

- Schizophrenia simplex • Hebephrenia • Schizophrenia catatonica

- Schizophrenia paranoids • Akutna shizofrena epizoda • Latentna shizofrenija

- Shizoafektivna psihoza

Uvod

Zdravu, normalnu ličnost karakteriše doživljavanje „Ja“ u njegovom jedinstvu, jedinstvenosti (u odnosu na ostali svet) i integrisanosti uz međusobnu usklađenost pojedinih psihičkih funkcija - mišljenja, afekta i volje. Mišljenje je u skladu sa afektom i obrnuto, volja je izraz i posljedica određenog mišljenja i afekta i sama ih na odgovarajući način podstiče. U shizofreniji postoji kvalitativni poremećaj doživljaja sopstvenog „ja“ i, ono što je karakteristično, nema sklada između mišljenja, afektiviteta i volje. Takva se disocijacija ne vidi kod drugih psihijatrijskih oboljenja.

Nazivom schizophrenia (shizis, rascjep i phrenos, duša) E. Bleuler je nazvao grupu psihopatoloških sindroma koji vjerovatno ne pripadaju jednoj nozološkoj jedinici, ali koji imaju određene zajedničke karakteristike. Sam naziv slikovito odražava jednu od njihovih bitnih karakteristika - rascjep ili nesklad tj. disocijaciju između pojedinih psihičkih funkcija, a prije svega, između mišljenja i afekta (ideoafektivna disocijacija). Mišljenje u shizofreniji nije praćeno odgovarajućim afektom.

Shizofrenija spada u grupu tzv. „endogenih psihoza“ koje se razvijaju uslijed složene interakcije predispozicije ka ovom oboljenju i brojnih nepovoljnih činilaca spoljne sredine. Veća učestalost oboljenja u porodicama shizofreniji bolesnika kao i visoka podudarnost oboljevanja jednojajnih blizanaca govore o nasljednoj osnovi te predispozicije. U pitanju je hronično duševno obolenje koje se karakteriše nizom psihičkih poremećaja koji se manifestuju pri čistoj svijesti.

Dijagnoza se postavlja na osnovu tzv. „osnovnih simptoma“ (E. Bleuler) koji predstavljaju

direktnu ekspresiju same bolesti. Uz te simptome, postoje i brojni tzv. akcesorni simptomi koji su posljedica reagovanja bolesnika na ono što doživljava u svojoj bolesti ili u odnosima sa okolinom. Drugačije rečeno, oni predstavljaju neprimjerene pokušaje bolesnika da nađe objašnjenje za ono što doživljava da bi suzbio anksioznost koja je time izazvana i da bi ponovo uspostavio poremećenu ravnotežu sa sobom i svojom sredinom.

U osnovne simptome spadaju

- poremećaji asocijacija u misaonom toku (disocirano i inkoherentno mišljenje, prekidi - blokovi u mislima, neadekvatnost i bizarnost misli i dr.),
- poremećaji afekta (neprimjeren afekt koji nije u skladu ni sa mišljenjem ni sa situacijom, njegova krutost i nivelisanost),
- ambivalencija na afektivnom, voljnom i intelektualnom planu, i
- autizam (povlačenje u svoj sop-slvni unutrašnji svet i prekid veza sa realnim svetom).

Akcesorni ili sekundarni simptomi izvedeni su iz osnovnih i ovde spadaju

- poremećaji opažanja (halucinacije i iluzije najčešće slušne, a zatim taktilne i cenestetičke i halucinacije ukusa i mirisa, dok su vidne relativno rijetke),
- poremećaji mišljenja po sadržaju (sumanute ideje odnosa, interpretacije, proganjanja i dr.),
- poremećaji psilomotiliteta (katatoni stupor i pomama, voštana savitljivost, fenomen „psihičkog jastuka“, manirirano, stereotipno i bizarno ponašanje i sl.). Fenomeni

depersonalizacije i derealizacije mogu upotpunjavati kliničku sliku.

Inteligencija obično nije oštećena. Pri njenom testiranju, međutim, pored dobrih odgovora dobijaju se i drugi nezadovoljavajući koji mogu pogrešno da navode na pomisao da postoji demencija. U pitanju je, ipak, tzv. „afektivna demencija“. Zbog svoje afektivne tuposti i nezainteresovanosti, ili zbog okupiranosti sopstvenim halucinacijama i sumanutim idejama, bolesnik povremeno ne daje ispravne odgovore ni na najjednostavnija pitanja.

