

**HRVATSKA AKADEMIJA ZNANOSTI I UMJETNOSTI**  
**Zavod za biomedicinske znanosti u Rijeci**  
**AKADEMIJA MEDICINSKIH ZNANOSTI – Podružnica Rijeka**  
**MEDICINSKI FAKULTET SVEUČILIŠTA U RIJECI**  
**HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR – podružnica Rijeka**

**31. simpozij**

**OBITELJSKA PERSPEKTIVA MENTALNIH  
POREMEĆAJA**



**18. travnja 2019.**

**10,00 sati**

**Medicinski fakultet Rijeka – Vijećnica**  
**Braće Branchetta 20, Rijeka**

### ***Organizatori***

HRVATSKA AKADEMIJA ZNANOSTI I UMJETNOSTI  
Zavod za biomedicinske znanosti u Rijeci

AKADEMIJA MEDICINSKIH ZNANOSTI – Podružnica Rijeka

MEDICINSKI FAKULTET SVEUČILIŠTA U RIJECI

HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR – podružnica Rijeka

### ***Znanstveni odbor***

**Daniel Rukavina, predsjednik**

Tanja Frančišković, Gordana Rubeša, Marina Letica Crepulja

### ***Organizacijski odbor***

**Tanja Frančišković, predsjednica**

Ika Rončević Gržeta, Aleksandra Stevanović, Srđan Novak

***Registracija: 9,30 – 10,00 h***

**Ulaz je slobodan**, a sudionici koji žele potvrđnicu HLK o sudjelovanju trebaju se registrirati. Sudjelovanje na simpoziju vrednovat će se prema Pravilniku Hrvatske liječničke komore.

### **Informacije**

Željana Mikovčić, Zavod za biomedicinske znanosti u Rijeci  
Radmile Matejčić 2, Rijeka

tel. 051 584 826, e-pošta: rimed@hazu.hr

**P R O G R A M**  
**OTVORENJE**  
**(10,00 – 10,15)**

***Uvodno slovo***

**Akademik Daniel Rukavina**, Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti, voditelj  
Zavoda za biomedicinske znanosti u Rijeci, Rijeka

***Riječ organizatora***

**Prof. dr. sc. Tanja Frančišković**, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci i KBC Rijeka,  
Rijeka

***Pozdravi uzvanika***

**Prof. dr. sc. Davor Štimac**, ravnatelj Kliničkog bolničkog centra u Rijeci, Rijeka

**Prof. dr. sc. Tomislav Rukavina**, dekan Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci,  
Rijeka

**Prof. dr. sc. Jasna Lipozenčić**, predsjednica, Akademija medicinskih znanosti  
Hrvatske, Zagreb

**10,15 – 11,00 h**

**I. PREDSTAVLJANJE NOVE ČLANICE AMZH**

**Predsjedaju: Jasna Lipozenčić i Davor Štimac**

**Prof. dr. sc. Ika Rončević Gržeta**, predstojnica Klinike za psihijatriju KBC Rijeka,  
Rijeka

**Osvrt na znanstveni, stručni i nastavnički opus Tanje Frančišković**, članice suradnice  
u Kolegiju psihijatrijske znanosti

**Prof. dr. sc. Tanja Frančišković**, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka  
**Mentalni poremećaj – fokus na obitelj**

**11,00 – 12,15 h**

**II. OBITELJSKA PERSPEKTIVA MENTALNIH POREMEĆAJA**

**Predsjedaju: Ika Rončević Gržeta i Ante Bagarić**

**Prof. dr. sc. Slađana Štrkalj Ivezić**, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb  
**Poboljšanje komunikacije u obitelji kao protektivni faktor u očuvanju mentalnog  
zdravlja**

**Prof. dr. sc. Branka Restek Petrović**, Psihijatrijska bolnica Sv.Ivan, Zagreb  
**Obiteljske intervencije u liječenju rane faze psihotičnih poremećaja - iskustva iz programa (RIPEPP)**

**Stanka za kavu : 12,15 – 12,45 h**

**12,45 – 14,30 h**

**Doc. dr. sc. Ante Bagarić**, Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb  
**Obitelj ovisnika**

**Prof. dr. sc. Miro Klarić**, Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina  
**Međugeneracijski prijenos učinaka traume**

**Doc. dr. sc. Daniela Petrić**, Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka  
**Psihotična epizoda kod djeteta - veliki izazov za roditelje**

**14,30 – 14,45 h**

### **III. OPĆA RASPRAVA I ZAVRŠNA RIJEČ ORGANIZATORA**

**Predsjedateljica: Tanja Francišković**

## Mentalni poremećaj - fokus na obitelji

Tanja Frančišković<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci, Rijeka

<sup>2</sup>Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

Obitelj ima višestruku ulogu kod pojave mentalnog poremećaja jednog svojeg člana. U okviru biopsihosocijalnog shvaćanja mentalnog oboljenja, obitelj je angažirana u svim segmentima. Ona predstavlja genetski resurs, ali i odgojno okruženje koje je „zaduženo“ za stimulaciju razvoja moždanih funkcija koje su odgovorne za kognitivno i emocionalno funkcioniranje pojedinca.

