

Nefarmakološko tretiranje boli kod psihijatrijskih bolesnika

Kipčić, Nikolina

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:490760>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-06**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 151/SSD/2022

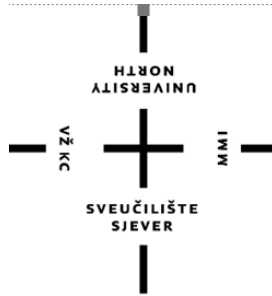
**NEFARMAKOLOŠKO TRETIRANJE BOLI KOD
PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA**

Nikolina Kipčić

Varaždin, veljača 2023.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

**Studij: Diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo-
menadžment u sestrinstvu**



DIPLOMSKI RAD br. 151/SSD/2022

**NEFARMAKOLOŠKO TRETIRANJE BOLI KOD PSIHIJATRIJSKIH
BOLESNIKA**

Student:

Nikolina Kipčić, 1018/336D

Mentor:

Ino Husedžinović, prof. dr. sc.
emeritus

Varaždin, veljača 2023.

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za sestrinstvo

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Sestrinstvo – menadžment u sestrinstvu

PRISTUPNIK Nikolina Kipčić

MATIČNI BROJ 1018/336D

DATUM 25.05.2022.

KOLEGIJ Prava i obveze u zdravstvenoj struci

NASLOV RADA Nefarmakološko tretiranje boli kod psihijatrijskih bolesnika

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Nonpharmacological treatment of pain in psychiatric patients

MENTOR Professor emeritus, dr.sc. Ino Husedžinović

ZVANJE redovit profesor u trajnom zvanju

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. doc.dr.sc. Ivana Živoder, predsjednik
2. prof. dr.sc. Ino Husedžinović, mentor
3. doc.dr.sc. Josip Pavan, član
4. doc.dr.sc. Ivo Dumić - Čule, zamjenski član
5. _____

Zadatak diplomskog rada

BROJ 151/SSD/2022

OPIS

Prema definiciji Međunarodnog udruženja za proučavanje boli "bol je neugodan osjetni i emocionalni doživljaj povezan s oštećenjem tkiva ili opisan u smislu tog oštećenja." U današnje se vrijeme najčešće koristimo farmakološkim metodama za liječenje bol no vrlo dobro djelovanje na bol imaju i nefarmakološke metode tretiranja boli. Važno je da medicinska sestra ima razumjevanja za psihički oboljele osobe kada navode ili pokazuju da ih boli, te prvenstveno da im vjeruje. Kako bi pružila učinkovitu sestriinsku skrb, medicinska sestra na temelju procjene boli kod psihijatrijskih bolesnika i svog znanja o boli planira sestriinske intervencije, te u suradnji s pacijentom odabire i primjenjuje postupke za ublažavanje boli.

U ovom radu definirat će se pojam boli uz prikaz njegove povezanosti s pojedinim psihijatrijskim bolestima, te će se također prikazati najčešće korištene nefarmakološke metode tretiranja boli primjenjive u radu s bolesnicima koji boluju od psihijatrijskih bolesti.

ZADATAK URUŽEN

21. 06. 2022.



ZAHVALA

Veliku zahvalu dugujem svojem mentoru prof. dr. sc. Ini Husedžinoviću na velikoj pomoći oko izrade i pisanja diplomskog rada.

Veliko hvala svojem suprugu i djeci koji su mi bili velika podrška i puni razumijevanja tijekom trajanja studija isto kao i za vrijeme pisanja diplomskog rada. Hvala i ostalim članovima obitelji na potpori i pomoći, svakoj riječi ohrabrenja i podršci koju su imali za mene.

Zahvaljujem se i svim svojim radnim kolegama na susretljivosti u radnoj sredini.

Posebna zahvala mojoj radnoj i studentskoj kolegici Martini Fremec na neizmjernej potpori, pomoći i motivaciji kada mi je bila potrebna. Veliko hvala što je vjerovala u mene i poticala me.

Zahvaljujem se i svojim kolegicama s kojima je odlazak u Varaždin nakon radnog dana bio puno lakši, ljepši i pun pozitivne energije.

Na kraju, zahvalna sam na svim poznanstvima koje mi je donijelo studiranje na Sveučilištu Sjever.

Predgovor

Rad je napisan s namjerom kako bi ukazao na potrebu izrade novih visokokvalitetnih kontroliranih studija, koje bi omogućile stvaran uvid u djelotvornost brojnih nefarmakoloških postupaka u liječenju bolesnika koji boluju od psihijatrijskih bolesti. Dugogodišnjim radom s osobama koje boluju od psihijatrijskih bolesti uvidjela sam da je kvaliteta procjene boli jedan od najvećih izazova, uglavnom zbog ograničenog kapaciteta u komunikaciji te se puno puta cjelokupna procjena oslanja na opservacijske metode. Česti neprepoznati uzrok psihomotornog nemira je bol, i liječnici često tada prepisuju lijekove za kontrolu njihova ponašanja, što dovodi do pogrešnog liječenja.

Deklaracija je naglasila da liječenje boli spada u temeljna ljudska prava te da svatko ima pravo na ublažavanje, liječenje boli i ublažavanje patnje. Mišljenja sam kako odnos između bolesnika i liječnika može uvelike utjecati na uspješnost liječenja: pozitivan odnos ima neku vrstu placebo učinka. Iskustvo je pokazalo da bolesnici koji boluju od psihijatrijskih bolesti zbog loše komunikacije postaju nepovjerljivi i neskloni iskazivanju svojih problema. Ovim radom htjela bih ukazati i na važnost stalne edukacije medicinskog osoblja, kao i važnosti komunikacijskih vještina jer uspješnost liječenja boli općenito nije zadovoljavajuća. Zaključila sam da na bolju uspješnost liječenja boli možemo utjecati boljom komunikacijom i interdisciplinarnim pristupom te se uz farmakološki oblik terapije pokazalo da su neke nefarmakološke metode i intervencije vrlo učinkovite. Cilj mi je ukazati da se najčešće samo jednom terapijom ne može postići učinkovito liječenje te da uz farmakoterapiju treba primijeniti nefarmakološke i psihološke metode liječenja.

Sažetak

Prema definiciji Međunarodnog udruženja za proučavanje boli, „bol je neugodan osjetni i emocionalni doživljaj povezan s oštećenjem tkiva ili opisan u smislu tog oštećenja“. U današnje se vrijeme najčešće koristimo farmakološkim metodama za liječenje boli, no vrlo dobro djelovanje na bol imaju i nefarmakološke metode tretiranja boli. Bol još uvijek nije dovoljno istražen problem, iako postoji napredak u zdravstvenom području. Važno je da medicinska sestra ima razumijevanja za psihički oboljele osobe kada navode ili pokazuju da ih boli te prvenstveno da im vjeruje. Kako bi pružila učinkovitu sestrinsku skrb, medicinska sestra na temelju procjene boli kod psihijatrijskih bolesnika i svog znanja o boli planira sestrinske intervencije te u suradnji s pacijentom odabire i primjenjuje postupke za ublažavanje boli. U pojedinim slučajima bol može biti uzrok pogoršanja simptoma psihijatrijske bolesti. U ovom radu definirat će se pojam boli uz prikaz njegove povezanosti s pojedinim psihijatrijskim bolestima te će se također prikazati najčešće korištene nefarmakološke metode tretiranja boli primjenjive u radu s bolesnicima koji boluju od psihijatrijskih bolesti. Takav pristup može poboljšati kvalitetu života psihijatrijskog bolesnika te smanjiti stres, osjećaj bespomoćnosti i napetosti kao i negativne posljedice boli.

KLJUČNE RIJEČI: bol, psihijatrijski bolesnik, nefarmakološke metode, tretiranje boli

Summary

According to a definition by the International Association for the Study of Pain, "pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with tissue damage or described in terms of that damage." Nowadays, pharmacological methods are most often used to treat pain, but non-pharmacological methods of treating pain also have a very good effect on pain. Pain is still not sufficiently researched, although there is progress in the field of health. For the nurse it is important that she has an understanding for mentally ill people when they state or show that they are in pain. It is also very important for her to trust them. In order to provide effective nursing care, the nurse plans nursing interventions based on the assessment of pain in psychiatric patients and her knowledge of pain. In cooperation with the patient, she selects and applies pain relief procedures. In some cases, pain can be the cause of deterioration of the symptoms of psychiatric illness. This paper will define the concept of pain by showing its association with certain psychiatric diseases. It will also present the most used non-pharmacological methods of pain treatment applicable in working with patients suffering from psychiatric diseases. Such an approach can improve the quality of life of the psychiatric patient and reduce stress, feelings of helplessness and tension as well as the negative consequences of pain.

KEYWORDS: pain, psychiatric patient, non-pharmacological methods, pain treatment

Popis kratica

- SZO** – Svjetska zdravstvena organizacija
- ATK** – anatomska, terapijska, kemijska klasifikacija lijekova
- IASP** – International Association for the Study of Pain
- AM** – alternativna medicina

Sadržaj

1. Uvod	1
2. Bol u pojedinim psihijatrijskim bolestima	4
2.1. Anksiozni poremećaj	7
2.2. Bipolarni afektivni poremećaj.....	9
2.3. Demencija	9
2.4. Depresija	11
2.5. Opsesivno-kompulzivni poremećaj	13
2.6. Poremećaji hranjenja.....	13
2.6.1. Emocionalno prejedanje.....	14
2.6.2. Anorexia nervosa	15
2.6.3. Bulimija.....	15
2.7. Poremećaj ličnosti.....	16
2.8. Posttraumatski stresni poremećaj.....	16
2.9. Psihoza	18
2.10. Shizofrenija.....	18
3. Biološke metode liječenja bolesnika oboljelih od psihičkih poremećaja	20
3.1. Psihofarmakoterapija	20
3.1.1. Antidementivi	22
3.1.2. Antidepresivi.....	22
3.1.3. Anksiolitici.....	22
3.1.4. Antipsihotici.....	23
3.1.5. Hipnotici	23
4. Bol.....	24
4.1. Vrste boli.....	24
4.2. Procjena boli	25
5. Nefarmakološke metode tretiranja boli	29
5.1. Refleksoterapija	29
5.2. Akupunktura	30

5.3. Duhovnost u liječenju psihičkih poremećaja	32
6. Alternativne tehnike nefarmakološke terapije kod bolesnika koji boluju od demencije. 36	
6.1. Alternativne, farmakološke tehnike liječenja boli kod bolesnika koji boluju od demencije. 37	
6.1.1. Terapija umjetnošću.....	38
6.1.2. Terapija glazbom	39
6.1.3. Terapija aktivnošću i fizioterapija	40
6.1.4. Integrativna validacija.....	41
6.1.5. Bazalna stimulacija	41
7.1. Gospina trava – Hypericum Perforatum	42
7.2. Valeriana – Valeriana Officinalis	43
7.3. Ginkgo – Ginkgo biloba.....	43
7.4. Omega 3 – masne kiseline	43
7.5. Kava – Piper Methysticum (kawanorum)	44
7.6. Multivitaminski preparati.....	44
7.7. Glycine.....	45
7.8. Ajurveda – znanost života.....	45
7.9. Kiropraktika	45
7.10. Homeopatija.....	46
8. Psihoterapija u liječenju boli	47
9. Zaključak	51
10. Literatura.....	52
Popis slika	58

1. Uvod

Koncept boli ostao je tema duge rasprave od njegove pojave u davnim vremenima. Početne ideje boli formulirane su i na Istoku i na Zapadu prije 1800. godine. Od 1800. godine, zbog razvoja eksperimentalnih znanosti, pojavile su se različite teorije boli koje su postale središnje teme rasprave. Međutim, postojeće teorije boli mogu biti prikladne za tumačenje nekih aspekata boli, ali još nisu sveobuhvatne. Razumijevanje mehanizama boli još uvijek nije dovoljno razvijeno [1].

Poznato je da, bez obzira na napredak u zdravstvenom području, bol još uvijek nije dovoljno istražen problem, a zdravstveni djelatnici ga ponekad podcjenjuju [2].

Ljudi su oduvijek imali različite duševne smetnje. Zbog nespoznaje, nedostatka tadašnje znanosti koju je predvodilo nerazumijevanje duševnih tegoba kao i nedostatka učinkovitih lijekova i metoda za suzbijanje tih tegoba, korištene su razne vrste lijekova spravljenih od različitih trava, gljiva, alkohola kao i pomoć različitih vrsta magije. Psihički bolesne osobe sklanjalo se iz društva, na način da ih se izoliralo i izdvajalo u podrumima ili posebno pripremljenim prostorijama, a nerijetko i okovane u lancima.

Bol predstavlja neugodno osjetilno i emocionalno iskustvo povezano sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva ili opisano u smislu takvog oštećenja. Bol je uvijek subjektivan pojam zbog toga što svaka osoba tijekom života uči primjenu navedene riječi kroz vlastita iskustva. Biološki gledano, podražaji koji uzrokuju bol mogu oštetiti tkivo. Sukladno tome, bol je iskustvo koje povezujemo sa stvarnim ili potencijalnim oštećenjem tkiva. Bol zahvaća jedan ili više dijelova tijela, a uvijek se smatra negativnim emocionalnim iskustvom.

Mnogi pacijenti prijavljuju bol bez da se pronalazi oštećenje tkiva ili bilo kojeg potencijalnog patofiziološkog uzroka, a problem proizlazi iz toga što se iskustva takvih pacijenata ne razlikuju od iskustava pacijenata čija bol proizlazi iz oštećenja tkiva.

Bol ima nekoliko važnih dimenzija: osjetilna dimenziju (lokacija i intenzitet boli), emocionalna dimenzija (koliko je iskustvo neugodno) i kognitivna dimenzija (interpretacija boli)

na temelju prethodnog iskustva, izaziva li strah i tjeskobu i kako reagiramo na prijetnju koju predstavlja bol) [3].

Odgovarajući tretman boli zahtijeva razumijevanje karakteristika boli, uključujući ozbiljnost i prirodu boli. Odgovarajući tretman zahtijeva također i razumijevanje učinkovitosti dostupnih sredstava u različitim modelima boli i njihovih neželjenih događaja kako bi se najbolje podudarali s vrstom boli [4].

Psihijatrijske bolesti su posljedica različitih poremećaja koji proizlaze iz međudjelovanja psiholoških, bioloških i socijalnih faktora [5]. Čak više od 20 % odraslih osoba u Europi u nekom razdoblju svog života pati od određenih psihičkih poremećaja koji mogu biti akutni ili prijeći u kronični oblik [6].

Osobe koje boluju od psihičkih bolesti često su suočene s onesposobljavajućim i iscrpljujućim uvjetima koji negativno utječu na kvalitetu njihova života, sposobnost da vode produktivan i ispunjen život i stvaraju značajne obiteljske i socijalne odnose. Uz navedeno, često se susreću i sa stigmatizacijom koja najčešće rezultira diskriminacijom. Zabrinjavajuće je predviđanje da će s godinama sve više rasti prevalencija navedene skupine bolesnika s naglaskom na bolesnicima oboljelim od demencije [7].

Isto tako, kao značajan problem se ističe kronična bol koja je sve više zastupljena u populaciji, a s obzirom da su psihološki čimbenici jedna od najvažnijih komponenata kronične boli važno je posvetiti pažnju tretiranju boli kod bolesnika koji boluju od psihičkih bolesti [8].

U ovome radu definirat će se pojam boli uz prikaz njegove povezanosti s pojedinim psihijatrijskim bolestima te će se također prikazati najčešće korištene nefarmakološke metode tretiranja boli primjenjive u radu s bolesnicima koji boluju od psihijatrijskih bolesti.

Uz psihijatrijsku procjenu, potrebno je primijeniti integralno psihijatrijsko liječenje bolesnika u smislu kombinacije farmakoterapijskih, psihoterapijskih i socioterapijskih intervencija, a s ciljem smanjenja boli i pridruženih psihijatrijskih poremećaja.

Bez obzira na podrijetlo, bol utječe na razinu aktivnosti, kao što su radno i socijalno funkcioniranje te može biti ne samo osobni teret nego i teret društvu. Važno je napomenuti da

preusmjeravanjem pažnje (distrakcijom) s boli na neki drugi zadatak, aktivnost ili doživljaj možemo isto ublažiti bol.

Bol nam uzrokuje fizička ograničenja, ostavlja negativne posljedice kako na svakodnevne aktivnosti (nemogućnost ugodnog provođenja slobodnog vremena), radnu sposobnost (čak i do gubitka radnog mjesta, financijskih problema), tako i na obiteljske odnose.

Pacijenti koji trpe bol vulnerabilniji su za razvoj depresije, anksioznog poremećaja, paničnog poremećaja, nesаницe, a što pojačava negativan doživljaj boli, i narušava kvalitetu života. Uvelike je važno osvijestiti populaciju o načinima tretiranja boli i kako ona ne mora uvijek biti tretirana analgeticima.