Kretschmerov leptosomni i rijeđe displastički habitus najčešće je zastupljen kod shizofrenih bolesnika. Premorbidni tip ličnosti se obično karakteriše introvertnošću. To su osobe okrenute više sebi, sa malo socijalnih kontakata, teško prilagodljive, preosjetljive, rigidne i stroge i prema sebi i prema drugima, upadljive po ovom ili po nekom drugom sličnom ponašanju i prije izbijanja manifestne bolesti.

Tzv. „shizofreniformne psihoze“ po kliničkim ispoljavanjima pokazuju izvjesnu sličnost sa shizofrenijom, ali postoje i upadljive razlike. Za razliku od shizofrenija razvijaju se naglo u osoba čija je prethodna socijalna prilagođenost bila dobra. Za vrijeme akutne faze bolesnici često izgledaju smeteni, konfuzni, i ispoljavaju blaže poremećaje orijentacije što ukazuje na poremećaj svijesti. Za razliku od shizofrenije koja ima ili kontinuirano progredijantan hronični tok ili progredijantan tok sa fazama remisija i egzacerbacija, kod shizofreniformnih psihoza psihotične epizode se povlače ne ostavljajući obično nikakve rezidue (mada su mogući recidivi). Jednom rečju ovde ne dolazi do shizofrene deterioracije ličnosti.

Prije svega, prema kliničkim slikama, shizofrenije se razvrstavaju u više dijagnostičkih potkategorija. Treba, ipak, reći da je ovo razvrstavanje uslovno, zato što se često nalaze mješoviti oblici i zato što se dešava da evolucijom bolesti jedan klinički oblik pređe u drugi.

Schizophrenia simplex

Početak postepen u mlađem adolescentnom dobu. Karakteriše se sve jačim povlačenjem iz

realnog svijeta, autizmom, afektivnom tupošću, atimijom i gubitkom vitalnih dinamizama, anhornijom („atimhormički sindrom"). Bolesnik je nezainteresovan za socijalne kontakte i bilo kakvu aktivnost. Akscesorni simptomi shizofrenije (sumanute ideje, halucinacije i dr. ovde nisu izražene).

Pored hebefrenije, ovo je najteži oblik shizofrenije sa kontinuirano progredijentnim tokom koji dovodi do potpunog opustošenja ličnosti.

Hebephrenia

Hebeos - dječak i phrenos - duša. Naziv dat zbog pogrešnog verovanja da se ova bolest sreće samo kod dečaka.

Počinje takođe rano u pubertetu ili mlađoj adolescenciji. Cbilje simptoma u kliničkoj slici. Pored osnovnih simptoma shizofrenije, javljaju se perceptivni poremećaji i raznovrsne sumanute ideje. Hebefreniju karakteriše djetinjstvo, neodgovorno, nepredvidivo, objesno ponašanje i manirizmi, sklonost neumjesnim šalama i okupiranost pseudofilozofskim temama.

Raspoloženje je promjenljivo, neadekvatno situaciji, praćeno često kikotanjem ili samozadovoljnim smiješkom. U obilju drugih simptoma sreću se još i bizarno grimasiranje, hipohondrijske i druge sumanute ideje. Ponašanje je besciljno i često odaje bezosjećajnost.

Tok je hronično progredijentan i relativno brzo dovodi do najdublje dezintegracije ličnosti.

Schizophrenia catatonica

Danas izuzetno rijedak oblik shizofrenije u kojem, pored osnovnih simptoma, kliničkom slikom dominiraju poremećaji psihomotiliteta (katatoni stupor i uzbuđenje, ostali tzv. katatoni fenomeni).

Bolest se obično razvija između 20-30 godine života i početak je češće nagao za razliku od drugih oblika shizofrenije. Tok je obično intermitentan sa povremenim remisijama i egzacerbacijama. Prognoza je povoljnija nego kod prethodnih oblika.

