

Psihoze su teški psihički poremećaji, a za neke od njih mogli bismo reći i prave duševne bolesti u medicinskom smislu tog pojma. U pitanju su duboka oštećenja ličnosti koja se manifestuju kvalitativno izmijenjenim odnosom prema sopstvenom „ja“ i/ili prema objektima spoljnog sveta. Za razliku od neuroza ovde su kvalitativno promijenjena osnovna obilježja ličnosti (njeno jedinstvo, njena jedinstvenost i njena integrisanost) i/ili doživljaji komunikacije i razmijene takve ličnosti sa njenom socijalnom sredinom.

U nekim slučajevima izraženo je i povlačenje iz realnog svijeta i prekid kontakta s njim. Objektivna realnost se često falsifikuje bolesnim (sumanutim) idejama i čulnim obmanama u vidu halucinacija. Kod povlačenja iz realnog sveta u sopstveni imaginarni svet (autizam), bolesnik razvija tzv. „autističko“ ili „dereističko“ mišljenje koje ne vodi računa o činjenicama i zakonitostima koje vladaju u realnom svijetu. Mišljenje se odvija u skladu sa željama, odnosno strahovanjima autistične osobe.

Zbog iskrivljenog doživljavanja sopstvenog „ja“ i objektivne realnosti kao i zbog povlačenja iz nje bolesnik se neobično i neadekvatno ponaša, pa je po tome često upadljiv čak i laicima.

Psihoze obuhvataju vrlo heterogenu grupu psihičkih poremećaja i bolesti u kojoj se mogu izdvojiti tri podgrupe:

Akutni i hronični organski psihosindromi (sinonimi: organske, simptomatske psihoze), počivaju na

organskom i/ili funkcionalnom oštećenju mozga, čime se remeti i normalno psihičko funkcionisanje. Ove promjene mogu biti reverzibilne i ireverzibilne. U pitanju su primarna moždana oboljenja odnosno oštećenja ili somatske bolesti i poremećaji koji sekundarno lediraju mozak.

Oštećenja mogu biti izazvana heredo-degenerativnim procesima, poremećajima moždane cirkulacije, fizičkom traumom, djelovanjem mikroorganizama i njihovih toksina, egzogenim i endogenim intoksikacijama, malnutricijom i drugim činiocima.

Psihoze koje se razvijaju uslijed organskih promijena i disfunkcija mozga ne zavise isključivo od prirode činilaca koji su te poremećaje izazvali. Na njih utiče i lokalizacija patološkog procesa, brzina razvoja bolesti, kao i njen tok odnosno trajanje. Isti uzroci mogu davati različite kliničke slike i sasvim različiti etiološki činioci mogu dovesti do sličnih kliničkih ispoljavanja. Izražene individualne razlike u reagovanju uslovljene su brojnim činiocima. Prema tome, nijedan od organskih činilaca nije u dovoljnoj meri specifičan po psihičkim poremećajima koje izaziva.

Kod organskih psihoza sreću se brojni i raznovrsni simptomi i poremećaji ponašanja. Mada je, zbog mješovitih kliničkih slika i čestih izmijena tokom bolesti, otežana njihova klasifikacija, ipak se izdvajaju neki manje ili više karakteristični sindromi. To su demencija, delirantno i konfuzno-delirantno stanje, amnestički sindrom često praćen konfabulacijama, halucinatorni i paranoidni sindrom, kao i depresivni i manični sindrom.

Endogene psihoze nastaju pretežno iz unutrašnjih manje ili više nepoznatih razloga. One obuhvataju grupu shizofrenih i afektivnih psihoza kao i određene paranoidne psihoze i paranoju. Još su klasici psihijatrije Kraepelin i Bleuler, govoreći o uslovnom karakteru oznake endogeno, iznijeli mišljenje da će se tek novim naučnim saznanjima utvrditi prava priroda ovih oboljenja čiji uzrok treba tražiti i u nasljednoj osnovi. Danas postoje brojne indicije o nasljednoj predispoziciji, koja počiva na određenim enzimskim poremećajima, i koja u sadejstvu u složenoj međuakciji sa nepovoljnim činiocima psihosocijalne prirode dovodi do razvoja ovih oboljenja.