Važna je neverbalna komunikacija koja je složen skup pokreta i poza, izraza lica, položaja tijela te uvelike može pokazati bolesnikovu bol. Ukorijenjeno je mišljenje da su psihički oboljele osobe te osobe s mentalnim poteškoćama nasilne, nepredvidive i agresivne. Stigma je znak i pokazatelj srama, diskreditacije s negativnom konotacijom. Bitno je spomenuti da osobe s duševnim poremećajima imaju jednaka prava na skrb i uvjete liječenja kao i ostali pacijenti. Potrebno je širiti svijest o otklanjanju bilo kojih oblika diskriminirajućih i stigmatizirajućih odnosa od strane bilo kojeg pojedinca ili institucija.

2. Bol u pojedinim psihijatrijskim bolestima

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, psihološka dobrobit ključni je element za postizanje dobrog mentalnog zdravlja. Sustav zdravstvene zaštite može poboljšati mentalno zdravlje ljudi promicanjem mentalne dobrobiti i pružanjem adekvatne skrbi osobama koje boluju od psihičkih bolesti. Psihijatrijski poremećaji zabilježeni su u 90 % smrtnih slučajeva od samoubojstva, a procjenjuje se da je 2 – 15 % smrtnih slučajeva od samoubojstva povezano s depresijom [9].

Bol je pojam usko povezan s psihijatrijskim bolestima, a u pojedinim slučajevima to može predstavljati značajan problem ako je bol uzrok pogoršanja simptoma psihijatrijske bolesti [9].

Psihijatrijski bolesnici u većini slučajeva imaju kognitivno oštećenje zbog kojega teže ili nikako opisuju bol, njezin uzrok, intenzitet i lokalizaciju. Nerijetko bolni podražaj neće opisati kao bol već će reagirati nekim od simptoma psihičkih bolesti. Ako zdravstveni djelatnici i bolesnik nemaju dobro razvijen komunikacijsko-terapijski odnos, vrlo često bol bude tretirana u okviru psihijatrijske bolesti, a ne bolnog podražaja.

Terapijski odnos između zdravstvenih djelatnika i psihijatrijskih bolesnika neizostavan je dio dobre bolničke skrbi. Zdravstveni djelatnici sami na temelju svojih iskustva i edukacijskih programa postavljaju granice i određuju smjerove terapijskog odnosa.

Terapijski odnos temelji se na obostranom povjerenju, empatiji povjerenju i iskrenosti za ostvarivanje pozitivnih interakcija. Prilikom terapijske komunikacije zdravstveno osoblje podučava bolesnika kako da izrazi svoje trenutno stanje.

Mnogo puta bolesnik nije u mogućnosti izraziti problem te ga treba promatrati kao cjelinu i na temelju promatranja ponašanja i komunikacije, koja je nerijetko narušena procjenjuje se stanje bolesnika i razlučuje psihičke simptome od znakova koji bi potencijalno mogli ukazivati na postojanje boli. Malo je psihijatrijskih bolesnika koji će verbalizirati bolne podražaje, više je onih koji će prisutnost tjelesne boli iskazati kroz anksioznost, nemir i agresivnost.

Upravljanje bolovima predstavlja skup aktivnosti koje bi medicinske sestre trebale osigurati i provoditi kod pacijenata kod kojih je uočena prisutnost boli. Te aktivnosti uključuju procjenu

boli kod pacijenata, pružanje odgovarajućih intervencija medicinske sestre za ublažavanje boli pacijenata i ponovnu procjenu boli pacijenata nakon provedenih intervencije.

Na provođenje aktivnosti upravljanja bolovima u bilo kojem dijelu zdravstvenog sustava utječu tri glavne barijere koje uključuju prepreke vezane uz pacijenta, organizacijske prepreke i prepreke pružatelja zdravstvenih usluga.

Medicinske sestre nisu jedine koje pružaju zdravstvene usluge te koje su odgovorne za ublažavanje boli kod pacijenata, ali svakako igraju ključnu i veoma važnu ulogu u upravljanju bolovima pacijenata. To se pripisuje činjenici da su medicinske sestre u središnjem položaju između liječnika i pacijenata.

Zanemarivanje boli pacijenata etički je i moralno neprihvatljivo ponašanje koje dovodi do mnogih posljedica i komplikacija kako za pacijente tako i za zdravstvene organizacije. Stoga, mnoge međunarodne organizacije koje se bave poboljšanjem sigurnosti pacijenata i zdravstvene kvalitete, usmjeravaju mnogo pozornosti na ovaj problem, navodeći da medicinske sestre pružaju neadekvatno upravljanje bolovima u svim zemljama što i potvrđuju mnoga provedena istraživanja [9].

Samoprijava je najpouzdanija metoda za utvrđivanje iskustva boli kod pacijenata. Druge metode, poput izvješća medicinske sestre ili izvještaja pacijentove obitelji, prepune su ograničenja koja obično rezultiraju podcjenjivanjem ili precjenjivanjem boli ili malim slaganjem sa samoprijavom pacijenta.

Samoprijava je prepoznata kao zlatni standard za mjerenje boli u kliničkoj praksi i istraživanjima. Pacijentova izvješća primarni su izvor informacija o prisutnosti, intenzitetu i utjecaju boli na svakodnevni život.

Postupak procjene boli uvijek treba započeti pokušajem postizanja verbalne ili neverbalne samoprijave boli kod svih pacijenata uključujući i one koji boluju od psihičke bolesti. Iako naizgled jednostavan zadatak, medicinske sestre i ostali članovi tima često zanemaruju pitati pacijente o boli, unatoč tome što se slažu da je dosljedna procjena boli bitna komponenta za dobro upravljanje bolovima.

Procjena boli interaktivni je proces suradnje i često zahtijeva kreativnu prilagodbu kako bi proizašla samoprijava pacijenta. Osiguravanje privatnosti može pomoći u stvaranju otvorenog i iskrenog samoprijavlivanja. Starije odrasle osobe često zahtijevaju ponavljanje objašnjenja o alatu za procjenu boli i dulje vrijeme za odgovor.

Poricanje ili minimiziranje boli uobičajeno je pojava kod pacijenata koja najčešće proizlazi iz straha od posljedica priznavanja boli. Kada se dogodi poricanje ili minimiziranje boli, preporučuje se preformulirati pitanje vezano uz bol pomoću sinonima za bol ili upotrijebiti otvoreno pitanje. Otvorena pitanja ili izjave obično pružaju bolji odgovor i otvaraju razgovor kako bi pacijent što lakše objasnio bol svojim riječima [9].

Procjena boli kod osoba koje boluju od psihičkih bolesti je znatan izazov posebice ako se radi o osobama starije životne dobi. Nепрепозnavanje boli kod takvih osoba najčešće proizlazi iz kognitivnih promjena i nesposobnosti osoba s kognitivnim oštećenjima da točno prijave bol, neusklađenosti iskustva boli s tim da je bol neki dan intenzivniji od drugih dana zbog mehanizama suočavanja ili razine aktivnosti, socijalno poželjnih odgovora pacijenata i/ili straha od osude ako netko prijavi bol, prihvaćanja boli kao normalnog dijela starenja, straha od ovisnosti o drugima i vremena procjene boli ako pacijent nema istu razinu boli u trenutku procjene u odnosu na ostatak dana [10].

Neobjašnjiva i kontinuirana bol uvelike može biti dio kliničke slike nekog od psihijatrijskih poremećaja. Bez jasnog i klinički dokazanog podrijetla, bol znatno utječe na aktivnost bolesnika, njegovu radnu sposobnost te isto tako ina socijalnu aktivnost. Psihijatrijski bolesnik koji osjeća bol neobjašnjiva uzroka ili uzroka koji on sam ne može opisati odražava se na njegov društveni život, ali i na funkcioniranje njegove obiteljske zajednice.

Opće je poznato da su psihijatrijski bolesnici kao i njihove obitelji društveno izolirani ponajprije zbog njihovog neprihvatljivog ponašanja, a zatim i zbog nepredvidivosti reagiranja u određenim situacijama. Na način iskazivanja boli kod psihijatrijskih bolesnika važnu i nezaobilaznu ulogu imaju i same osobine bolesnika. Jednako tako i karakteristike ličnosti, okolinski faktori, socioekonomska situacija, nesređena obiteljska situacija, toksična okolina i neki drugi koji ovise o specifičnosti situacije u samoj obitelji.

Farmakološki tretman boli kod psihijatrijskog bolesnika uključuje primjenu analgetika, antidepresiva i antipsihotika. Farmakološko liječenje boli kod psihijatrijskog bolesnika je multidisciplinarno i uključuje suradnju stručnih ljudi iz više grana medicine.

2.1. Anksiozni poremećaj

Anksioznost se može opisati kao osjećaj zabrinutosti, nervoze ili nelagode zbog predstojeće okolnosti ili događaja s neizvjesnim ishodom. Simptomi anksioznosti uključuju izbjegavanje određenih ljudi, mjesta ili događaja, tjelesne simptome poput ubrzanog rada srca, vrtoglavice i znojenja te somatske tegobe poput glavobolje i gastrointestinalnih tegoba.

Ljudi često doživljavaju stanje tjeskobe kao odgovor na stresno životno iskustvo, no anksioznost se ponekad doživljava na kroničnoj i iscrpljujućoj osnovi te se tada može dijagnosticirati anksiozni poremećaj kao psihijatrijska dijagnoza. Istraživanje u Sjedinjenim Američkim Državama pokazalo je da je anksiozni poremećaj najčešći dijagnosticirani psihijatrijski poremećaj kod ljudi [11].

Kod povezanosti između boli i anksioznog poremećaja, istraživanja prvenstveno ukazuju na to da osobe koje trpe određene bolove su sklonije razvoju anksioznog poremećaja nego što su zdravi ljudi [12].

Simptomi povezani s disanjem učestali su kod anksioznih poremećaja. Znatan broj oboljelih s ovim poremećajima zbog nepravilnog disanja pogoršava simptome anksioznog poremećaja. Velika većina bolesnika hiperventilira, znatno povećava brzinu ili dubinu disanja. Znaci i simptomi potencijalne hiperventilacije su ubrzano i nepravilno disanje koje je dosta plitko, oboljeli može često uzdisati, zijevati i/ili šmrcati. Osjećaj nedostatka zraka je prisutan gotovo u svih, što se pokušava nadoknaditi dubljim udisanjem, zatim često osjećaju umor te nerijetko dolazi do nesvjestice. Proces hiperventilacije često je potaknut većim ili manjim stresnim situacijama, neovisno o tome što je uzrok, a može sam po sebi uzrokovati daljnju tjeskobu i pogoršanje simptoma anksioznosti.

Ljudi koji ubrzano dišu uslijed anksioznosti, pokazuju tendenciju disanju iz prsnog koša, a da pri tome ne koriste trbušno disanje, što rezultira osjećajem napetosti i bolovima u prsnom košu. Bolesniku valja preporučiti vježbanje dijafragmalnog (trbušnog) disanja, što znači disanje kroz nos i trbuh. Za provjeru pravilnog disanja potrebno je napraviti sljedeće: leći na leđa, položiti ruke 5 – 6 cm iznad pupka tako da se prsti srednjaci dodiruju.

Udahnuti: ako se srednjaci ne razdvoje, disanje je nepravilno. Može se i jednu ruku staviti na gornji dio prsnog koša, a drugu ispod rebrenog luka.

Udahnuti i izdahnuti: donja ruka treba se pomicati prema gore pri udisaju, a prema dolje pri izdisaju. Gornja ruka se gotovo uopće ne bi trebala pomicati. Ako osoba hiperventilira, pomicat će se gornja ruka, a trbuh može biti uvučen prilikom udisaja. Navedeno stanje ukazuje na poremećaj disanja uslijed anksioznog poremećaja izazvanog najčešće stresnom situacijom iz okoline, i osjećajem ugroženosti za samoga sebe.

Tehnikama pravilnog disanja znatno se smanjuje razina anksioznosti kod bolesnika, na radilištima edukaciju iz pravilnog disanja obavljaju radni terapeuti posebno educirani iz tog segmenta.

Autogeni trening kod anksioznih epizoda daje dobre rezultate. Potrebna su znanja kako da pojedinac provodi autogeni trening, edukacija zdravstvenog osoblja je neophodna, ali daje dobre rezultate. Bolesnik za vrijeme autogenog treninga treba biti opušten i smiren i slušati upute profesionalaca koji mu pomažu u treningu.

Vizualizacija je također jedna od tehnika za smanjivanje anksioznosti, koja djeluje na smanjivanje simptoma predodžbama lijepih stvari iz okoline ili dosjećanjem ugodnih iskustva. Ponekad kada nije moguće negativne misli zamijeniti pozitivnim, ni vizualizacijom, na raspolaganju nam stoje još neke mogućnosti, kao što su prebacivanje pažnje i mentalne igre. Bolesniku je važno reći da je on taj koji kontrolira sadržaj svojih misli koliko god on bio sumnjičav prema toj našoj izjavi. Ako bolesnik uspije svoje misli preusmjeriti na pozitivne stvari, osjećat će se sigurnije i osjećat će manji stupanj anksioznosti.

2.2. Bipolarni afektivni poremećaj

Bipolarni afektivni poremećaj kronični je i složeni poremećaj raspoloženja koji je karakteriziran kombinacijom maničnih (bipolarna manija), hipomaničkih i depresivnih (bipolarna depresija) epizoda sa značajnim subsindromalnim simptomima koji se često javljaju između glavnih epizoda raspoloženja. To je jedan od glavnih uzroka invaliditeta u svijetu. Bipolarni afektivni poremećaj često je povezan s ozbiljnim medicinskim i psihijatrijskim komorbiditetom, ranom smrtnošću, visokom razinom funkcionalne invalidnosti i ugroženom kvalitetom života [13].

Bol i osjećaji povezani su na više načina. Raspoloženje i emocionalno stanje mijenjaju percepciju boli i kod zdravih osoba i kod pacijenata s bipolarnim afektivnim poremećajem. Stvaranje pozitivnog emocionalnog stanja, poput gledanja ugodnih slika ili gledanja humorističnih filmova, općenito smanjuje osjetljivost na bol.

Suprotno tome, negativno emocionalno stanje povećava osjetljivost na bol, iako su ti učinci manje pouzdani od onih koji se odnose na pozitivno stanje. Neka istraživanja pokazuju da bipolarni afektivni poremećaj povećava toleranciju na bol, a neka pokazuju da smanjuje. Iz tog razloga se ne može sa sigurnošću ustvrditi povezanost između bipolarnog afektivnog poremećaja i tolerancije na bol [14].

2.3. Demencija

Demencija je zdravstveno stanje u kojem dolazi do pogoršanja kognitivnih sposobnosti osobe u usporedbi s nekoliko mjeseci ili godina prije. Osoba koja boluje od demencije ima poteškoća s nekoliko vrsta kognitivnih sposobnosti, najčešće s pamćenjem, ali i s drugim sposobnostima kao što su jezik, pažnja, orijentacija, prosudba i planiranje.

Demencija je uzrokovana bolešću mozga ili ozljedom. Jedna od najčešćih bolesti mozga koja uzrokuje demenciju je degeneracija mozga koja se naziva Alzheimerova bolest. Šansa za obolijevanje od demencije koja se veže uz Alzheimerovu bolest raste kako osoba stari [15]. Demencija pogađa oko 44,4 milijuna ljudi širom svijeta te se smatra da će se ta brojka neprestano povećavati i time predstavlja važno javnozdravstveno pitanje.

Demencija predstavlja poseban izazov za liječenje i njegu zbog progresivnog kognitivnog i funkcionalnog propadanja što su glavna obilježja navedenog stanja. Gubitak jezičnog izražavanja i sposobnosti komunikacije znatno povećavaju rizik od nezadovoljenih potreba.

Bol se vrlo često susreće u skrbi za starije i nemoćne osobe. Gotovo 80 % starijih osoba od čega 50 % osoba s demencijom redovito osjeća bol. Bol je često nedovoljno otkrivena i nedovoljno liječena, posebno kod onih s umjerenom do teškom demencijom koji više ne mogu prijaviti bol zbog neurodegenerativnih promjena povezanih sa stanjem u kojem se nalaze. U tih se osoba bol može manifestirati kao poremećaj u ponašanju, koji se može neprimjereno liječiti nizom psihotropnih lijekova poput benzodiazepina i antipsihotika.

Komunikacijski kanal za prijavljivanje boli kod navedene skupine pacijenata je prvenstveno neverbalnim znakovima. Američko gerijatrijsko društvo prepoznalo je neverbalnu komunikaciju 2002. godine kao pokazatelja boli i od tada se preporučuje za uključivanje u alate za procjenu boli s obzirom na ponašanje [16].