Schizophrenia paranoides

Obično se u opisima sumanutosti u shizofrenih bolesnika ističe njihova krajnja nelogičnost i nepovezanost. To je tačno kada je reč o sumanutim idejama koje su na površini, koje teže da objasne osnovnu sumanutost (koje su u njihovoj funkciji). Kada se, međutim, eksploriše osnovna sumanutost, cijeli sumanuti sistem postaje mnogo logičniji i koherentniji, pa se približava kvalitetu tzv. „paranoičke sumanutosti“.

Počinje najčešće poslije 30. godine života, a kliničkom slikom, uz osnovne simptome, dominiraju sumanute ideje paranoidnog tipa, nelogične i manje ili više sistematizovane. Najčešće su to ideje proganjanja, odnosa i interpretativne sumanute ideje, ali mogu postojati i ideje ljubomore, somatskih izmijena, visokog porijekla i tzv. „mesijanske“ sumanute ideje. Halucinacije relativno često prate ovu sumanutost i povezane su sa sadržajem sumanutih ideja. Bolesnici su nepovjerljivi, sumnjičavi, razdražljivi, a mogu postati i agresivni. U svoje sumanute sadržaje lako uvlače osobe sa strane i na najmanji povod.

Obolenje ima remitirajući i lagano progresivan tok tako da fasada ličnosti ostaje dugo sačuvana. Liječenje obećava relativno dobru prognozu u većini slučajeva paranoidne shizofrenije, pri čemu je i odgovarajuća psihosocijalna konstelacija od velikog značaja za tok i ishod ove psihoze.

Pored pomenutih tzv. „pravih shizofrenija" (sinonimi: hronična ili procesna ili nuklearna shizofrenija), postoje i shizofreniformne psihoze (sinonimi: akutna, reaktivna shizofrenija tj. atipične forme sa dobrom prognozom).

U shizofreniformne psihoze ubrajaju se:

Akutna shizofrena epizoda

Karakteriše se akutnim početkom i kliničkim ispoljavanjima koja mogu da liče na ono što se vidi kod nekih oblika shizofrenije. Postoji uz to blago pomućenje svijesti u vidu zbunjenosti i u nekim slučajevima pospanosti. Bolesniku se ponekad čini da sve što mu se dešava sanja. Mogu se javiti ideje odnosa uz prateće emocionalno reagovanje. U najvećem broju slučajeva poslije nekoliko nedelja ili mjeseci svi simptomi se povlače (čak i bez odgovarajućeg liječenja). Samo u rijetkim slučajevima, poslije ovakvog početka razvija se slika prave shizofrenije.

Latentna shizofrenija

Ovo je psihoza čija klinička slika, posebno po promjenama afektivnog reagovanja (pritupljeno, nivelisano ili neadekvatno afektivno reagovanje), podsjeća na blago izraženu (latentnu) shizofreniju. Simptomi i poremećaji ponašanja nikad ne dostižu stepen potpune izraženosti. Veoma se često nalazi mješavina anksioznosti i fobičnih, opsesivnih, depresivnih simptoma i hipohondrije tako da su postojeći blago izraženi simptomi shizofrenije skriveni ovom fasadom neurotičnih simptoma.

Latentna shizofrenija se teško razlikuje od tzv. „shizoidne ličnosti" (shizoidne psihopatije).

Shizoafektivna psihoza

Psihoza čiju kliničku sliku karakteriše istovremeno prisustvo simptoma koji se sreću kod shizofrenije i manično-depresivne psihoze. Shizoafektivna psihoza daje dobre remisije ne ostavljajući trajnije defekte ličnosti, ali ispoljava tendenciju da recidiviše.

Afektivni sindrom u smislu manije, odnosno depresije prethodi ili se razvija uporedo sa drugim psihotičnim simptomima koji se sreću kod shizofrenije, kao što su akustičke halucinacije ili sumanute ideje da neko spolja upravlja njima. Karakteristično je u ovim slučajevima, takođe, da afektivno reagovanje ne odgovara halucinacijama ni sumanutim idejama.

Razvoj potpuno izražene depresije i u rijedim slučajevima manije tek poslije prethodno uspostavljenog psihotičnog sindroma druge vrste (koji može podsjećati i na neki oblik shizofrenije) isključuje takve bolesnike iz ove dijagnostičke potkategorije. To se relativno često dešava u sklopu drugih psihičkih poremećaja (sekundarna depresija kod hronične shizofrenije ili manično raspoloženje, npr. kod progresivne paralize).