Podijela na pojedine kliničke entitete u ovoj podgrupi endogenih psihoza zasniva se na njihovim osnovnim simptomima, tj. kompleksima simptoma. Ti osnovni simptomi su, npr. za shizofeniju poremećaj asocijacija, ambivalencija, aritmija, anormija, autizam, a za afektivne psihoze specifični poremećaji afektiviteta, u vidu manije odnosno depresije. Akcesorni simptomi, kao uzgredni i neobavezni, dopunjuju kliničku sliku i mogu činiti njen značajan dio, ali nisu presudni u dijagnostici (halucinacije, sumanute ideje, poremećaji motorike i dr.).

Reaktivne psihoze su psihoze za koje se koristi i sinonim „psihotična reakcija“. Sam naziv govori o tome da se nastanak ovih psihoza vezuje za snažnije djelovanje raznih nepovoljnih činilaca psihosocijalne prirode. I ovde se, međutim, pretpostavlja da postoji određeni psihopatološki potencijal u tih osoba koje psihotički reaguju. Taj potencijal je veoma različit kod ljudi i kreće će od zanemarljivo malog do ekstremno visokog.

Klinička ispoljavanja reaktivnih psihoza zavise od specifičnih individualnih odlika strukture ličnosti, od najdubljih slojeva te strukture (jezgra) ili, tačnije, od specifičnih defekata odnosno slabosti integracije ličnosti. Najčešće se ispoljavaju u vidu depresivnog i paranoidnog reagovanja, izražene anksioznosti, konfuznog stanja i sl.

U načelu, psihoze su teži psihički poremećaji od neuroza, ali, kako je to već istaknuto, postoje i brojni izuzeci od ovog opšteg pravila. Stepen i kvalitet funkcionalnosti, odnosno kvalitet čovjekovog življenja može biti manje oštećen kod pojedinih pacijenata sa psihozama nego što je to slučaj sa nekima koje svrstavamo u grupu neurotičara. I ovde se, prema tome, kao i kod drugih psihičkih poremećaja ogleda opravdanost novog pristupa zdravlju i bolesti.

U svjetlu ispravno interpretirane savremene definicije zdravlja terapijski cilj, pored ostalog, treba da obuhvati i postizanje što je moguće boljeg kvaliteta življenja. To se može postići čak i u onim slučajevima u kojima nismo u stanju da suzbijemo bolest, odnosno sve njene simptome. U tom smislu, za sudbinu pacijenta često je mnogo važnije da na primjereniji način (re)organizuje svoju životnu strategiju, da izgradi zdraviji stil življenja, nego, recimo, da se oslobodi svojih halucinacija. Drugačije rečeno, veoma je važno osposobiti pacijenta da ovlada svojim simptomima, da uspostavi kontrolu nad njima. Pacijentu treba pomoći da nađe optimalnu mjeru između svojih potreba i želja, s jedne, i mogućnosti, s druge strane, da ostvari bolji i zdraviji odnos sa sobom i sa svojom sredinom. Jednom rečju, treba mu pomoći da se organizuje oko svojih zdravih i očuvanih potencijala i da ih dalje razvija. Rad, uopšte, u tome ima veliku ulogu, pa i o tome treba voditi računa pri ocjenjivanju radne sposobnosti.

U ovom opštem osvrtu na psihoze vrijedi još ukazati da se u praksi često sreću tzv. „granična stanja“, koja su, inače, klasici psihijatrije opisivali kao „rubne psihoze“. Smatramo da ovu kategoriju pacijenata treba posmatrati i sa stanovišta savremenog poimanja zdravlja i bolesti. Riječ je, prije svega, o tome da i psihijatrijska bolest može imati svoje abortivne, oligosimptomatske ili monosimptomatske oblike, drugim rijecima, da se ne mora uvijek ispoljiti izraženom kliničkom slikom, psihološko-socijalna konstelacija, međutim, utiče na ta ispoljavanja.

Ona kada je izrazito nepovoljna, može da dovode do psihičkih poremećaja, pa i do floridnih simptoma psihoza, čak i u osoba koje imaju, inače, nizak potencijal za psihotično reagovanje. I obrnuto, ona može kada je povoljna, da spriječi razvoj psihoze i u predisponiranih osoba ili da znatno ublaži njene kliničke manifestacije kada se već javi. Objašnjenja prirode graničnih stanja trebalo bi tražiti i u svjetlu ovih saznanja, koja treba koristiti i u preveniranju i u liječenju psihoza, kao i pri ocjenjivanju radne sposobnosti ovih bolesnika.