Najveći problem koji proizlazi iz činjenice da osoba nije sposobna komunicirati leži u procjeni boli. Uz značajnu nevolju i nelagodu, neliječena bol također može biti uzročni čimbenik u ključnim simptomima i pokazateljima kvalitete života za osobe s demencijom. Bihevioralni i psihološki simptomi demencije poput agitacije i agresije često se javljaju kao rezultat prisutnosti boli što predstavlja značajan izazov za liječenje i njegu koji mogu dovesti do institucionalizacije ili propisivanja neadekvatne terapije [17].

Demencija kod bolesnika proizvodi značajne funkcionalne promjene u toleranciji na bol vezano uz središnji živčani sustav. Do danas još uvijek nije dokazano je li se kod ovih pacijenata iskustvo boli promijenilo uslijed pada nociceptivnih puteva ili progresivne degeneracije područja mozga uključenih u obradu nociceptivnog podražaja. Neka istraživanja sugeriraju da osobe s demencijom mogu bol osjećati drugačije od osoba bez demencije. Benedetti i suradnici otkrili su da su pacijenti s Alzheimerovom demencijom imali veću toleranciju na bol i to je izravno povezano s ozbiljnošću kognitivnih oštećenja [18].

Tijekom posljednjih 25 godina razvijeno je i testirano oko 30 alata za procjenu boli kod osoba s demencijom [19]. Prepoznavanje boli kod bolesnika koji boluju od demencije većina

zdravstvenih djelatnika opisuje kao nagađanje. Intuicija je jedan od najzastupljenijih pristupa procjeni boli i njezinom upravljanju što zasigurno predstavlja veliki problem [20].

Nefarmakološke metode umanjivanja boli mogu primjenjivati zdravstveni radnici kao i članovi obitelji, pogotovo u ranijem stadiju demencije, naravno sukladno mogućnostima, a temelj u primjeni nefarmakoloških metoda čini uspostavljanje dobre komunikacije s osobom oboljelom od demencijom.

Članovi obitelji su ipak ti koji najbolje poznaju svoje najmilije i mogu vrlo dobro prepoznati kada su oboljeli u bolovima i kada se ne osjećaju dobro. U tim okolnostima mogu biti vrlo dragocjeni savjeti patronažne medicinske sestre i obiteljskog liječnika, njihovo iskustvo i sposobnost da motiviraju članove obitelji na provođenje nefarmakoloških metoda zbrinjavanja i pomoći, psihičkih i ponašajnih simptoma bolova kod dementnih bolesnika.

Velik problem kod osoba oboljelih od demencije su različita bolna stanja. Poznato je da je bol općenito česta pojava kod osoba starije životne dobi tako i kod starijih osoba koje boluju od raznih vrsta demencija bilo da se one nalaze u vlastitom domu ili u nekoj instituciji.

Osobe oboljele od demencije mogu trpjeti boli koja dolazi i prouzročena je iz raznih izvora, kao što su kontrakture koje mogu biti posljedica nepokretnosti ili bolovi nakon pada i prijeloma, opstipacija, zatim genitourinarne infekcije i dekubitusi koji su vrlo česti kod osoba s demencijom.

Medicinska sestra je ta koja mora biti educirana i koja prva treba procijeniti kako bolesnik reagira na bol te kako bol na njega utječe.

Važno je kontinuirano pratiti vitalne funkcije kao i procjenjivati razinu boli, olakšati im postavljanjem u odgovarajući položaj, procijeniti odgovara li im te ukloniti druge uzroke koji potenciraju bol, primijeniti nefarmakološke metode smanjivanja boli te eventualno propisane lijekove za bol u preporučenoj dozi i u slučaju potrebe, pozvati liječnika.

2.4. Depresija

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, 350 milijuna ljudi širom svijeta pati od depresije, a očekuje se da će depresija biti glavni uzrok invaliditeta do 2030. godine. Uz to, izvještava se da

je stopa samoubojstava kod pacijenata koji boluju od depresije 22 do 36 puta veća od one u općoj populaciji [21].

Depresija spada u skupinu psihijatrijskih bolesti [22]. Karakterističnih devet simptoma depresije su: depresivno raspoloženje, smanjeni interes i/ili zadovoljstvo, povećanje ili smanjenje tjelesne težine odnosno poremećaj apetita, nesanica ili hipersomnija, psihomotorna agitacija ili retardacija, umor ili gubitak energije, osjećaj bezvrijednosti ili neprikladne krivnje, smanjena sposobnost razmišljanja ili koncentracije ili neodlučnost i ponavljajuće misli o smrti ili ponavljajuće samoubilačke ideje.

Da bi ispunio kriterije za depresiju, pojedinac mora pokazivati pet ili više simptoma, od kojih barem jedan mora biti depresivno raspoloženje ili smanjeni interes i/ili zadovoljstvo [23].

Depresija značajno utječe na ljude u svim zemljama širom svijeta s globalnom prevalencijom depresivne epizode od 3,2 %. Depresivni poremećaji često započinju u mlađoj životnoj dobi i često se ponavljaju tijekom cijelog života. Iz tih razloga, depresija je vodeći uzrok invaliditeta u svijetu u pogledu ukupnih godina izgubljenih zbog invaliditeta. Stoga, globalno raste potražnja za suzbijanjem i tretiranjem depresije [22].

Intenzitet boli pogoršava se povećanjem razine depresije. Iako su neurobiološki mehanizmi interakcije između boli i depresije nejasni, pojedine studije na ljudima pokazuju da depresija može utjecati na promjene u više regija mozga, uključujući one povezane s procesiranjem i percepcijom boli [24].

U istraživanju provedenom među bolesnicima koji boluju od bolesti koronarnih arterija, a koji su podvrgnuti kateterizaciji lijevog srca radi procjene, utvrdilo se da su simptomi depresije značajno povezani s povećanom učestalošću bolova u prsima, fizičkim ograničenjima i percepcijom bolesti [25].

Kod osoba starije životne dobi koje su smještene u domu za starije osobe utvrđena je povezanost između bolova i depresije na način da korisnici kod kojih su prisutni bolovi slabijeg intenziteta imaju manje depresivne simptome. Uzrokuje li bol depresiju ili depresija uzrokuje jači intenzitet boli i dalje ostaje aktivno područje istraživanja. Smatralo se da je depresija posljedica života s kroničnom boli.

Međutim, neka istraživanja vezana uz kroničnu bol kod pacijenata primarne zdravstvene zaštite ukazuju na suprotan zaključak, a to je da depresivno raspoloženje može utjecati na uzbuđenje što dovodi do povećane percepcije boli [26].

2.5. Opsesivno-kompulzivni poremećaj

Opsesivno-kompulzivni poremećaj važan je psihijatrijski poremećaj zbog svoje rasprostranjenosti i s njim povezane invalidnosti. Karakterizira ga prisutnost opsesija i/ili prinuda. Opsesije su ponavljajuće i uporne misli, slike, porivi ili nagoni koji su nametljivi i neželjeni, a često su povezani s tjeskobom.

Prisile su ponavljajuća ponašanja ili djela na koja je pojedinac natjeran svojim mislima kao odgovor na opsesiju prema određenih rigidnim pravilima ili za postizanje osjećaja ispunjenosti. Uobičajeni skupovi opsesija i prisiljavanja kod pacijenata s opsesivno-kompulzivnim poremećajem uključuju zabrinutost zbog onečišćenja iz čega proizlazi nekontrolirano pranje ili čišćenje, zabrinutost zbog štete sebi ili drugima što uključuje mnogobrojne provjere, nametljive agresivne ili seksualne misli koje dovode do raznih neprihvatljivih rituala i zabrinutosti. Također se kod takvih bolesnika često spominje i pojam gomilanja stvari [27].

Opsesivno-kompulzivni poremećaj se može smatrati etiološkim čimbenikom povezanim s kroničnom boli. Prema istraživanju, navedena skupina bolesnika se najčešće žali na bol čiji se uzrok u većini slučajeva ne može sa sigurnošću dijagnosticirati [28].

2.6. Poremećaji hranjenja

U modernome svijetu poremećaji hranjenja često imaju epidemijske razmjere i ozbiljan su zdravstveni problem. Poremećaji u prehrani djeluju štetno na pojedinca iz svih aspekata, a najviše iz tijesnog i psihičkog.

Kada govorimo o poremećajima u prehrani, najčešće se prvo pomisli na anoreksiju i bulimiju iz razloga jer one zaista i predstavljaju najveći problem i sa sobom povlače, osim tjelesnih oboljenja prvenstveno metaboličkih, i psihičke smetnje koje se održavaju na bolesnike.

Važnu ulogu u pojavnosti anoreksije i bulimije čine sociokulturalni čimbenici. Anoreksija i bulimija najčešće se javljaju u adolescentskoj i tinejdžerskoj dobi pod utjecajem medija i vršnjaka.

2.6.1. Emocionalno prejedanje

Emocionalno prejedanje se u nekim slučajevima tretira kao psihijatrijski poremećaj te se definira kao sklonost uzimanja hrane kao odgovor na negativne emocije. Na primjer, to bi moglo uključivati emocionalne prethodnike poput osjećaja tjeskobe ili dosade. Neka istraživanja ukazuju da je sklonost emocionalnom prejedanju povezano s višim indeksom tjelesne mase odnosno pretilošću [29].

Pretilost i kronična bol dva su najrasprostranjenija stanja u Sjedinjenim Američkim Državama i čine značajan dio zdravstvenih troškova, ali i u drugim zemljama predstavljaju značajan problem. Pronađene su veze između pretilosti i uobičajenih kroničnih stanja boli, poput osteoartritisa, bolova u leđima, fibromialgije i migrene. Istraživanje ukazuje da žene s pretilošću imaju veću ozbiljnost i smetnje boli od muškaraca što je i u skladu s navodima da takve žene prijavljuju jače i češće bolove [30].

U praksi na radilištima posebno kroničnih psihijatrijskih odjela moguće je sporadično vidjeti kronične bolesnike koji su skloni poremećajima prehrane, pa kod pojave tjelesne boli posežu za ekstremno velikim količinama hrane.

Zdravstveno osoblje u takvim slučajevima ograničava unos i smanjuje obroke bolesnicima. Takve intervencije zdravstvenog osoblja rezultiraju ljutnjom bolesnika i odbijanjem suradnje, jer bolesnici hranu smatraju lijekom za sve.

Bolesnici često unose i previše vode uz opravdanje da će isprati bol, to je zabrinjavajuća radnja jer za posljedicu kod psihijatrijskih bolesnika može imati epileptičke napade, ali i narušavanje laboratorijskih nalaza krvi.

2.6.2. Anorexia nervosa

Anorexia nervosa je psihijatrijski poremećaj koji karakterizira niska tjelesna težina zbog samoinducirane nedovoljne prehrane. Ova bolest pretežno pogađa žene, a životna prevalencija približava se 2,2 %. Tipično se javlja tijekom adolescencije, stopa dugotrajnog oporavka od anorexie nervose je vrlo niska.

Samo 50 % do 60 % žena s anorexiom nervosom oporavilo se čak dva desetljeća nakon početne dijagnoze, pa je stoga bolest zastupljena i kod starijih osoba. Povezana je s više medicinskih komplikacija i popratnih bolesti, od kojih je najčešći značajan gubitak koštane mase. Gotovo 90 % žena s anorexiom nervosom ima vrijednosti mineralne gustoće kostiju ispod prosjeka žena u usporedivoj dobi [31].

Ako je kod navedene skupine pacijenata prisutna bol, ona je jačeg intenziteta nego kod zdravih osoba gledajući doživljaj boli [32].

2.6.3. Bulimija

Bulimija je intenzivna preokupacija tjelesnom težinom i oblikom tijela karakterizirana redovitim epizodama prejedanja povezanih s ekstremnim mjerama za suzbijanje negativnih učinaka prejedanja. Ako osoba također ispunjava dijagnostičke kriterije, tada dijagnoza anorexie nervose ima prednost. Oko 90 % bolesnika kojima je dijagnosticirana bulimija su žene.

Etiologija bulimije se može opisati kao vrlo složena, ali smatra se da socijalni čimbenici odnosno promicanje vitkog tijela uvelike povećavaju rizik od nastanka bulimije [33].

Istraživanje usmjereno na povezanost između doživljaja boli kod pacijenata koji boluju od bulimije i zdravih osoba pokazuje da je intenzitet boli jači kod osoba oboljelih od bulimije [32].

2.7. Poremećaj ličnosti

Poremećaji osobnosti mogu se opisati kao manifestacija ekstremnih osobina ličnosti koje ometaju svakodnevni život i doprinose značajnoj patnji, funkcionalnim ograničenjima ili oboje. Često se susreću u gotovo svim oblicima zdravstvene zaštite. Poremećaj ličnosti povezan je s lošom kvalitetom života, lošim fizičkim zdravljem i preranom smrtnošću. Na etiologiju utječu genetski čimbenici i čimbenici iz okoline.

Najčešći i temeljni aspekt poremećaja ličnosti povezan je s nemogućnošću izgradnje i održavanja zdravih međuljudskih odnosa. Ovaj aspekt uvelike negativno utječe i na interakciju između zdravstvenih djelatnika i pacijenata s poremećajem ličnosti [34].

Bolesnici koji boluju od poremećaja ličnosti su hiposenzibilniji na fizičku bol od zdravih ljudi. Međutim, to nije uvijek slučaj jer istraživanja pokazuju znatnu preosjetljivost na socijalno odbijanje i patnju čiji uzrok proizlazi iz socijalnih odnosa, a bolesnici koji boluju od poremećaja ličnosti u socijalnoj isključenosti doživljavaju bol jačom u odnosu na zdrave ljude [35].

2.8. Posttraumatski stresni poremećaj

Kronična bol i posttraumatski stresni poremećaj (PTSP) su komorbidna stanja, i često su povezana s razinom afektivnog distresa i tjelesnog invaliditeta. Pacijentima s PTSP-om često se dijagnosticiraju brojna stanja kronične boli.

Nažalost mali se broj istraživanja specifično pozabavio međuodnosom ovih dvaju stanja. Kliničkom praksom, iskustvom i znanstvenim istraživanjima dolazimo do saznanja koja pokazuju na to da su kronična bol i PTSP stanja koja se međusobno podržavaju, imaju negativan tijek bolesti, kao i ishod liječenja i kvalitetu života bolesnika. Važno je u kliničkoj praksi razumijevati utjecaj PTSP-a na kroničnu bol, i obrnuto.

Kad govorimo o procjeni i liječenju bolesnika koji imaju kroničnu bol i komorbiditetni PTSP potreban je multidisciplinarni pristup, što dovodi do boljih ishoda kao i redukciju troškova liječenja. S ciljem kako bi se smanjio osjećaj patnje i bola, liječnik ne smije biti ograničen na rutinsku primjenu lijekova i drugih nefarmakoloških postupaka, već mora biti empatičan i

holistički pristupiti bolesniku te tu dolazi do izražaja iskustvo i educiranost liječnika i drugog medicinskog osoblja.

Optimalno liječenje izrazito je važno, kao i prepoznavanje često prisutnih komorbiditetnih depresivnih i anksioznih poremećaja, poremećaje spavanja i apetita te kognitivna oštećenja i funkcionalna ograničenja u obavljanju svakodnevnih aktivnosti koja značajno smanjuju kvalitetu života bolesnika.

Bol, nelagoda, tjeskoba i potištenost značajno utječu na svakodnevno društveno funkcioniranje ovih ljudi. Osobito se to osjeća u obitelji koja bi s jedne strane trebala pružati emocionalnu potporu, a s druge strane obitelj najviše trpi zbog tog stanja u kojem se nalazi jedan od njezinih članova obitelji.

Posttraumatski stresni poremećaj spada u skupinu psihijatrijskih poremećaja koji se može razviti nakon izlaganja izuzetno stresnim i traumatičnim događajima. Većina ljudi je sposobna razviti određenu otpornost i adekvatno se oporaviti nakon proživljenih stresnih događaja, no može se dogoditi da nakon jednog traumatičnog događaja ili duljeg izlaganja traumi osoba razvije posttraumatski stresni poremećaj (npr. seksualno zlostavljanje u djetinjstvu).

Navedeno stanje dakako loše utječe i na fizičko zdravlje. Simptomi uključuju trajna nametljiva prisjećanja, izbjegavanje podražaja povezanih s traumom, negativne promjene u kogniciji, raspoloženju i slično. Dijagnoza se može postaviti nekome čija je sposobnost normalnog funkcioniranja osjetno narušena tijekom najmanje jednog mjeseca [36].