Obitelj predstavlja i psihološko okruženje unutar kojeg realiziramo veliki dio svojih psiholoških potreba, a u slučaju javljanja mentalnog poremećaja, obitelj predstavlja sistem koji biva zahvaćen svakom promjenom obrasca ponašanja.

Ona postaje i najvažniji čimbenik u procesu liječenja. U modelu psihijatrije u zajednici danas zapravo imamo sve manje zajednice, a ono na što se model oslanja su zdravstveni / socijalni servisi i obitelj. Zajednica sve više postaje anomična grupa predvidivih i očekivanih modela ponašanja sa , u stvari , malo međusobnih interakcija. Tendencija dehospitalizacije osoba sa mentalnim poremećajima rezultira većim oslanjanjem upravo na obitelj. Sve ovo opet stavlja naglasak na obitelj i njene resurse.

Upravo su obiteljski resursi ono što diktira uspješnost medicinskih intervencija. Najčešće liječenje i stručne intervencije i kod najsloženijih programa liječenja obuhvaćaju relativno mali dio vremena, a sva ostala rehabilitacija odvija se zapravo u obiteljskom okruženju. Kada je riječ o duševnim poremećajima, radi se o osobama koje najčešće reduciraju i svoje postojeće socijalne kontakte i obitelj je jedina koja preostaje kao glavni resurs podrške ,emocionalnih ali i svakih drugih potreba.

Dok za bolesti ovisnosti vrijedi često ponavljanja rečenica da je to bolest obitelji, a ne pojedinca čime to postaje osnova za programe liječenja , za druge mentalne poremećaje kao da ova rečenica nije u potpunosti prihvaćena i saživjela da bi imala adekvatne odraze u lječidbenim postupcima. Uključenje obitelji u terapijski postupak uglavnom se svodi na osnovne informacije o potrebi redovnog uzimanja medikamentata, a tolerira se nerijetka nevoljkost članova obitelji za aktivnijim uključenjem u terapijski postupak. Članovima obitelji tako se nameće uloga nadglednika što u stvari rezultira dodatnim poremećajem u obiteljskim relacijama.

Ono što se najčešće zaboravlja je veliki emocionalni i svaki drugi napor kojeg članovi obitelji moraju uložiti da bi liječenje osoba sa mentalnim poremećajem dalo rezultate. To tim više što najčešće ne dobivaju dostatne informacije niti o samoj bolesti niti o onome što ih očekuje.

Kada svemu tome dodamo i teret stigme mentalnog poremećaja, možemo zaključiti da su članovi obitelji zapravo izloženi prekomjernom opterećenju najčešće bez značajne pomoći stručnjaka. Ovo može kod njih rezultirati cijelim nizom emocionalnih teškoća koje će rezultirati i smanjenjem pozitivnih rezultata i kod osobe koju liječimo. Sve nam ovo govori da stavljanjem članova obitelji naših pacijenata u fokus možemo očekivati i bolje rezultate naših terapijskih zahvata.

