaciji, adolescenciji. Konačno, medicinske studije prenaplašavaju tehnološku, naspram humanističke komponente edukacije. Taj trend nije vidljiv samo u „savremenim“ terminološkim oznakama (moderan sinonim za lekarskog pomoćnika je danas „medicinski tehničar“) nego i u tehnološko - tehničko oblikovanim modelima dijagnostike i terapije. Tako postavljeno shvatanje profesije i tako oblikovan i struktuisan odnos lekar (tehnolog) –pacijent (objekat primene moderne medicinske tehnologije), može ozbiljno da hendikepira, čak, i one stručnjake koji raspolažu solidnim stručnim znanjem i iskustvom.

### ***Najčešći problemi i dileme lekara opšte medicine u rešavanju psihijatrijske problematike***

Akademsko medicinsko obrazovanje je pretežno biologistički orjentisano ili im se nudi „psihologijski model“ ili „socijalni aspekt“ problema, čime se, u stvari, dele (umesto da se

---

sažimaju) pristupi i tumačenja. Zato lekar shvata komplementarne biološke, psihološke, socijalne odrednice življenja i ponašanja umesto njihove sinteze. Time se biopsihosocijalno jedinstvo čoveka ipak shvata kao bio-psiho-socijalno shvatanje i tumačenje čoveka (pacijenta) pomera ka funkcionisanju unutar nepostojećih autonomija. Čovek, naime, ne živi, ne dela, ne oseća, ne ponaša se u okvirima bilo koje autonomije (biološke, psihološke, socijalne). Biološki orjentisan psihijatar vidi svog pacijenta u artefaktu njegove biološke autonomije, kao što psihodinamičar osmatra čoveka u psihološkoj autonomiji. U području psihosomatike nalazimo upravo na tipičnu redukciju psihosomatskog na psiho – somatsko. Drugim rečima, lekar opšte medicine, ne treba da posmatra samo ulkus na dvanaestercu svog pacijenta, već obrnuto, pacijenta koji manifestuje simptome ulkusa na dvanaestercu. Zdravlje nije samo odsustvo bolesti, već stanje telesnog, mentalnog i socijalnog blagostanja. Baveći se u prvom redu, emocionalnim aspektom bolesti, psihijatar više od bilo kojeg drugog medicinskog stručnjaka dolazi u položaj da svog bolesnika posmatra ne samo kao izolovanu biološku činjenicu, već kao celovitu ličnost u njenom punom i stvarnom društvenom miljeu. Uloga lekara opšte medicine danas prolazi kroz promene uslova u našem vremenu. Lik porodičnog lekara, tako dobro poznat generaciji ili dve pre naše, kao da je isčezao. Modernizacija u zdravstvu, to značajno dostignuće ovog vremena, dovelo je neočekivano i paradoksalno do sve većeg udaljevanja lekara od njegovog bolesnika. Lečenje se sve više vrši u bezličnim, tehničkim ordinacijama. Pacijent se približava slučaju, broju, a lekar tehničaru koji primenjuje sve savršenije dijagnostičke postupke, ali sve manje zna o pacijentu. Lekar mora biti svestan da struktura društva, društveni sistem, ne odlučuje tip medicinske prakse. Treba poznavati bolesnikov sistem vrednosti, znati u kom smislu on vrednuje svoje zdravlje i kako veruje u metode koje se primenjuju u očuvanju zdravlja.

Terapijski rezultati predstavljaju posledicu složene interakcije u kojoj emocionalne i sociokulturne determinante mogu čak dobiti odlučujuću ulogu. Sigurno je da se ne može sprečiti dalje uvođenje novih dijagnostičkih postupaka i laboratorijskih testov, ali sigurno je takođe, da se mora nešto učiniti kako bi se sprečilo dalje otuđivanje lekara od njegovog bolesnika. Integralna medicinska orjentacija u kojoj je ugrađen i psihološki pristup kao jedan od dostignuća današnje psihijatrije može nam u tom nastojanju pomoći. Pri tome je dinamika ličnosti u početku još veoma usko biološki shvaćena, u kojoj je čovek pretežno pasivna jedinka, prepuštena sukobu svojih nagonskih poriva i društvenih zabrana. Ali čovek nije sam u svetu, on je i stvaralac ovog sveta. On nije samo pasivni objekat nagonskih poriva i društvenih uticaja, već i samosvesna ličnost, sa nizom potreba specifično humanim. Ovako koncipirana ličnost sasvim razumljivo uključuje i shvatanje da mogućnost emocionalnog konflikta predstavlja jednu od strana i njegovog postojanja, jednako kao što frustracija predstavlja jednu od mogućnosti sveta u kome on živi. Optimističke naivnosti ovde su moguće, ako se emocionalne patološke pojave shvate kao jednostavna reakcija na neprilike i neprilagođenost na okolinu. To rađa nadu da je potrebno učiniti ništa drugo nego promeniti okolne prilike, kako bi simptomi nestali i ličnost se ponovo prilagodila. Tako se na primer uloga „biti bolesstan“ bitno odražava na socijalni status ličnosti, kao i njeno ponašanje, kao i na ponašanje ostalih prema njoj. Ako devijantno ponašanje više nije bolest, nego „greh“, tada ono zaslužuje više tretiranje nego kažnjavanje. To ujedno znači da se dodeljivanjem uloge biti bolestan, sankcioniše moratorijum na barem neke od moralnih obaveza i društvenih odgovornosti, koje se inače pripisuju i očekuju od zdrave ličnosti.