Bolesnici koji boluju od posttraumatskog stresnog poremećaja i ujedno imaju i kroničnu bol, navode da ih bolovi više ometaju u normalnom funkcioniranju nego što je slučaj kod osoba koje imaju kroničnu bol, ali ne boluju od posttraumatskog stresnog poremećaja. Dokazano je da ako je bol kod bolesnika oboljelih od posttraumatskog stresnog poremećaja proizašla iz traume koju su proživjeli, tada svaka prisutnost boli povećava simptome posttraumatskog stresnog poremećaja [37].

2.9. Psihoza

Psihoza je čest i funkcionalno ometajući simptom mnogih psihijatrijskih, neurorazvojnih, neuroloških i medicinskih stanja koji u pojedinim slučajevima ostaje nepovezan s nekom određenom bolešću te se vodi i liječi kao zasebna dijagnoza. Najčešći pojam vezan uz psihozu su halucinacije. Halucinacija se definira kao osjetilna percepcija u odsutnosti odgovarajućeg vanjskog ili somatskog podražaja i opisuje se prema osjetnoj domeni u kojoj se javlja.

Osim halucinacija, važno je spomenuti i zablude. Zablude su fiksna lažna uvjerenja koja se zasnivaju na netočnim odnosno lažnim zaključcima o stvarnosti vezanoj uz sebe ili svoju okolinu i održavaju se čvrsto (fiksirano) unatoč iznošenju dokaza koji očitno i nepobitno proturječe uvjerenju.

Uobičajene zablude proizlaze iz pogrešnog tumačenja svakodnevnih iskustava i kao takve su razumljive, ali ne prihvaćaju ih drugi pojedinci. Bizarne zablude uključuju pojave koje su fizički nemoguće ili koje bi većina ljudi smatrala potpuno nevjerojatnima. Nefarmakološke intervencije mogu smanjiti psihotične simptome, posebno kod pacijenata s psihozom koja se povezuje s demencijom [38].

Istraživanje je pokazalo da ublažavanje boli kod pacijenata koji je osjećaju pozitivno utječe na simptome psihoze koji su tada svedeni na minimum, dok zanemarivanje boli pojačava broj i intenzitet simptoma psihoze [39].

2.10. Shizofrenija

Shizofrenija je složeni, heterogeni, bihevioralni i kognitivni sindrom čije se podrijetlo krije u genetskim i/ili čimbenicima vezanim uz okolinu s posljedičnim poremećajima razvoja mozga. To je ozbiljan psihijatrijski poremećaj koji duboko utječe na pojedinca i društvo. Iako ishodi možda neće biti negativni kao što se uobičajeno vjeruje, više od 50 % onih osoba koje dobiju dijagnozu shizofrenije imaju povremene, ali dugotrajne psihijatrijske probleme, a oko 20 % ima kronične simptome i invaliditet.

Nezaposlenost je zapanjujuće visoka i iznosi 80–90 %, a očekivano trajanje života smanjuje se za 10–20 godina. Shizofreniju karakterizira raznolika psihopatologija (najčešće halucinacije odnosno psihotični simptomi kod kojih dolazi do gubitka kontakta sa stvarnošću).

Dijagnoza se postavlja klinički na temelju anamneze i ispitivanja mentalnog stanja, ne postoje dijagnostički testovi [40].

Kod bolesnika koji boluju od shizofrenije, bol se ponaša na nepredvidiv način, baš kao i evolucija ove psihijatrijske bolesti. Mišljenja vezana uz povezanost boli s dijagnozom shizofrenije su podijeljena.

Neki tvrde da bolesnici koji boluju od shizofrenije imaju smanjenu percepciju boli, a drugi da imaju povećanu osjetljivost na bol. Pojedinci pak tvrde da nema razlike između zdravih ljudi i osoba oboljelih od shizofrenije kada se radi o boli. Ipak, danas je prihvaćeno da je percepcija boli na razne načine oslabljena kod navedene skupine bolesnika [41].

3. Biološke metode liječenja bolesnika oboljelih od psihičkih poremećaja

U biološke metode liječenja ubrajamo psihofarmakoterapiju i neuromotulatornu terapiju. Paralelno s razvojem bioloških metoda liječenja razvijala se i psihoterapija.

Danas ima više od 200 psihoterapijskih teorija, pravaca i postupaka. Socioterapijske i druge metode liječenja uvedene su u svakodnevnu psihijatrijsku praksu.

Zahvaljujući otkriću psihofarmaka, ali i zbog drugih, u prvom redu ekonomskih razloga, sve više se naglašava potreba otpuštanja psihijatrijskih bolesnika iz bolnica i njihovo liječenje u njihovoj socijalnoj sredini [68].

Medicina je posljednjih desetljeća u liječenje osoba s duševnim smetnjama krenula s korištenjem i uvrštavanjem prirodnih lijekova, duhovne terapije, a posljednjih godina sve se češće među zdravstvenim radnicima spominju alternativne kao i komplementarne metode u liječenju boli.

Dolazi do napretka u liječenju osoba s duševnim smetnjama kao i liječenja boli te prihvaćanja činjenice da sintetski lijekovi nisu svemogući i jedini izbor liječenja, kao i da mogu imati ozbiljne i neugodne nuspojave.

Zahvaljujući toj činjenici sve je veći interes za liječenje psihičkih poremećaja i liječenja boli biološkim metodama. Važno je napomenuti da oni nisu zamjena za standardne metode liječenja. Sve više ima pacijenata koji odbijaju klasičnu terapiju i traže nešto od bioloških metoda liječenja. To je pokazatelj koliko je bitno da liječnici i zdravstveni radnici imaju znanje iz komplementarne medicine.

3.1. Psihofarmakoterapija

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO) iz 1976. godine, psihofarmaci su lijekovi koji djeluju na psihičke funkcije, ponašanje i doživljavanje bolesnika. Psihofarmaci su kemijske tvari koje u propisanoj dozi djeluju na određeno psihičko ponašanje.

Psihotropni lijekovi ili psihofarmaci podrazumijevaju biološko liječenje duševnih i psihičkih bolesti i poremećaja. Podjela se vrši na više načina i skupina. Prema ATK sustavu, svi lijekovi su razvrstani u 14 skupina prema anatomskoj cjelini na kojoj se očituje glavni učinak lijeka (I razina), a dalje u 4 niže razine:

- I. razina: glavna anatomska skupina
- II. razina: glavna terapijska skupina
- III. razina: terapijska podskupina
- IV. razina: kemijsko-terapijska podskupina
- V. razina: INN (internacionalni nezaštićeni naziv) – generički naziv lijeka.

U razini I. pod oznakom N (ŽIVČANI SUSTAV), nalaze se sljedeće skupine II. razine [42]:

- N 01 Anestetici
- N 02 Analgetici
- N 03 Antiepileptici
- N 04 Antiparkinsonici
- N 05 Psiholeptici
- N 06 Psihoanaleptici
- N 07 Ostali lijekovi s djelovanjem na živčani sustav.

Sredinom 20. stoljeća dolazi je do razvitka psihofarmaka, veliki utjecaj imalo je iznenadni pronalazak klorpromazina te se taj period i pronalazak danas smatra kao prvi stvarni početak moderne psihofarmakoterapije koja će kasnije imati veliki povijesni značaj. Delay i Deniker 1952. godine uvode klorpromazin u terapiju shizofrenije i akutne manije lijekova koji su promijenili od temelja osnove terapije psihijatrijskih pacijenata i utkali put modernoj psihijatriji.

Kada govorimo o klinički istraživanjima u našoj zemlji, važno je napomenuti da su naše kliničke studije pratile one na svjetskoj razini. Danas sa sigurnošću možemo reći da živimo i radimo u vremenu erupcije novih, modernih i potentnih psihofarmaka te su takvi lijekovi donijeli potpuno nove mogućnosti, ali i postavili nove ciljeve u liječenju [43].

3.1.1. Antidementivi

Antidementivi su lijekovi koji imaju blagotvorni učinak na mnestičke funkcije kod bolesnika oboljelih od demencije. Antidementivi znatno umanjuju potrebu za dodatnim psihotropnim lijekovima poput antipsihotika i stabilizatora raspoloženja, koji kod osoba starije životne dobi mogu prouzročiti neželjene nuspojave.

Istraživanja su pokazala da antidementivi usporavaju tijek kao i uznapredovanje demencije te produžuju vrijeme u kojem je bolesnik u nekoj mjeri samostalan i samim time odgađaju potrebu smještanja bolesnika u ustanove [44].

3.1.2. Antidepresivi

Antidepresivi su skupina lijekova koji umanjuju ili potpuno uklanjaju simptome depresije. Heterogeni su s obzirom na strukturu i mehanizam djelovanja. Njihovo djelovanje temelji se na povećanju aktivnosti monoamina u mozgu. Glavno djelovanje antidepresiva je podizanje raspoloženja što dovodi do kvalitetnijeg funkcioniranja na osobnoj i društvenoj razini. Antidepresivi mogu imati i sedativni učinak pa su lijek izbora kod učestalih napada panike [45].

3.1.3. Anksiolitici

Anksiolitici su lijekovi koji se primjenjuju u liječenju anksioznih poremećaja. Farmakološka svojstva benzodiazepina su antikonvulzivna, sedativna, miorelaksirajuća i

anksiolitička. Ova skupina lijekova kod duže primjene izaziva fenomen ovisnosti s posljedičnim sindromom ustezanja kod naglog prekida terapije [46].

3.1.4. Antipsihotici

Antipsihotici su skupina lijekova koji djeluju na simptome kao što su agitacija, agresivnost, halucinacije, sumanutost, psihomotorno uzbuđenje, ali i na simptome kao što su neženjeni afekt, apatija, abulija i socijalno povlačenje različite etiologije.

Svi antipsihotici su podjednako djelotvorni u liječenju psihotičnih stanja kao što su halucinacije, deluzije, psihomotorna agitacija. Noviji (atipični antipsihotici) imaju bolje djelovanje na negativne (alogija, avolicija, anhedonija), kognitivne i afektivne simptome.

Antipsihotike dijelimo na dvije skupine prema kliničkoj podjeli na tipične antipsihotike koji djeluju blokirajući D2 receptore u mozgu, dok atipični antipsihotici djeluju blokirajući D1 receptore u mozgu [46].

Psihofarmake dijelimo na tipične i atipične, no postoji i podjela prema generacijama. Prva generacija antipsihotika čine promazin, klorpromazin, perazin, flufenazin i haloperidol. Prva generacija predstavlja zapravo tipične antipsihotike, za koje se zna da su djelotvorni, ali imaju istaknute ekstrapiramidalne nuspojave.

U drugu generaciju antipsihotika ubrajamo klozapin i sulpirid, dok u treću generaciju psihofarmaka ubrajamo risperidon, olanzapin, amisulpirid, sertindol, ziprasidon, piperidon i aripiprazol [46].

3.1.5. Hipnotici

Hipnotici su lijekovi čije se djelovanje bazira na principu da bolesnika postupno uvode u fazu sna, produljuju epizode spavanja. Koriste se za liječenje nesаницe i postizanju pravilnog ritma spavanja i budnosti kod bolesnika oboljelih od psihičkih bolesti. Budnost tijekom noći dodatno naglašava simptome bolesti koji se iskazuju kroz nemir i nesuradljivost bolesnika [46].

4. Bol

Prema definiciji Međunarodnog udruženja za istraživanje boli (engl. International Association for the Study of Pain – IASP), bol je neugodno osjetno i emocionalno iskustvo povezano s trenutačnom ili prijetećom ozljedom tkiva, ili iskustvo opisano u kontekstu takve ozljede [47].

Bol je dakle subjektivna senzacija i javlja se u nekoj mjeri pri bilo kakvom oštećenju tkiva te potiče reakcije organizma s ciljem uklanjanja bolnog podražaja. Bol je najstariji fenomen ljudskog života, neugodan emocionalni doživljaj te multidimenzionalno i posve osobno iskustvo. Bol je ono što pacijent kaže da boli [47].

Bolesnici bol opisuju individualno međusobno značajno različito. Jedino i glavno zajedničko opisima boli je posebna senzacija osjeta koju pojedinac opisuje, ona je onakva kakvu je on opisuje i postoji sve dok bolesnik kaže da postoji.

4.1. Vrste boli

Prema patofiziološkoj klasifikaciji boli, s obzirom na mehanizam nastanka, bol može biti nociceptivna, neuropatska ili kombinirana [48].

Nociceptivna bol – uzrokovana je oštećenjem tjelesnih tkiva. Potječe iz kože, mišića, kostiju ili unutarnjih organa. Ona može biti somatska i visceralna.

Somatska nociceptivna bol se odnosi na bol mišića, kostiju. Najočitiiji primjeri nociceptivne somatske boli su bol koja nastaje tijekom upale potkožnog tkiva, bol pri ozljedi kosti ili mišića, bol koja se javlja u osteoartritisu i slično.

Druga vrsta nociceptivne boli je visceralna bol koja nastaje ozljedom ili oštećenjem unutarnjih organa. To je bol koju uzrokuje grčenje i rastezanje glatkih mišićnih slojeva u stjenici šupljih organa ili rastezanje ovojnica parenhimskih organa.

Primjerice, bolno rastezanje stjenke crijeva kod upalnih bolesti crijeva ili stenoza/opstrukcija šupljeg organa (bol pri uklještenju kamenca u mokraćovodu, bol koja nastaje pri napadu žučnih kamenaca) te rastezanje ovojnice jetre pri povećanju volumena jetre i sl. [49]

Neuropatska bol – nastaje pri ozljedi ili na drugi načina nastalom oštećenju živčanog sustava. Prema dijelu živčanog sustava koji je oštećen, neuropatsku bol dijelimo na centralnu, perifernu i simpatičku.

Dakle, centralna neuropatska bol nastaje nakon oštećenja centralnog živčanog sustava, a to je mozak. Periferna neuropatska bol nastaje nakon oštećenja perifernog živčanog sustava, a simpatička nakon oštećenja simpatičkog živčanog sustava.

Centralna neuropatska bol je česta u bolesnika koji prebole moždani udar ili imaju oštećenje leđne moždine. Periferna neuropatska bol česta je u bolesnika koji dožive ozljedu perifernog živca. Primjerice, nakon trauma ili presjeka živca u ruci nastane djelomična ili potpuna kljenut uz trajne bolove u oštećenom ekstremitetu.

Periferna neuropatska bol nastaje i nakon virusnih upala živca. Karakteristična periferna neuropatska bol uzrokovana virusnom infekcijom je postherpetična neuropatija. Oštećenje osjetljivih perifernih živaca u nogama bolesnika koji imaju komplikacije šećerne bolesti ili u kroničnih alkoholičara često se manifestira kao periferna neuropatija pri čemu se simptomi najčešće javljaju na potkoljenicama.

Simpatička neuropatska bol se javlja u bolesnika u kojih je oštećen simpatički (autonomni) živčani sustav. Primjerice, oštećenje simpatičkog živčanog sustava nalazimo u bolesnika sa šećernom bolesti u slučaju kad je oštećen simpatički pelvični pleksus pa bolesnici imaju neugodu i bol i uz to ne mogu kontrolirati defekaciju [49].

4.2. Procjena boli

Kako bismo bolesniku mogli primjereno pomoći u suzbijanju boli, osim znanja o vrsti boli potrebno je znati i procijeniti jačinu boli. Prvo treba uvažiti ono što bolesnik kaže o intenzitetu boli – „Bolesnika boli onoliko koliko kaže da ga boli“ [4].

U procjeni boli važno je raspolagati s detaljnim podacima o karakteru, lokaciji, intenzitetu i kvaliteti boli, čimbenicima koji bol pojačavaju ili ublažavaju. Nužno je pažljivo pratiti izgled i ponašanje bolesnika koji može ilustrirati učinak boli na bolesnika. Primjerice, bolne grimase lica pri pojavi boli u mirovanju ili kod pomicanja bolesnika.

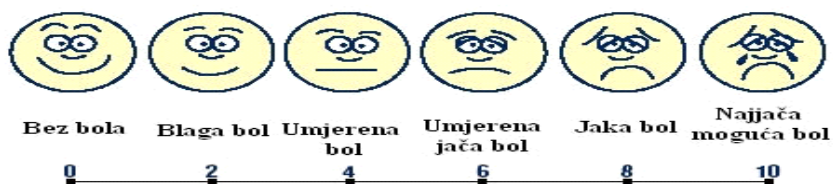
Za procjenu intenziteta boli od velike su pomoći ljestvice za procjenu boli koje intenzitet boli prikazuju stupnjevano, a primjerene su dobi i kognitivnim sposobnostima bolesnika.

Najčešće se koristi vizualno-analoga skala (VisualAnalog Scale – VAS).

Na toj skali se bol razvrstava od 0 do 10 uz dobro ilustrirane crteže lica koje izražava bolnu grimasu.