## **Rad s obitelji s oboljelim članom od psihoze**

**Sladana Štrkalj Ivezić**

Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb

Istraživanja komunikacije u obiteljima s bolesnim članom od psihoze otkrivaju da je prisutnost povišenih emocija kao što je pretjerano prisutno kritiziranje i pretjerana zaštita oboljelog člana obitelji povezana s učestalim recidivima bolesti, pa se preporuča obiteljske terapije. Obiteljska terapija koristi teorijski model kognitivno bihevioralne terapije, treninga socijalnih vještina i psihoedukacije. Cilj obiteljske terapije je pomoći obiteljima u suočavanju s poteškoćama koje imaju oboljeli članovi njihove obitelji, pružanje podrške i edukacije obitelji o bolesti, smanjenje razine stresa, poboljšanje načina komunikacije u obitelji, rješavanja problema i prevenciju recidiva bolesti. Preporučuje se najmanje 10 sastanaka s obitelji i optimalno trajanje od 9 mjeseci. Ciljevi rada s obitelji također uključuju smanjenje doživljaja emocionalnog opterećenja i poboljšanja funkcioniranja obitelji. Meta-analize učinkovitosti obiteljskih intervencija pokazuju učinak na smanjenje recidiva bolesti (Pitschel-Walz. i sur.2001; Pilling i sur.2002; Mari i Streiner, 1994) i smanjuju doživljaj opterećenja obitelji (Cuijpers P. 1999). Nacionalne smjernice za psihosocijalne metode liječenja osoba s psihozom preporučaju rad s obitelji za oboljele od shizofrenije i drugih psihoza koji imaju kontinuirani kontakt s obitelji, uključujući rodbinu i značajne druge, poput partnera, njegovatelja i eventualno skrbnika, jer postoji dovoljno dokaza da je rad s obitelji povezan s prevencijom recidiva psihoze. Rad s obitelji se može provoditi individualno i/ili u grupi s više članova obitelji. U predavanju se iznose osnovni principi rada s obitelji.

*Literatura:* Štrkalj Ivezić S (ur) Trening socijalnih vještina i rad s obitelji Zagreb, HLZ 2019.

### **Obiteljske intervencije u liječenju rane faze psihotičnih poremećaja - iskustva iz programa RIPEPP**

**Branka Restek Petrović**

Psihijatrijska bolnica Sv. Ivan, Zagreb

Dugogodišnja klinička iskustva kao i istraživanja u psihijatriji pokazuju da je uloga obitelji važna u liječenju i rehabilitaciji psihotičnih poremećaja (Lobban i sur. 2013, Udechuku i sur. 2015). Uključenje obitelji u terapijski proces ima značajan učinak na klinički i funkcionalni ishod liječenja te na proces oporavka (Addington i sur. 2006, Lynch&Melton 2012) te su obiteljske intervencije dio većine programa rane intervencije u svijetu.

Program rane intervencije kod psihotičnih poremećaja (RIPEPP) koji se primjenjuje u Psihijatrijskog bolnici „Sveti Ivan“ četrnaest godina obuhvaća pacijente i članove njihovih obitelji i sastoji se od hospitalnog i ambulantnog dijela. Cilj je Programa kompletn klinički i socijalni oporavak pacijenata putem postizanja uvida u poremećaj i prihvaćanja liječenja, te sprječavanje relapsa/recidiva. Izraženo psihodinamskom terminologijom teži se ostvarenju viših razina objektnih odnosa, kohezivnijeg selfa te zrelijim mehanizmima obrane. Nadalje, ciljevi su također adekvatna edukacija pacijenata i njihovih obitelji o uzrocima, nastanku, kliničkoj slici i liječenju poremećaja kao i o

uvidu u rane simptome pogoršanja; ali i korekcija maladaptivnih obrazaca ponašanja, komunikacije te interpersonalnih odnosa u obitelji koji negativno utječu na održavanje remisije. U programu se primjenjuje psihodinamska grupna psihoterapija za pacijente te posebno za članove njihovih obitelji, psihoedukacija u obliku interaktivnih radionica u formi velike grupe po principima KB terapije uz suradnju grupnih analitičara. U prezentaciji se detaljnije opisuje funkcioniranje svih aspekata programa te prikazuju neki rezultati evaluacije rada s obiteljima.

## **Obitelj ovisnika**

**Ante Bagarić**

Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb

Ovisnost se često u javnosti, nažalost i u stručnoj, predstavlja kao lak psihički poremećaj. Istina je sasvim suprotna, ovisnost je teški psihički poremećaj s progresivnim tijekom i brojnim komplikacijama. Razvijanjem ovisnosti dolazi do propadanja ličnosti, a oštećeni su i drugi elementi života ovisnika (interpersonalna komunikacija, radno i socijalno funkcioniranje i dr.).

Dva su važna aspekta obiteljskog funkcioniranja ovisnika. Određeni tipovi obitelji (autoritarni, hiperprotektivni, hiperliberalni) su dobra podloga za razvoj ovisnosti. Kad se ovisnost razvije dolazi do daljnjeg propadanja obiteljskih odnosa. Ovisnik zauzima poziciju žrtvenog jarca i tako se produbljuju psihopatološki odnosi. Obitelj dugo vremena koristi nezrele mehanizme u pokušajima da riješi ovisnost (negacija, projekcija, racionalizacija, apatično povlačenje) i kasni s traženjem stručne pomoći. Već je klasična teza da se u terapiji liječi cijela obitelj. Spremnost svih članova obitelji na promjene važan je terapijski faktor.