Najčešće se koristi kod bolesnika sa smanjenom mogućnošću opisivanja i verbalizacije boli što je karakteristično za bolesnike koji boluju od psihičkih poremećaja i bolesti.

Psihička oboljenja bolesnika sprečavaju da se pravilno izrazi riječima, ali zato na vizualno-analognj skali jasno pokazuje stupanj boli, usprkos kognitivnom oštećenju ili uznemirenosti.



Skala za određivanje jačine bola

Slika 4.2.a Vizualno-analoga skala boli

Potom se koristi numerička ljestvica (Numeric Rating Scale – NRS).



Slika 4.2.b Numerička ljestvica za procjenu boli

Numerička skala se rjeđe koristi u procjeni boli kod psihijatrijskih bolesti jer ne pruža izražaj refleksije osobnog doživljaja boli kao analogna skala.

Intenzitet boli prema ovim skalama razvrstavamo na blagu bol (NRS 1-4), umjereno jaku bol (NRS 5-6) i jaku bol (NRS7-10).

Osim ove dvije skale koristi se i skala koja opisuje bol (engl. VDS – Verbal descriptor scale) koja sadrži sljedeće kategorije: 0 = bez boli; 1 = blaga bol; 2 = srednja bol; 3 = jaka bol; 4=vrlo jaka bol.

Također se u procjeni boli koristi i dnevnik boli koji vodi bolesnik i opisuje intenzitet i karakteristike boli koje osjeća tijekom dana.

Fizikalni pregled će bitno pridonijeti ocjeni funkcionalnog oštećenja koju bol uzrokuje. Brojni medicinski podaci iz zdravstvene dokumentacije bolesnika znatno će pomoći zdravstvenim profesionalcima u objektivizaciji boli. Potom, poznavanje bolesnika kao osobe sa svim njezinim značajkama, uvažavanje bolesnikovih vjerovanja, mišljenja i načina ponašanja u obitelji i sredini u kojoj bolesnik živi omogućuju primjerenu procjenu ne samo boli, nego i učinaka i posljedica koju bol uzrokuje.

Ključna prepreka primjerenom liječenju boli je nedostatna i neučinkovita komunikacija o boli između bolesnika i zdravstvenog osoblja.

Bolesnici često smatraju kako su informacije o boli koje dobivaju od zdravstvenih profesionalaca nejasne, a općenito bolesnicima nedostaje znanja o boli i o liječenju boli. Svi ovi elementi će pridonijeti boljoj procjeni boli i primjerenom odabiru lijekova i provođenju terapije boli.

Za procjenu boli nužno je:

- vjerovati u bolesnikov izvještaj o boli
- pitati bolesnika o boli
- pažljivo pratiti učinak boli na bolesnika
- procijeniti jačinu boli korištenjem dostupnih skala boli

- prikupiti detaljne informacije o boli-što ju pojačava a što ublažava
- procijeniti psihičko stanje bolesnika
- voditi dokumentaciju o boli i njenom suzbijanju [48].

Terapijski i edukacijski odnos sestre i bolesnika dobro se reflektira kod samoprocjene boli bolesnika. Bolesnik će s potpunim povjerenjem ukazati medicinskom osoblju na pojavnost boli i s potpunim povjerenjem prihvatiti njihovu pomoć oko fizikalnih metoda za smanjivanje boli ili farmakološkim tretiranjem.

5. Nefarmakološke metode tretiranja boli

Postoji sve više dokaza koji upućuju na to da je korištenje isključivo farmakoloških metoda suzbijanja boli nesigurno te se sve više naglašava važnost uključenosti nefarmakoloških metoda u proces tretiranja boli, posebice kada se radi o kroničnoj boli gdje određena farmakološka terapija može postati neučinkovita. Metode nefarmakološkog tretiranja boli imaju višestruke dobrobiti za pacijente među kojima se ističe njihova uključenost i aktivno sudjelovanje [42].

Nefarmakološke metode suzbijanja ili ublažavanja boli predstavljaju prioritet u pomaganju i liječenju pacijenata prvenstveno s kroničnim teškoćama. Koriste se uz farmakološke metode ili kao samostalna terapija.

Određene oblike nefarmakološkog tretiranja boli pacijenti mogu provoditi i samostalno što je od iznimne korisnosti za pacijente koji preferiraju nefarmakološke metode i/ili su im se one pokazale vrlo učinkovite. Ako određene nefarmakološke metode ne pomognu pacijentu suzbiti bol u potpunosti, mogu mu pomoći da se što lakše nosi s boli [43].

Najveće prepreke suzbijanju i/ili ublažavanju boli kod pacijenata pomoću nefarmakoloških metoda predstavljaju nepovjerenje i nezainteresiranost pacijenata. Jedan od najvećih razloga iz kojeg proizlazi neupućenost pacijenta je nedovoljno promoviranje takvog oblika tretiranja boli, uspoređujući to s mnogobrojnim oblicima i količinom promocija farmakološkog tretiranja boli i dostupnosti istih [42].

5.1. Refleksoterapija

Refleksoterapija je oblik alternativne medicine, a provodi se ručnom stimulacijom odnosno masiranjem određenih točaka na stopalima koje su povezane s određenim organima i organskim sustavima. Istraživanje u kojem je pacijentima primjenjivana refleksoterapija utvrdilo je da se već nakon 30 minuta tretmana vide pozitivni učinci što se prvenstveno odražava poboljšanjem vitalnih parametara [44].

Primjena refleksoterapije u tretiranju boli dokazano smanjuje bolove te je izuzetno praktičan oblik nefarmakološkog tretiranja boli kod starijih osoba. Zbog svojih dobrobiti i brzih rezultata,

refleksoterapija se preporuča u svakodnevnom radu medicinskih sestara, no to zahtijeva dodatno osposobljavanje u navedenom području [45].

Korištenje refleksoterapije u bolesnika koji boluju od psihičkih bolesti ograničeno je i strogo je vezano uz određene uvjete kod primjene. Bolesnici koji boluju od psihičkih poremećaja ograničeni su u suradnji zbog svoje osnovne bolesti, a suradnja je najbitniji dio u procjeni i liječenju boli refleksoterapijom.

Bolesnici kod kojih ipak bude moguće liječenje boli refleksoterapijom iskazuju veliko zadovoljstvo i podižu kvalitetu svoga života. Refleksoterapija u liječenju boli kod bolesnika koji boluju od psihičkih bolesti najviše se koristi u smanjivanju neuropatskog tipa boli, najviše za smanjivanje boli nastalih zbog ozljeda perifernih živaca.

5.2. Akupunktura

Akupunktura se koristi za liječenje bolesti više od 2500 godina i igra važnu ulogu najviše u tradicionalnoj kineskoj medicini. To su minimalno invazivni postupci koji se koriste isključivo u terapeutske svrhe.

Svojom jednostavnošću i niskom cijenom terapija akupunkturu vrlo je popularna među Kinezima, a u zapadnim zemljama pacijenti i njihove obitelji sve više prakticiraju akupunkturu kao dodatni oblik liječenja zapadnoj medicini [46].

Akupunktura ima dugu povijest primjene u Kini, Japanu i Koreji. Suvremena akupunkturna praksa najčešće se provodi kao dio medicinskog bolničkog sustava u modernoj Kini, kao dio tradicionalne korejske medicine u Južnoj Koreji i kao kombinacija bolničke i privatne prakse u Ujedinjenoj Kraljevini. Teorija tradicionalne kineske medicine opisuje da je za zdravstveno stanje od iznimne važnosti ravnoteža energije u tijelu.

Akupunktura uključuje umetanje finih igala u različite dijelove tijela kako bi se ispravila neravnoteža energije u tijelu. Postoji više različitih stilova akupunkture, a osim standardne akupunkture na trupu i ekstremitetima, postoji i aurikularna akupunktura.

Akupunktura se prakticira u nekoliko teorijskih okvira. Tradicionalna kineska medicina i klasična akupunktura temelje se na teorijskim konceptima Yina, Yanga i pet elemenata i

objašnjavaju bolest i fiziološku funkciju. Medicinska akupunktura u zapadnim zemljama može uključivati primjenu akupunktura koja se temelji na načelima neurofiziologije i anatomije, a ne na načelima i filozofiji tradicionalne kineske medicine [42].

Elektroakupunktura je primjena električne stimulacije na akupunkturne igle i široko je prakticirana i indicirana u pojedinim slučajevima kada liječenje tradicionalnom akupunkturom ili nekom drugom tehnikom nije bilo uspješno. Ova se tehnika koristi jer može poboljšati električni podražaj određenih fizioloških reakcija [51].

Laserska akupunktura je nepenetrirajući oblik akupunktura koji koristi lasersko svjetlo male snage za stimuliranje akupunkturnih točaka. Različiti stilovi akupunktura mogu se razlikovati po svojoj učinkovitosti [51].

Akupunktura ima fiziološke i psihološke učinke koji su opisani ili kao specifični ili kao nespecifični. Specifični učinci odnose se na analgetske učinke proizvedene iglom na određenom mjestu tijela na odgovarajućoj dubini uz odgovarajuće trajanje kroz određeni broj tretmana. Psihološki odnosno nespecifični učinci povezani su s percepcijom pacijenata, njihovim vjеровanjima, iskustvima i očekivanjima [52].

Akupunktura se prvenstveno koristi za ublažavanje različitih vrsta bolova gdje pokazuje zavidne rezultate [53].

U kliničkoj praksi propisivanje farmakološke terapije ostaje najčešći oblik tretiranja boli, dok se akupunktura često ni ne nudi kao opcija. Ako se odabere, nepoznato je u kojoj bi mjeri pacijenti više voljeli akupunkturu u odnosu na farmakološku terapiju kako bi smanjili bol.

U skrbi usmjerenoj na pacijenta, važno je razumjeti sklonost pacijenata prema korištenju akupunktura u odnosu na lijekove za liječenje boli kako bi se postigli bolji terapijski ishodi i zadovoljstvo pacijenta [51].

Još od 1970-ih, kada se akupunktura počela popularizirati na Zapadu, istraživanja akupunktura bila su meta trajnih napada laičkih i akademskih pisaca koji osuđuju nedostatak znanstvene vjerodostojnosti i sumnjive temeljne pretpostavke. Iako takav publicitet očito nije zaustavio istraživanje akupunktura, utjecao je na klimu oko istraživanja akupunktura, a posebno

na njezino prihvaćanje. Jedna od ponavljajućih tema skeptika je da koncept akupunkturnih točaka nema znanstvenu valjanost [55].

Akupunktura nije u potpunosti bez štetnih događaja. Istraživanje provedeno u Ujedinjenoj Kraljevini 2001. godine utvrdilo je 684 štetnih događaja na 10 000 provedenih postupaka. Većina je bila manje značajnih događaja kao što su krvarenje, bol na mjestu gdje su postavljene igle ili pogoršanje simptoma, a istraživanje provedeno 2004. godine utvrdilo je 107 štetnih događaja na 1000 sudionika. Troje sudionika prijavilo je ozbiljan štetni događaj. Najčešće prijavljeni događaji bili su jak umor i iscrpljenost, bol na mjestu gdje su bile postavljene igle i glavobolja.

Dvanaest studija provedenih u Velikoj Britaniji, Njemačkoj, Singapuru, Japanu i Švedskoj anketiralo je sudionike više od milijun tretmana, utvrdilo je da se procjenjuje da rizik od ozbiljnog štetnog događaja s akupunkturu iznosi 0,05 na 10.000 tretmana i 0,55 na 10.000 pojedinačnih pacijenata. Podaci iz ovih studija sugeriraju da su rizici povezani s akupunkturu malobrojni [50]. Incidencija nuspojava i štetnih događaja kod akupunkturu niža je od one kod opioidnih analgetika [52].

Depresija povezana s kroničnom boli često zahtijeva dugotrajno liječenje. U usporedbi s farmakološkim terapijama, akupunktura ima malo nuspojava i može značajno smanjiti bol i depresiju.

Neka su istraživanja utvrdila da akupunktura može poboljšati depresivne te može djelovati na depresiju štiteći živčane stanice u hipokampusu [53].

Studija provedena među 2268 sudionika utvrdila je da je težina depresija smanjena kod pacijenata koji su prolazili tretmane akupunkturu u usporedbi s pacijentima kod kojih je provedena lažna akupunktura ili je samo korištena farmakološka terapija [53].

5.3. Duhovnost u liječenju psihičkih poremećaja

Od postanka čovječanstava osim raznih somatskih poteškoća čovjek je osjećao i različite psihičke smetnje kao što su strah, tuga, nesanicu i razni oblici „ludila“. Tadašnja razina medicinskog znanja bila je vrlo niska.

Nije bilo objašnjenja za psihičke smetnje osim što su se pripisivale djelovanju „viših-duhovnih sila“ koje su upravljale materijalnim svijetom. Liječenje se uglavnom vršilo crnom magijom. Zapisano je da se u to vrijeme u liječenju psihičkih smetnji, osim magije koriste i neznanstvene metode kao što su različite trave, gljive i alkohol [56].

Najstarije medicinske kulture zbog nemogućnosti objašnjenja i nedovoljno dokaza prepoznat će svoje bogove i božice kao uzročnike bolesti i nedaća, ali i one druge – njihove zaštitnike i pomagatelje u liječenju i čuvanju zdravlja.

Između antičkog doba i moderne psihijatrije, u vrijeme kada Katolička crkva vodi glavnu riječ, dolazi do općeg zastoja napretka u cjelokupnoj znanosti uključujući i medicinsku struku. Nameće se duhovni pristup, u skladu s Božjim zakonima, a sve uzroke psihičkih tegoba objašnjava se utjecajem demona i pokušava psihičke smetnje ljudi liječiti molitvom i egzorcizmom.

Suvremena psihijatrija počinje tvorcem psihoanalize i psihodinamski orijentirane terapije, Sigmundom Freudom (1865. – 1939.), koji svojom teorijom daje značajan doprinos u objašnjenju nastanka i liječenju raznih psihičkih poremećaja.

Čovjekovu potrebu za religijom Freud objašnjava kao infantilnu bespomoćnost koja je u ljudi mnogo jača nego u životinja [57].

Posljednjih par desetljeća u liječenju psihički oboljelih osoba, osim prethodno pobrojanih metoda, možemo sa sigurnošću priključiti i duhovnu terapiju, tako da ćemo kod svakog pojedinog pacijenta koristiti neku metodu, neku kombinaciju pobrojanih metoda ili sve metode istovremeno [57].

Oduvijek su mnogi ljudi kroz religijske obrede i mistična iskustva pokušavali pobijediti bolest i iznova uspostaviti tjelesnu i psihičku ravnotežu i sklad. Svima je poznato da i najškolovaniji i potpuno nepismeni ljudi u vrlo nepovoljnim zdravstvenim situacijama, kada je oficijelna medicina nemoćna, odlaze kod raznih svećenika i vaučeva kao i u sveta mjesta, tražeći pomoć koju nekada i dobiju.

Većina istraživanja pokazuje da odlazak u crkvu i pripadanje tijelu vjernika koristi zdravlju. U svojoj knjizi „Liječenje hardwarea duše“ američki psihijatar i klinički neuroznanstvenik

Daniel G. Amen 2003. g. iznosi podatke Harvardskog medicinskog fakulteta čija istraživanja na uzorku par desetaka tisuća pokazuju da osobe koje svaki dan mole i čitaju Bibliju 40 % manje imaju povišen krvni tlak; stopa smrtnosti je manja za 25 % muškaraca i 30 % žena; 70 % se brže oporavlja od depresije; za bolesnike koji svoju snagu pronalaze u vjeri tri puta je vjerojatnije da će preživjeti otvorenu operaciju na srcu; budući da ljudi koji idu u crkvu puše deset puta manje nego oni koji ne idu, njihova stopa krvožilnih bolesti, raka pluća i kroničnih plućnih bolesti značajno manja [70].

Općenito, ljudi koji idu u crkvu posjeduju snažniji obrambeni sustav od onih koji ne idu, što pridonosi njihovom općenito boljem zdravlju. Prema jednom izvješću iz 1997. g. koje je objavljeno u Međunarodnom časopisu medicinske psihijatrije, ispitivanje obavljeno na 1700 odraslih osoba pokazalo je da oni koji odlaze na religijske službe imaju manju razinu interleukina-6, imunološke tvari koja prevladava kod ljudi s kroničnim bolestima [70].

Čovjek je zdrav samo kao cjelovito biće pa u liječenju psihičkih poremećaja treba liječiti tjelesnu, psihičku, socijalnu i duhovnu dimenziju. Postoje brojni nedvojbeni dokazi da vjera i duhovnost imaju svoju pozitivnu ulogu u liječenju psihičkih poremećaja.

Poznato je da duhovnost može pomoći u liječenju brojnih neurotskih i psihotičnih poremećaja kao i u liječenju poremećaja ličnosti, ovisnosti i drugih psihičkih poteškoća. Ne postoji ni jedan valjan dokaz da vjera, ako se ispravno prakticira, kod onih koji dragovoljno izaberu tu metodu liječenja, može dovesti do narušavanja psihičkog zdravlja zdravih osoba kao i da može dovesti do pogoršanja kod osoba koje imaju određene psihičke poteškoće [56].

Odnos između vjere i depresije vrlo je složen, aktualna depresija negativno utječe na vjeru i duhovni život oboljelih, a prava vjera može opet mnogo doprinijeti prevenciji i izlječenju depresije.

Vjera daje ljudskom životu viši smisao, a gdje god postoji smisao življenja, to je brana protiv depresije. Vjera otkriva ljudima jedan nadnaravni duhovni svijet koji je živo vrelo životne snage i ustrajnosti. Ona potiče nadu, daje utjehu, ohrabruje, upravlja misli k optimizmu, a ponašanje k dobru. Vjera pretvara poraz u pobjedu, depresiju, sumnju i očaj u sigurnost, radost i blagostanje [57].

Moderna istraživanja sve više govore u prilog tome da bi religioznost i duhovnost mogli zaštitno djelovati na pojavu depresivnosti kao i smanjenje već postojeće depresivnosti. Depresiju karakterizira beznade, doživljaj besmislenosti nesposobnost doživljavanja ljubavi, osjećaj bespomoćnosti, vlastite bezvrijednosti. Kršćanska vjera koja daje nadu, smisao života u ljubavi, promovira samopoštovanje i poštovanje drugih ima antidepresivni učinak.

Vjera je uvijek izvor svjetla koje razgoni tamu depresije. Vjera je štit koji naš štiti od depresije, ali taj oklop treba svakodnevno održavati. Da bi vjera bila djelotvorna, nisu dovoljne verbalizacije, vjeru treba djelotvorno živjeti [58].

U liječenju depresije primjenjuje se duhovno orijentirana terapija. Ona podrazumijeva duhovni preporod ili duhovnu konverziju koja je nužan proces opraštanja, dobrote i ljubavi za konačnu pobjedu nad depresijom. Spremnost da se priznaju, okaju oprostite svi propusti i traume što su nas udaljili od Boga [56].

Primjena duhovnosti kod osoba koje boluju od psihotičnih poremećaja mora biti posebice vrlo selektivna i individualno određena. Bolesniku koji prakticira vjeru treba pomoći da izgradi ispravnu sliku Boga, ali i sliku o bolesti od koje boluje i mogućnostima njezina liječenja.

Preporuča se posebice kod nekih pacijenata u fazama remisije radi uspješnijeg održavanja psihičke stabilnosti i pomoći klasičnim metodama liječenja. Vjera potiče strpljivost i nadu za uspjeh u liječenju, ali isto tako se kroz vjeru uči pozitivno misliti, u sebi buditi pozitivne osjećaje i svoje ponašanje usmjeravati prema dobrim djelima [56].

Duhovnost nam pomaže da potisnimo negativne, a pojačamo pozitivne emocije, pojačamo psihičku stabilnost i tako uz ostale vidove terapije pobijedimo različite psihosomatske bolesti. Vjerom i molitvom kultiviramo svoje emocije i oplemenjujemo svoj emocionalni život te izravno utječemo na tijek psihosomatskih bolesti [56].

6. Alternativne tehnike nefarmakološke terapije kod bolesnika koji boluju od demencije

Nefarmakološke mjere kod oboljelih od demencija prvenstveno su usmjerene na nekognitivne simptome koji su od strane internacionalne psihogerijatrijske asocijacije obuhvaćeni u jednu cjelinu i nazvani bihevioralni i psihosocijalni simptomi kod demencija [59].

U ove simptome spadaju: agitacija, agresija, psihoza, seksualna dezinhibicija, problemi u prehrani i abnormalna vokalizacija. Ovi simptomi su čest razlog za institucionalizaciju oboljelih i predstavljaju veliki problem za njegovatelje [59].

U pristupu oboljelom liječnik prvo mora isključiti moguće utjecaje komorbidnih faktora (kao što je npr. urinarna infekcija, opstipacija, bol, kardiovaskularne bolesti, cerebrovaskularni inzult ili neke druge somatske bolesti) na pojavu bihevioralnih poremećaja kod oboljelog od demencije, pa tek tada pokušava s primjenom nefarmakološkog tretmana.

Vrlo često se liječnici prebrzo odlučuju za primjenu neuroleptika ili sedativa kao prvu liniju izbora u tretmanu bihevioralnih poremećaja, iziskujući time mogućnost za pojavu neželjenih efekata psihofarmaka kao što su sedacija, padovi, ekstrapiramidni znaci i negativan utjecaj na kogniciju.

Osnovni principi primjene nefarmakoloških mjera kod demencija zasnivaju se na tri osnovna teorijska modela: model „nezadovoljenih potreba“, model ponašanja i osjetljivost na faktore vanjske sredine i stresa. Primijećeno je da kod bolesnika koji boluju od demencije, a bili su smješteni u ustanove odgovarajućeg profila, senzorna disfunkcija ili usamljenost mogu dovesti do neadekvatnog ponašanja, a što može biti prevenirano adekvatnom senzornom stimulacijom, različitim aktivnostima i socijalnim kontaktima.

Također, pravovremeno prepoznavanje i liječenje bolnih sindroma može spriječiti pojavu bihevioralnih simptoma. Bihevioralne intervencije u osnovi slijede principe učenja strategija i ciljeva za smanjivanje ili eliminaciju određenog tipa ponašanja.

Nefarmakološke mjere kod osoba koje boluju od demencije ispitivane su u bolnicama u kojima se liječe bolesnici oboljeli od demencije, centrima za poremećaje pamćenja, kao i centrima za medicinsku rehabilitaciju.

Veliki broj studija koje su ispitivale efikasnost nefarmakoloških metoda liječenja boli kod osoba koje boluju od demencije, objavljenih u posljednjih 20 godina, pokazale su poboljšanje simptoma depresivnosti, usporevanja progresije kognitivnih disfunkcija, očuvanje samostalnosti u izvođenju pojedinih zadataka vezanih za svakodnevni život, ublažavanje nekih bihevioralnih poremećaja, poboljšanje kvaliteta života validiranih na osnovu podataka dobivenih od njegovatelja.

Metodološki nedostatak ovih studija je izostanak kontrolne grupe, odsustvo randomizacije i mali uzorci, razne tehnike i načini njihovog primjenjivanja uključujući razlike u trajanju, učestalosti. U pojedinim studijama primjenjivana je određena tehnika u grupama a u određenim studijama je pristup bio individualan, s njegovateljem. Ovo je razlog zašto su meta-analize na osnovu kojih su se donosili zaključci o efikasnosti nefarmakoloških metoda kod demencija rađene na značajno manjem uzorku nego što je to ukupni broj studija koje su se bavile ovom tematikom.

6.1. Alternativne, farmakološke tehnike liječenja boli kod bolesnika koji boluju od demencije

Kao i u svakoj grani medicine i u psihijatriji se često poseže za alternativnim načinima suzbijanja boli i simptoma bolesti. Nikako u tom slučaju nije riječ o pseudoznanosti već o aktivnostima i metodama terapija koje su znanstveno potkrijepljene.

Pojedine aktivnosti značajno mogu smanjiti senzaciju bolnog doživljavanja kod bolesnika. Metode koje se koriste prvenstveno djeluju na odvratanje pažnje bolesnika od boli, kanalizirajući je kroz blagu aktivnost ili okupaciju pažnje.

Dostupna istraživanja pokazala su pozitivne i djelomično zadovoljavajuće rezultate u primjeni nefarmakoloških metoda za uklanjanje boli kod bolesnika koji boluju od nekog psihičkog poremećaja ili psihičke bolesti.

Nefarmakološko liječenje boli kod psihijatrijskog bolesnika predstavlja izazov i iziskuje dodatni napor zdravstvenih djelatnika, također je multidisciplinarni, a glavna intervencija bazirana je na smanjenje stupnja anksioznosti koju najčešće uzrokuju bolni podražaji. Bolesnici uz anksioznost često manifestiraju depresiju i osjećaju se neshvaćenima te se zatvaraju u svoj svijet iz kojeg ne vide izlaz.

6.1.1. Terapija umjetnošću

Likovna terapija je oblik psihoterapije koji koristi stvaralački likovni proces, tj. slikanje, crtanje i modeliranje kao sredstvo komunikacije i izražavanja. Likovni izraz je psihobiološka konstanta koja opisuje pojedinca i s pomoću koje osoba komunicira s okolinom. Naime, likovnim procesom se izražavaju svjesni i nesvjesni motivi, misli, afektivni otpori, konflikti te motivacija da se prikažemo kako mi uistinu želimo da nas okolina vidi.

Upravo, jedna od začetnica likovne terapije, Margaret Naumburg (1958.) prepoznala je kako čovjekove osnovne misli i osjećaji koji dolaze iz predsvjesnog i nesvjesnog puno prije nalaze svoj izraz u slikama nego u riječima.

Terapijski potencijal likovnog izražavanja ističe se kroz likovni proces i produkt koji pružaju mogućnost izražavanja emocija, strukturiranje misli, izražavanje samostalnosti i individualnosti osoba. Oslobođanje od stresa kontaktom s materijalima, ponovno proživljavanje procesa fuzije i separacije, razvoj imaginacije te uspostavljanje kontakta s nesvjesnim [61].

Verbalna poruka koja se iznosi likovnim izrazom je velika i svaki pojedinac može birati na koji će se način izraziti i koliko će sudjelovati što ovisi o stupnju motivacije te osobnim sposobnostima i interesima. Za vrijeme likovnog izražavanja između oboljele osobe i crteža postoji direktna i duboka komunikacija, a preko crteža se može ostvariti i komunikacija između oboljele osobe i terapeuta [62].

Za razliku od verbalne psihoterapije, gdje postoji odnos između klijenta i terapeuta, u likovnoj terapiji odnos je trosmjeran, odnosno odvija se između klijenta, slike i terapeuta u svim smjerovima. Slika daje mogućnost za dodatne spoznaje, ali čini procese transfera i kontratransfera još složenijima. Naime, bolesnik može dio transfera prikazati pomoću slike

umjesto direktne komunikacije s terapeutom. Primjerice, prosipanjem boja po papiru može izraziti ljutnju, a poklanjanjem slike terapeutu može izraziti zahvalnost [62].

U osoba oboljelih od demencije, posebno kod osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti, kreativnost i sposobnost zamišljanja ne nestaje u potpunosti pa tako slika može biti neverbalni most preko kojeg oboljela osoba izražava svoje osjećaje i iskustva, ali i strahove i ekspresiju boli.

6.1.2. Terapija glazbom

Svjetska udruga za glazbenu terapiju (WFMT – World Federation of Music Therapy) 2011. godine definirala je muzikoterapiju kao korištenje glazbe i/ili njenih elemenata (zvuk, ritam, melodija, harmonija) što provodi kvalificirani glazbeni terapeut na osobi ili grupi u procesu koji je osmišljen kako bi osigurao i unaprijedio komunikaciju, učenje, potaknuo izričaj, organizaciju i 18 druge bitne terapeutske ciljeve u svrhu postizanja fizičkih, emocionalnih, mentalnih, društvenih i kognitivnih potreba [63].

U muzikoterapiji kod osoba oboljelih od demencije glavni cilj je ostvarivanje kontakta s bolesnikom, razvoj kognitivnih i socijalnih vještina. Ovaj oblik terapije dovodi do opuštanja bolesnika, podizanje samopoštovanja i razvoja kognitivnih vještina [64].

Muzikoterapija i posebnost njezina korištenja proizlazi iz osobnog doživljaja ritma, zvuka i melodije. Muzika ima blagotvorno djelovanje na fiziološke reakcije, emocije i kreativnost osobe. Muzikoterapija predstavlja ciljanu upotrebu glazbe za postizanje relaksirajućeg učinka. Muzikoterapija se primjenjuje kod osoba s intelektualnim teškoćama, osoba s motoričkim deficitima, anksioznih poremećaja, reumatoloških i kardiovaskularnih oboljenja te osoba s demencijom [63].

Osobama oboljelima od demencije vrlo lako se može približiti i obratiti glazbom, ona u znatnoj mjeri utječe na raspoloženje i ponašanje, ali i pruža mogućnost za nova učenja, i nakratko otklanja kognitivnu fiksiranost na percepciju boli.

Glazba podiže osjećaj vrijednosti kod bolesnika koji boluju od demencije koji su izgubili zbog prirode svoje bolesti, a da toga nisu u potpunosti svjesni.

6.1.3. Terapija aktivnošću i fizioterapija

Primjenjivane su tehnike smanjenja boli kroz ples, sportske aktivnost koje dozvoljava osnovna bolest ovisno o stadiju. Primjena tjelesnih vježbi kod osoba koje boluju od demencije dovodi do smanjenja padova, poboljšava pokretljivost zglobova i njihovu bolnost, a također ima i blagotvoran učinak na mentalno zdravlje kao i na smanjenje boli.

U radu s bolesnicima oboljelima od demencije fizioterapeut je od iznimne važnosti. Kroz svoj rad potiče neovisnost pacijenta dajući posebnu važnost mobilnosti. Fizioterapeut u svojem radu usko surađuje s ostalim članovima tima koje brine o bolesniku. Kroz svoje aktivnosti potiče bolesnika na aktivno sudjelovanje kod provođenja vježbi, rezultat rada fizioterapeuta vidljiv je u boljoj pokretljivosti bolesnika i smanjenju padova na bolničkom odjelu.

Pasivne vježbe fizioterapeuta doprinose boljoj pokretljivosti zglobova i odgađaju pojavu neželjenih kontraktura. Prilikom postupaka obavlja aktivnosti koje su prilagođene bolesniku i njegovim mogućnostima i potrebama. Vježbama koje provodi poboljšava se tonus mišića, postiže pravilnije držanje tijela a masažama se otklanja bol s određenih mjesta.

U bolesnika koji su u uznapredovanoj fazi demencije i veći dio dana provode u ležećem položaju fizioterapeut provodi vježbe disanja koje smanjuju pojavnost respiratornih infekcija [59].

Fizioterapija je nezaobilazna kod bolesnika oboljelih od demencije, klinički je vrlo učinkovita, a aktivnosti i dobrobiti fizioterapije vidljive su u svakodnevnom radu s bolesnicima. Intervencije fizioterapeuta poboljšavaju kvalitetu života bolesnicima oboljelima od demencije, ali svojim postupcima olakšavaju skrb i njegu njegovatelja [59].

6.1.4. Integrativna validacija

Integrativna validacija je način komunikacije i ophođenja koji je temeljen na poštovanju bolesnika i u prvi plan stavlja sve moguće resurse oboljele osobe. Temelj ove metode je individualnost svake osobe koja u prvi plan stavlja osobnost i životne navike. Poštovanje životnog stila i navika može otkloniti dio tjelesne boli kroz postizanje osjećaja važnosti koji se pridodaje osobi, ali i okolini koja joj odgovara i u kojoj se osjeća sigurno. Kroz integrativnu validaciju prihvaćaju se unutarnji svjetovi, stavovi i percepcija okoline i osjeta boli bolesnika oboljelog od demencije [65].

6.1.5. Bazalna stimulacija

Bazalna stimulacija se bazira na neverbalnoj komunikaciji s osobama koje imaju poremećaj percepcije. Ova metoda polazi od stajališta da i osobe s teškim oštećenjima percepcije mogu bazalno komunicirati i kad nema vidljivi reakcija. Osobe s teškim kognitivnim, a ujedno i perceptivnim oštećenjima trebaju elementarne podražaje, ciljane i sažete informacije o sebi i okolini. Edukatori bazalne stimulacije postižu zavidne rezultate kod bolesnika oboljelih od demencije [28].

Zabilježeno je smanjenje boli koje se postiže kroz bazalnu stimulaciju. Mjerni instrumenti koji se koriste u bolesnike u zadnjim stadijima demencije su skale kod kojih se promatraju ponajprije ekspresije lica koje ukazuju na bolne mimike.

7. Prirodni lijekovi koji se koriste u liječenju psihičkih poremećaja

Medicina koju danas nazivamo alternativnom stara je koliko i ljudski rod, a pisani dokumenti o načinu liječenja datiraju iz vremena od prije 5.000 godina. Primjerice, drevna kineska i egipatska povijest obiluje zapisima o prirodnoj medicini, od liječenja biljem do akupunkture, pružajući nam i danas dragocjene podatke o zdravstvenoj skrbi za čovjeka. Tisućama godina ljudima su za vrlo raznolike psihičke probleme bili na raspolaganju samo prirodni lijekovi i alternativne metode.