## **Međugeneracijski prijenos učinaka traume**

**Miro Klarić**

Sveučilišna klinička bolnica Mostar, Mostar, Bosna i Hercegovina

Pojam međugeneracijske traume u psihijatrijsku literaturu uveden je sedamdesetih godina prošlog stoljeća kroz opise kliničkih i ponašajnih problema kod potomaka preživjelih holokausta. Jedno od najizazovnijih zapažanja o potomcima holokausta bilo je izvješće da oni nakon stresnih životnih događaja češće razvijaju posttraumatski stresni poremećaj (PTSP), poremećaje raspoloženja i anksiozne poremećaje. Slični tipovi problema kasnije su opisani i u djece vijetnamskih veterana, što je nazvano fenomenom "sekundarna traumatizacija". Međutim, koncept sekundarne traumatizacije nije podrazumijevao međugeneracijski prijenos traume, već se odnosio na stresnu prirodu života s traumatiziranom osobom, odnosno osobom oboljelom od PTSP-a. U nedostatku bioloških mehanizama kojima bi se mogla objasniti sekundarna traumatizacija, u tom vremenu objašnjenja sekundarne traumatizacije bila su gotovo isključivo psihodinamska i bihevioralna.

Istraživanja koja se bave biološkim korelacijama intergeneracijskih učinaka psihotraume započeta su krajem 90-ih godina prošlog stoljeća. Ova istraživanja bila su prirodni ishod razvoja neurobiologije PTSP-a koja je omogućila rasvjetljavanje sličnih pitanja o

prirodi i dugoročnom utjecaju traumatske izloženosti. Početni fokus ovih studija bio je na hipotalamo-hipofizno-adrenalnoj (HPA) osi. Studije objavljene u sljedećem desetljeću utvrdile su da potomci oboljelih od PTSP-a češće pokazuju promjene u regulaciji HPA osi, kao što su niža razina kortizola i povećana osjetljivost glukokortikoidnih receptora (GR). Ove promjene imaju implikacije na sposobnost reagiranja na kasnije životne događaje, te se vjeruje da predstavljaju presudnu vezu između izloženosti stresu i razvoja niza psihičkih i fizičkih poremećaja.

Napredak u molekularnoj biologiji, uključujući razumijevanje interakcija gen-okoliš i doprinos ekološki izazvanih promjena u epigenetskoj modifikaciji genoma, pružio je alate za ispitivanje načina na koji roditeljsko iskustvo traume može ostaviti dugotrajne biološke potpise u biologiji povezanoj sa stresom, koja bi mogla biti katalizator za dugoročne prilagodbe.

*Zaključak:* Putanja prema riziku ili otpornost za psihijatrijske poremećaje pod utjecajem je nasljednih i stečenih čimbenika. Roditeljska izloženost ekstremnom stresu na potomstvo se vjerojatno prenosi epigenetskim oznakama u zametnim stanicama, što potencijalno može doprinijeti ciklusu razvoja bolesti i rizika od bolesti.

## **Psihotična epizoda kod djeteta – veliki izazov za roditelje**

**Daniela Petrić**

Klinički bolnički centar Rijeka, Rijeka

Psihotična epizoda djece i adolescenata predstavlja veliki problem pacijentu, ali i cijeloj obitelji, pogotovo roditeljima. Obitelj može biti izvor stabilnosti i snage koje naši mladi pacijenti trebaju, ali nažalost može biti i destabilizirajući čimbenik ukoliko je obitelj disfunkcionalna. Danas znamo da psihotičnoj epizodi najčešće prethodi jedan period koji je obilježen izolacijom pacijenta iz društva, smanjenoj socijalizaciji i slabijem interesu u školovanju, a s druge strane dezorganizirano ponašanje. Navedeni rani pokazatelji se najčešće uočavaju u obitelji i već u početku predstavljaju izazov za roditelje. Tijekom liječenja je bitno što ranije krenuti s terapijom, ali i uspostaviti što jači terapijski savez s pacijentom i cijelom obitelji. Ključna je edukacija obitelji u ranom periodu bolesti kako bi se mogla omogućiti najbolja moguća skrb pacijentima. Edukacija usmjerena ka osnaživanju empatije i kvalitetne komunikacije dovodi do poboljšavanja života svih članova obitelji i u konačnici smanjuje stigmatizaciju samih bolesnika. Cilj suvremene terapije je potpuna reintegracija i resocijalizacija, koja je omogućena suvremenom farmakoterapijom, ali ne može uspjeti bez sudjelovanja svih članova obitelji.