Alternativna medicina (AM) je danas uvriježen pojam koji podrazumijeva ostale načine liječenja, osim konvencionalne, tj. zvanične medicine. Za ovu vrstu liječenja danas je mnogo ispravniji izraz komplementarna koja daje nadopunu zvaničnoj medicini, u načinima liječenja, polazeći od drugačijih načela, ali čiji su rezultati i uspješnost evidentni.

Nakon velikog uspona farmaceutske industrije u prošlom stoljeću i značajnog napretka u liječenju dolazi period razočarenja i prihvaćanja činjenice da sintetski lijekovi nisu svemogućí. Zahvaljujući toj činjenici posljednjih desetljeća ponovo je sve veći interes za liječenje psihičkih poremećaja alternativnim i komplementarnim metodama [69].

7.1. Gospina trava – *Hypericum Perforatum*

Oko 2400 godina primjenjuje se u narodnoj medicini u poboljšanju raspoloženja, uklanjanja napetosti i nesanicice te u psihoneurovegetativnoj stabilizaciji. Identificirani glavni aktivni sastojak gospine trave je hipericin. Hipericin poboljšava raspoloženje otklanjajući potištenost, osjećaj tuge, melankolije i tjeskobe, nervozu, razdražljivost, malodušnost i bezvoljnost kao i prateće pojave: nesanicu, česte krize plača, umor, pojačan ili smanjen apetit i sl. [66].

Antidepresivni učinak povezuje se inhibicijom monoaminoksidaze A kao i ponovne pohrane serotonina. Ne preporučaju se propisivati istovremeno sa selektivnim inhibitorima ponovne pohrane serotonina i inhibitorima MAO zbog inhibicije monoaminoooksidaze i mogućeg serotoninskog sindroma. Terapijska doza je 900 – 1200 mg dnevno podijeljena u 2 doze uz jelo u trajanju 4 – 6 tjedana [66].

Danas se preporuča za liječenje blagih do umjerenih depresivnih i anksioznih poremećaja, sezonskom afektivnom poremećaju, odvikavanju od pušenja, liječenju depresije u menopauzi posebice u osoba koje ne vole kemijske lijekove [66].

7.2. Valeriana – Valeriana Officinalis

Zbog svoje učinkovitosti i popularnosti dobila je naziv „prirodni valium“, a aktivni sastojak je valproična kiselina koja uspješno otklanja anksioznost i nesanicu tako što pojačava gabaergičnu aktivnost. Preporuča se dnevna doza 50 – 100 mg ekstrakta. Može pomoći i u odvikavanju od benzodiazepina, ali se tada rabi veća doza [66].

Valeriana nema brzi učinak u liječenju psihičkih bolesti i uklanjanju bolova. Potpuni učinak postiže nakon dva tjedna korištenja.

7.3. Ginkgo – Ginkgo biloba

Predstavnik porodice *Ginkgocea* koji je jedini preživio ledeno doba i atomsku bombu u Hirošimi. U zapadnoj medicini sve je popularniji i dobiva naziv „antidot za strah od starenja“. Aktivna tvar su glikozidi (bioflavonidi) koji su jaki antioksidansi i usporavaju zgrušavanje krvi i glikolidi koji poboljšavaju cirkulaciju i zaštitno djeluju na neurone (Kulier I, 2000). Ublažava ili otklanja simptome vrtoglavice, glavobolje, oslabljenog pamćenja, slabija koncentracija, nesanica, neraspoloženje, osjećaj tjeskobe i straha. Indiciran je u liječenju demencije, depresije, vertiga, migrene i impotencije vaskularnog tipa. Uobičajena doza je 120 – 160 mg/dan. [67].

7.4. Omega 3 – masne kiseline

Preporučuje se kao dopunska terapija standardnoj psihofarmakoterapiji različitih oblika depresije, ali i u liječenju bipolarnog afektivnog poremećaja i shizofrenije te osobama koje rade u uvjetima stresa. Popularnost ovog preparata temelji se na činjenici da su Eskimi unatoč ekstremno masnoj hrani zaštićeni od srčanih bolesti zahvaljujući višestruko nezasićenim masnim kiselinama poznatim pod nazivom omega 3 [56].

7.5. Kava – Piper Methysticum (kawanorum)

Aktivna tvar su kavapironi koji djeluju anksiolitički pospješujući gabaergičnu aktivnost i smirujući mezolimbčki sustav i preko dopaminergičnih i serotoninergičnih neurona. Osim što uklanja anksioznost, poboljšava raspoloženje i kognitivne funkcije bez razvoja ovisnosti. O njoj se u posljednje vrijeme govori kao o biljnoj superzvijezdi koja bi mogla zamijeniti benzodiazepine [67].

Kao psihoaktivna supstanca kofein djeluje nadražujuće na živčani sustav, naravno u dozvoljenim količinama te uslijed toga dolazi do poboljšanja kognitivnih sposobnosti i smanjenja psihičkog i fizičkog umora. Omogućava veću izdržljivost i snagu te su nove studije pokazale kako je korištenje kofeina učinkovito i u borbi protiv depresije. Kofein se često stavlja u lijekove protiv bolova koje možemo kupiti bez recepta u apotekama.

Dokazano je raznim studijama da osobe koje su imale različita bolna stanja, kao što su glavobolja, bol poslije zubnog zahvata, bol poslije carskog reza i menstrualna bol, kad se standardnoj dozi lijeka protiv bolova doda doza kofeina koja odgovara šalici kave, dolazi do uspješnijeg ublažavanja boli.

Kombinacija analgetika i kofeina povećava broj ljudi kojima se uspješno ublažava bol. Dokazano je da redovita konzumacija kave ili pića sa sadržajem kofeina, pomažu boljem podnošenju boli i podizanju većem pragu tolerancije. Možemo reći da nam je kava blagodat ako je ograničena na nekoliko šalica dnevno te navika koja nas može podići barem u raspoloženju.

7.6. Multivitaminski preparati

Ljudi ne proizvode vitamine – izuzetak je vitamin D – pa ih moraju uzimati iz vanjskog izvora da bi ispravno hranili mozak i ostale organe. B vitamini imaju integrativnu ulogu u funkcioniranju živčanog sustava i pomažu mozgu u sintetiziranju neurotransmitera koji utječu na raspoloženje i mišljenje i mogu biti korisni u liječenju shizofrenih bolesnika. Vitamin C ima važnu ulogu u sintezi neurotransmitera norepinefrina, a neurotransmiteri su od presudne važnosti za mozak i utječu na ponašanje.

Vitamin C je također jako djelotvoran antioksidans. Vitamin E stabilizira masne membrane u mozgu i štiti mozak od oštećenja koje nastaje formiranjem slobodnih radikala u stanicama i tako usporava propadanje mentalnih sposobnosti [67].

7.7. Glycine

Postoje više istraživanja koja pokazuju da neesencijalna aminokiselina Glicin povećava aktivnost neurotransmitora i smanjuje negativne simptome shizofrenije ako se koristi uz antipsihotičnu terapiju, posebice uz haloperidol, thioridazine i perphenazine. U liječenju shizofrenije savjetuje se doza 40 – 90 grama dnevno [67].

7.8. Ajurveda – znanost života

Ajurveda („znanost života“) je sustav tradicionalne medicine koji potječe iz Indije i koristi metode za postizanje fizičkog, mentalnog i duhovnog zdravlja i dobrobiti. Ajurveda naglašava prevenciju i holistički pristup terapiji, a prakticira se kao forma CAM u zapadnom svijetu, gdje se neke od njezinih metoda, kao što su primjena biljaka, masaže i joge primjenjuju samostalno kao oblik CAM tretmana [67].

7.9. Kiropraktika

Koristi se najčešće za tretman neuro-mišićnoskeletnih tegoba, uključujući, ali ne ograničeno samo na bol u leđima, bol u vratu, bol u zglobovima ruku i nogu i glavobolje. Kiropraktičari liječnici ili kiropraktičari terapeuti prakticiraju pristup šakama koji uključuje pregled pacijenta, dijagnozu i tretman.

Oni imaju niz dijagnostičkih vještina, a trenirani su i da preporuče terapijske i rehabilitacijske vježbe kao i savjete vezane za ishranu i stil života [67].

7.10. Homeopatija

Homeopatija predstavlja cjelokupan medicinski sustav koji potječe iz Njemačke. Osnovno djelovanje homeopatije je pretpostavka da se supstance koje su sposobne izazvati poremećaj kod zdrave osobe mogu se koristiti kao ljekovito sredstvo za tretman sličnih tegoba koje se javljaju kod bolesne osobe.

Homeopatska sredstva imaju za cilj usmjeriti i stimulirati samoregulatorne mehanizme tijela. Homeopatija je visoko individualizirana, jer uzima u obzir simptome i znake bolesti, fizičku konstituciju pacijenta, ličnost, temperament i genetsku predispoziciju. Pored homeopatske terapije, savjeti o promjeni stila života, ishrani, bolestima ovisnosti, tehnikama oslobađanja od stresa također su dio paketa [67].

Važno je napomenuti da oni nisu zamjena za standardne metode liječenja niti se njihovom prikladnom primjenom umanjuje ozbiljnost pristupa liječenju psihijatrijskih oboljenja. Treba ih, uz oprez, savjetovati uz terapiju koju preporuča zvanična medicina osobama koje ne vole ili teško prihvaćaju „kemijske“ lijekove kao dopunsku terapiju standardnim psihoaktivnim lijekovima. Potrebno je nastaviti istraživanja i potpuno rasvijetliti učinkovitost i mehanizam djelovanja komplementarnih i alternativnih metoda liječenja [67].

8. Psihoterapija u liječenju boli

Psihološki holistički pristup smanjuje stres, napetost, ljutnju, bespomoćnost i negativne posljedice i učinke boli na svakodnevne aktivnosti, a sve s ciljem podizanja kvalitete života kao osnovnim i glavnim ciljem.

Psihoterapija je skup metoda, tehnika i postupaka i procedura kojima je primarni cilj liječiti razne psihičke poremećaje psihološkim metodama kao što je razgovor te tako smanjiti doživljaj tjelesne ili emocionalne boli. Postoje studijska istraživanja koja dokazuju da psihoterapija umanjuje emocionalnu i tjelesnu bol kod bolesnika koji boluju od psihičkih bolesti. Psihoterapija blagotvorno utječe i na osobe koje nemaju psihičke bolesti, ali ipak osjećaju neku vrstu emocionalne ili tjelesne boli.

Uz prisustvo nekog oblika boli kod psihijatrijskih bolesnika pojavljuju se i neželjene misli koje pojedinca dovode u stanje da zbog boli pokuša nauditi sam sebi, a sve iz nepravilnog pristupa, liječenja i osjećaja osobne neshvaćenosti. Psihijatrijski bolesnici zbog prisustva boli gube samopouzdanja, osjećaju se bespomoćni, usamljeni i osjećaju tupost prema sebi i prema svojoj okolini. Pojavljuju se crne misli, razmišljanje da bi bilo najbolje ih nema, gube vrijednost u društvu, okolini i obitelji. Neshvaćenost problema koje uzrokuje bol može dovesti do samoozljeđivanja, strahova, agresije, depresije i kroničnog psihičkog stresa bolesnika.

Personaliziranim pristupom psihologa, psihoterapeuta i psihijatra postižu se odlični rezultati u rješavanju stresa, psiholoških problema i smanjuje se doživljaj emocionalne i tjelesne boli.

Psihoterapiju je u konvencionalnu medicinu uveo krajem 19. stoljeća Sigmund Freud. Ona je psihološka metoda liječenja gdje se putem odnosa psihoterapeuta i pacijenta razvija specifični odnos koji pomaže otkrivanju i mijenjanju određenih karakteristika pacijenata kao i gubitku odnosno olakšavanju simptoma [71].

Centralni ljekoviti čimbenik je transfer odnosno prijenos emocija s pacijenta na liječnika i analiza toga odnosa. Na psihoterapiju utječu i drugi čimbenici, primjerice sugestija, postajanje svjesnim nekih nesvjesnih sadržaja [71].

Postoji niz psihoterapijskih metoda i tehnika, međutim psihoterapija ima po svojoj prirodi određene teškoće kada je treba znanstveno evaluirati [71].

Psihoterapija podrazumijeva pokušaje jedne osobe da psihološkim sredstvima olakša psihološke patnje i bol druge osobe. Kao instrument služe riječi, ali u obzir dolaze i drugi oblici komunikacije, kao što su različita simbolička ponašanja, od tapšanja po ramenima do razrađenih tehnika kojima se korigiraju emocionalne reakcije i uspostavlja unutrašnji mir [72].

Neformalnu psihološku pomoć, kao što su utjehe, vođenje, savjeti i slično, upotrebljavaju članovi obitelji i druge bliske osobe. Katkad takvu ulogu imaju slučajna poznanstva, pri čemu se očekuje da će ljudi biti pažljivi slušaoci.

Psihoterapija se razlikuje od takve neformalne pomoći; prije svega, psihoterapeuti su specijalno educirane osobe sa svrhom da se bave psihoterapijom i oni su formalno-pravno odgovorni društvu ili grupi kojoj bolesnik pripada. Njihova se aktivnost sustavno usmjerava razrađenom teorijom koja objašnjava izvore bolesnikovih tegoba i određuje tehnike kojima se uklanjaju tegobe [73].

Psihoterapija se razlikuje od ostalih medicinskih postupaka po tome što se u svojim bitnim aktivnostima oslanja na simboličku komunikaciju. To znači da se psihoterapija bavi sadržajem simptoma i njegova značenja za bolesnikov život [73].

Metoda ventilacije sastoji se u pružanju mogućnosti bolesniku, odnosno tjeskobnoj osobi da drugoj, povjerljivoj osobi – ne nužno liječniku – ispriča sve one sadržaje koje drugim osobama ne bi mogla povjeriti. Ovom metodom osoba se oslobađa neugodnih sadržaja koji se nalaze u svijesti.

Međutim, kako je to oblik tzv. ekspresivne psihoterapije tijekom koje često nastupaju abreakcije ili razdoblja katarze, nije nemoguće da se u procesu razrješavanja i ventilacije na tijek svjesnih sadržaja nadovežu i elementi nesvjesnog materijala. Pomoću ove metode osoba se oslobađa potisnutih emocija, sumnji, strepnji i unutrašnjih impulsa, koje je muče [74].

U pravilu, poslije ovakvih povjeravanja dolazi do osjećaja unutrašnjeg olakšanja, psihičkog rasterećenja. Najčešći je to oblik psihoterapije koji daje dobre efekte u uvjetima pozitivnog prijenosa (transfera).

To znači da se radi o emocionalnom procesu koji se prenosi s jedne osobe na drugu, a povezuje se s različitim predstavama i mislima. Metoda se zasniva na činjenici da su u određenoj mjeri svi ljudi sugestibilni, tj. skloni prihvaćanju tuđih ideja i stavova. Sama sugestibilnost temelji se pretežito na osjećajima, a manje na logici [74].

Metoda sugestivne terapije. Može se provoditi na više načina, ali se u praksi njezin utjecaj ostvaruje putem savjetovanja i stimulativnog ohrabriranja. Naglasak je na savjetovanju, koje može biti direktno, tj. verbalno, i indirektno, tj. aplikacijom sedativa i vitamina [74].

Prilikom verbalnog savjetovanja liječnik ne smije nikada biti previše aktivan, jer se smatra da konačnu odluku o bitnim i kritičnim problemima bolesnik mora donijeti sam.

U tijeku tretmana, liječnik-moderator tako podešava edukativni utjecaj terapije da bolesnik prihvati i sam preuzima odgovornosti za svoje cjelokupno održanje, djelovanje i donošenje odluka. Drugim riječima, liječnik nastoji izbjeći davanje savjeta do kojih bi vremenom bolesnik morao sam doći. Usmjeravajući bolesnika, tijekom tretmana, terapeut ga navodi da sam, vlastitim analiziranjem, razmišljanjem i uviđanjem dođe do prijeko potrebnih zaključaka [74].

Komplicirane konfliktne situacije – bolesnikova problematika – zahtijevaju od liječnika izvanredno dobro upoznavanje da bi mogao upućivati bolesnikove emocije i način razmišljanja. Time se naglašava nužnost da se tijekom razrješavanja tegoba bolesnik aktivno zalaže za mijenjanje vlastitih stavova i izgrađivanje vlastitih odluka te izmjena u djelovanju i ponašanju [74].

Grupna psihoterapija je priznata i ravnopravna metoda za liječenje niza bolesti. Čovjek je oduvijek živio i razvijao se u grupi. Tijekom svog života pripada različitim grupama, od početne obiteljske, preko grupe vršnjaka, školske, radne, društvene grupe, do nove obitelji itd. čovjek kao dio grupe u njoj surađuje, prilagođava joj se i dolazi s njom u sukob.

To znači da se stalno nalazi u komunikaciji i interakciji s drugim članovima grupe i da doživljava stalne promjene. Uz ostale, grupa ima značajku koju treba posebno istaknuti, a to je da stalno drži osobu u stvarnosti i pomaže joj da se u toj stvarnosti snađe i održi [74].

U grupi se pojedinac osjeća više prihvaćen i dobiva podršku drugih, pogotovo članova grupe sa sličnim poteškoćama. Značajna je činjenica da osamljivanje kojem teže osobe s tegobama u grupi ne postoji.

U grupi pojedinac ima znatno više mogućnosti da se na prikladan način oslobodi napetosti i tjeskobe, a ujedno se intenzivnije aktiviraju stavovi i snage koje omogućuju aktivno prilagođavanje grupi.

Da bi se u tome uspjelo, osoba mora uspješnije kontrolirati svoje osjećaje, svoju agresiju, prinuđena je učiti i prihvatiti konstruktivnu kritiku i na taj način modificirati vlastite stavove. Budući da grupa djeluje kao zamjena za obiteljsku sredinu, postoji mogućnost oživljavanja ranijih konflikata, ali i njihovo uspješnije prevladavanje.

U tijeku rada, grupnom psihoterapijom želi se utjecati na svjesni dio ličnosti. Reedukacijom se želi postići izmjena bolesnikovih stavova i ponašanja u tom smislu da se pripremi bolja prilagodba na stvarne životne okolnosti. Konačno, grupna psihoterapija se može odvijati u uvjetima rekonstrukcije svih okolnosti koje su pridonijele izbijanju konflikta, ali za vođenje ovakvih grupa potrebna je posebna grupno-analitička edukacija.

9. Zaključak

U radu smo pokazali, a i znamo, da je bol važan javnozdravstveni problem diljem svijeta. Iako postoji veliki napredak u znanosti, novim tehnološkim otkrićima, kao i novim farmakološkim pripravcima, bol je i dalje prisutna kao svjetski problem. Kako je bol kompleksna sama po sebi, tako možemo reći da je kompleksno i njezino liječenje. Najčešće se može vidjeti kako se u liječenju boli koriste farmakološki pripravci, no u današnje vrijeme velika važnost se pridodaje i nefarmakološkim kao i psihološkim metodama liječenja. Potreban je multidisciplinarni pristup liječenja boli, gdje se posebno naglašava uloga medicinske sestre. Ona je ta koja je stalno uz bolesnika, orijentirana je na holistički pristup kao i svakodnevne ljudske potrebe. Važna uloga medicinske sestre je da stvori odnos povjerenja s bolesnikom.

Vrlo važna komponenta je da medicinska sestra bude dobro educirana kako bi u suradnji s ostalim stručnjacima pružala najbolju skrb pacijentu. Kako bismo uklonili prepreke koje nas koče u suzbijanju boli, potrebno je komunikacijom i edukacijom medicinskog osoblja, ali isto tako i ljudi, podići svijest o tome kako bol zaslužuje pozornost kao i bilo koja druga bolest. Kako bi se podigla i poboljšala kvaliteta liječenja psihijatrijskih, ali i drugih bolesnika potrebno je uvidjeti važnost za kvalitetnijom edukacijom medicinskih sestara o procjeni i načinima tretiranja boli te povećati javnu svijest o tom problemu.

10. Literatura

[1] H. Merskey, J.D Loeser, R. Dubner: *The Paths of Pain* Seattle, IASP Press, str. 1.–549. 2005.

[2] N. Levy, J. Sturgess, P. Mills: “Pain as the fifth vital sign” and dependence on the “numerical pain scale”, 2018, str. 120.

[3] MC. Bushnell, M. Ceko, LA. Low: Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain, *Nat Rev Neurosci*, str. 145., 2013.

[4] B.A. Chen, W.C. Deng, M.Y. Chen; Acupuncture for pain control after degenerative lumbar spine surgery, *Eur.Med. Res.*, str. 167., 2022.

[5] D. Breški; *Glasnik pulske bolnice*; Vol. 4. str. 46., 2007.

[6] K. Zagorščak, A. Buhin Cvek, M. Sajko, M. Božičević: Stavovi i predrasude studenata studija sestrištva prema psihički bolesnim osobama, *Soc. psihijat.* Vol. 45 Br. 3, str. 209.– 216., 2017.

[7] E. Petkari, I.A. Masedo Gutiérrez: The influence of clerkship on students stigma towards mental illness: a meta-analysis, *Med. Educ.* Vol. 57, str. 694.–704., 2018.

[8] T. Lendenfeld, C.P. Kubicek.; Characterization and properties of protein kinase C from the filamentous fungus *Trichoderma reesi*, *Biochem Jour.* str. 45., 1998.

[9] University of Applied Health Sciences: *Tretiranje akutne i kronične boli*, Zagreb, 2019.

[10] S. Borson, JM. Scanlan, P. Chen, M.Ganguli: The Mini-Cog as a screen for dementia; Validation in a population-based sample, *časopis American Geriatrics Society*, 51, str. 1451.– 1454., 2003.

[11] 1. U.S. Department of Health and Human Services; Centers for Disease Control and Prevention. National diabetes fact sheet: national estimates and general information on diabetes and pre-diabetes in the United States, Atlanta, 2011.

[12] M.J. Bair, R.L. Robinson, W. Katon.; Depression and pain comorbidity; *Internal Medicine* 2003; str. 2433.–2445., 2003.

- [13] P. Bebbington, R. Ramana: The epidemiology of bipolar affective disorder, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, str. 279.–292, 1995.
- [14] A. Malfliet, I. Coppieters, P. Van Wilgen, J. Kregel, R. De Pauw, M. Dolphens: Brain changes associated with cognitive and emotional factors in chronic pain; *Eur Pain br.* 21, str. 769.–786, 2007.
- [15] Z. Arvanitakis, D. A. Bennett: What Is Dementia?; *JAMA* str. 317.–322, 2019.
- [16] J. Cohen-Mansfield, K. Thein, MS. Marx, M. Dakheel-Ali: What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in the nursing home?, *J Am Med Dir Assoc* 13, str. 400.–405., 2007.
- [17] M. Helfand, M. Freeman; Assessment and management of acute pain in adult medical inpatients, *Pain Med.* str. 1183.–1199., 2009.
- [18] C. Apinis, M. Tousignant, M. Arcand, Y. Yannick Tousignant-Laflamme: (2014) Can adding a standardized observational tool to interdisciplinary evaluation enhance the detection of pain in older adults with cognitive impairments?, *Pain Med*, br.15, str. 32.–41., 2014.
- [19] M.F. Weiner, K. Martin-Cook, D.A. Svetlik; The quality of life in late-stage dementia (QUALID) scale, *Med. Dir. Assoc.* br.1, str. 114-116, 2000.
- [20] A. Corbett, B. Husebo, M. Malcangio, A. Staniland, J. Cohen-Mansfield, D. Aarsland: Assessment and treatment of pain in people with dementia, *Nat. Rev. Neurol.*, br.5, str. 264, 274, 2012
- [21] N. Tsuno, A. Besset, K. Ritchie: Sleep and depression, *Clin. Psychiatry.* br. 10. str. 1254.– 1269., 2005.
- [22] E. Frank, H. Biola, C.A. Burnett: Mortality rates and causes among physicians, *Prev. Med.* br.19, str. 155.–159., 2000.
- [23] D. Borsboom, A. Cramer: Network analysis: an integrative approach to the structure of psychopathology; *Annu. Rev. Clin. Psychol.* br. 9. str. 91.–121., 2013.
- [24] A. Walker, A. Kavelaars, C.J. Heijnen, R. Dantzer: Neuroinflammation and comorbidity of pain and depression, *Pharmacological Reviews.* br. 1, str. 80.–101. 2014.

- [25] T.M Nguyen, G.D. Eslick GD: Systematic review: the treatment of noncardiac chest pain with antidepressants, *Aliment. Pharmacol. str.* 493.–500., 2012.
- [26] K.N. Alschuler, D.M. Ehde, M.P. Jensen: The co-occurrence of pain and depression in adults with multiple sclerosis; *Rehabilitation psychology.* str. 217.–221., 2013.
- [27] JB. Dini, J. Clin: A double-blind, randomized, controlled trial of fluoxetine plus quetiapine or clomipramine versus fluoxetine plus placebo for obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacol* 31, str. 763.–768., 2011.
- [28] ER. Tunks, J. Crook, R. Weir: Epidemiology of chronic pain with psychological comorbidity: prevalence, risk, course, and prognosis; *Can J Psychiatry.*, str. 224.– 234., 2008.
- [29] L. H. Cummins, EC. Dunn, L. Rabin, J. Russo, K. Comtois, B. McCann: Primary Care Provider Familiarity with Binge Eating Disorder and Implications for Obesity Management, A Preliminary Survey, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, broj 10, str. 51.–56, 2003.
- [30] CS. Cleeland, KM. Ryan; Pain assessment: Global use of the Brief Pain Inventory. *Annals of the Academy of Medicine, Singapore.* 1994.
- [31] CJ. Walsh, CM Phan, M. Misra, MA. Bredella, KK. Miller, PK. Fazeli, HH. Bayraktar, A. Klibanski, R. Gupta: Women with anorexia nervosa: finite element and trabecular structure analysis by using flat, CT. *Radiology.*, str. 167.–174., 2010.
- [32] L. Sim, C. Weber Harbeck, T. Harrison, C.Peterson: Central Sensitization in Chronic Pain and Eating Disorders; *Clin Psychol Med.*, str. 40.–52., 2021.
- [33] L. Weaver, R. Liebman: Assessment of anorexia nervosa in children and adolescents. *Curr Psychiatry Rep.* br. 13., str. 93.–98., 2011.
- [34] American Psychiatric Association Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
- [35] B. Renneberg, K. Herm, A.Hahn, K. Staebler, CH. Lammers, S. Roepke: Perception of social participation in borderline personality disorder, *Clin Psychol Psychother.* str. 473.–480., 2012.

- [36] RC. Kessler, A. Sonnega, E. Bromet, M. Hughes, CB. Nelson: Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey, Arch Gen Psychiatry 1995.
- [37] JC. Shipherd, M. Keyes, T. Jovanovic: Veterans seeking treatment for posttraumatic stress disorder: What about comorbid chronic pain?, J Rehabil Res Dev, str. 153.–166., 2007.
- [38] World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines, World Health Organization, Geneva, 1992.
- [39] KM. Heilman, SE. Nadeau: Emotional and Neuropsychiatric Disorders Associated with Alzheimer's Disease., Neurotherapeutics, str. 99.– 111., 2022.
- [40] S. Marwaha, S. Johnson: Schizophrenia and employment, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, br. 5., str. 334. – 337., 2004.
- [41] A.Ciobica, M. Padurariu, A. Curpan, I. Antioch, R. Chirita, C Stefanescu, AC Luca, M. Tomida: Med Cell Longev, 2020.
- [42] N. Mimica, V. Folenegović-Šmalc: Psihofarmaci, Časopis Medicinar, str. 150., 2004.
- [43] D. Begić, V. Jukić, V. Medved: Psihijatrija. Zagreb, Medicinska naklada, 2015.
- [44] N. Mimica: Primjeri prijateljskih inicijativa usmjerenih prema osobama s demencijom u Hrvatskoj, Soc. psihijat, vol. 47 br. 3, str. 247.– 260., 2019.
- [45] LJ. Hotujac i sur: Psihijatrija, Zagreb, Medicinska naklada, 2006.
- [46] M. Jakovljević: Psihijatrija, Zagreb, A. G. Matoš, 1995.
- [47] B. Milanov, G. Lakičević, A. Livaja, M. Bošnjak: Farmakoterapija bola, Medicina fluminensis, Vol. 48, br. 3, str. 290.– 294., 2012.
- [48] B. Kurtović, C. Rotim.: Menadžment bola u neurokirurškom sestrinstvu, HKMS, Zagreb, 2015.
- [49] V. Kuranjek.: Bol i demencija, ZVU, 2017.
- [50] J. Allen, SS. Mak, M. Begashaw, J.Larkin, I.Miake-Lye, J. Beroes-Severin, J. Olson, Netw Open, 2022.

- [51] S. Skootsky, B. Jaeger: Prevalence of myofascial pain in general internal medicine practice, *West Med*, str. 157.–160., 1989.
- [52] Tj. Kaptchuk; Methodological issues in trials of acupuncture, *JAMA*, 2001.
- [53] Establishing an adequate dose of acupuncture is essential for clinical trial studies. *Ma SX.Clin Res Trials*. 2020.
- [54] X. Ma, W. Chen, NN. Yang, L.Wang, XW.Hao, CX.Tan, Potential mechanisms of acupuncture for neuropathic pain based on somatosensory system, 2022.
- [55] JL. Levenson: *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychosomatic Medicine: Psychiatric Care of the Medically Ill*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2011.
- [56] R. Barbarić, I. Vasilj: Komplementarna medicina u psihijatriji, *Zdravstveni glasnik*, br.2: str. 76.– 87., 2020.
- [57] M. Jakovljević: Current status of religion and spirituality in psychiatry. *Psychiatria Danubina*, br.4, str, 138 – 40, 2005.
- [58] M. Jakovljević: Vjerom protiv depresije, *Pro menta Croatica*, Zagreb, br. 2, str. 73.–75., 1997.
- [59] S. Posar Budimlić: Demencija i fizioterapeutski pristup, travanj 2018. 6. hrvatski kongres iz neurorehabilitacije i restauracijske neurologije s međunarodnim sudjelovanjem, *Osijek Med. Vjes.*, vol 50, str. 78., 2018.
- [60] R. Schultz, GH. Williamson, A 2-year longitudinal study of depression among Alzheimer's caregivers, *Psychology and Aging* br.6, str. 569.–578., 1991.
- [61] N. Ivanović, I. Barun, N. Jovanović: Art terapija – teorijske postavke, razvoj i klinička primjena, *Soc. psihijat.*, br. 42, 190–198., 2014.
- [62] D. Škrbina: *Art terapija i kreativnost*. Zagreb, Veblecommerce, 2013.
- [63] D. Breitenfeld, I. Majsec Vrbanić, V. Muzikoterapija: *Pomozimo si glazbom*, Zagreb, 2011.

[64] D. Aldridge: Music therapy in dementia care, London, Jessica Kingsley Publishers, 2000.

[65] Alzheimerova bolest: Priručnik za pomoć obiteljima i njegovateljima osoba oboljelih od Alzheimerove bolesti, Nefarmakološki načini liječenja, Plava šapa, Zagreb, str. 24–31., 2019.

[66] MT Itil i suradnici: Central Nervous System Effects of Ginkgo Biloba, a Plant Extract. Am J Therapeutics, br. 3, str. 63–73., 1996.

[67] H. Bloomfield: Healing Anxiety with Herbs, Thorsons. An Imprint of HarperCollins Publishers, 1998.

[68] M. M. Hrlić; Specifičnosti, načela i standardi u liječenju psihijatrijskih bolesnika
Diplomski rad, UNIN, Varaždin, 2020.

[69] Babić D & Babić R. Complementary and alternative medicine in the treatment of schizophrenia. Psychiatr Danub, br.76–81, 2009.

[70] D.G. Amen: Liječenje hardwarea duše, Biblioteka 21, Zagreb, 2003.

[71] E. Klain; Psihoterapija u Hrvatsko, str. 83.–91., 1998.

[72] G. Gabbard: Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice, The DSM-IV Edition, Washington DC: American Psychiatric Press, 1994.

[73] H. Kaplan, B. Sadock: Synopsis of Psychiatry. 8th ed. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, str. 45., 1998.

[74] R. Gregurek, M. Braš: Psihoterapija anksioznih poremećaja; Medix, broj 71; str. 72.–74, srpanj 2007.

Popis slika

[1] Slika 4.2.a Vizualno-analogni skala boli, www.zdravstvo-kvaliteta.org, dostupno 11.09.2022.

[2] Slika 4.2.b Numerička ljestvica za procjenu boli, www.zdravstvo-kvaliteta.org, dostupno 11.9.2022.

Sveučilište Sjever

IZJAVA O AUTORSTVU I SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, NIKOLINA KIPČIĆ (ime i prezime) pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom NEFARMAKOLOŠKO TRČETIRANJE BOLU KOD PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA (upisati naslov) te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kipčić Nikola
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, NIKOLINA KIPČIĆ (ime i prezime) neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom NEFARMAKOLOŠKO TRČETIRANJE BOLU (upisati naslov) čiji sam autor/ica. KOD PSIHIJATRIJSKIH BOLESNIKA

Student/ica:
(upisati ime i prezime)

Kipčić Nikola
(vlastoručni potpis)