

- Uvod
- Anksiozna neuroza
- Hysteria
- Konverzivni oblik histerične neuroze
- Disocijativni oblik histerične neuroze
- Fobična neuroza
- Opsesivno-kompulsivna neuroza

- Depresivna neuroza
- Neurasthenia
- Hipohondrija
- Traumatske neuroze (reakcija na stress)

Uvod

Medicinska praksa se u dijagnostici neuroza još uvek u velikoj mjeri pogrešno oslanja na medicinski model bolesti, slijedeći pri tome „princip negativne dijagnoze“ - „radi se o neurozi, jer subjektivne tegobe (simptomi) nemaju organsku osnovu“. Na taj način, ova dijagnostička kategorija postaje koš u koji se pored neuroza odlažu i neurotične reakcije i različiti emocionalni poremećaji ili tzv. „psihosocijalni problemi“, odnosno „problemi življenja“ (problemi svakodnevnog života). Svi ovi poremećaji zdravlja mogu imati sličnu simptomatologiju.

Neuroze se ispoljavaju različitim oblicima subjektivnog trpljenja (pretežno emocionalnim, ali i drugim psihičkim i somatskim tegobama) kao i poremećajima ravnoteže sa sobom i spoljnim svijetom, a da pritom ne dolazi do kvalitativnih izmjena u doživljavanju sopstvenog „ja“ i u doživljavanju objektivne realnosti (kao što je to slučaj kod psihoza).

Osnovu neuroze čini neurotični konflikt, poseban intrapsihički nesvesni sadržaj koji rađa anksioznost, „dinamičko jezgro svih neuroza“.

Prema klasičnom psihoanalitičkom učenju, anksioznost, to najneprijatnije osjećanje koje čovek može da doživi (videti u daljem tekstu), nastaje zbog nesvesnih pulzija ida koje su seksualne i agresivne prirode i koje teže zadovoljenju. Procjenjujući da bi njihovo zadovoljenje moglo da ugrozi ličnost zbog toga što to društvena sredina ne prihvata, ego svojim mehanizmima te pulzije potiskuje i zadržava u nesvesnom. U tome mu pomaže superego, pojednostavljeno rečeno, savjest koja, takođe, sa moralno-etičkog stanovišta, ne može da dozvoli njihovo zadovoljenje. Time konflikt, međutim, nije riješen. Ostaje i dalje opasnost da će nesvesne pulzije savladati snage koje ih potiskuju, da će se realizovati, odnosno zadovoljiti, što bi moglo

da ugrozi, pa i uništi ličnost. To je i razlog za razvijanje anksioznost tj. neodređenog straha, strepnje da će nešto strašno zadesiti ličnost i njene najdraže.

Simptomi psihičke i somatske prirode u neurozi u stvari, su kompromisna rješenja ovog intrapsihičkog (nesvesnog) konflikta. Pulzije se u maskiranom obliku probijaju i ispoljavaju brojnim i raznovrsnim psihičkim i somatskim simptomima. Drugim riječima, anksioznost se konvertuje u njih i gubi. Tako simptomi služe kao nesvjesna odbrana od anksioznosti, tog najneprijatnijeg osjećanja, i u tome se sastoji tzv. „primarna dobit od bolesti“. Oni, tj. bolest imaju za cilj da jedinku sačuvaju od opasnosti.

Simptomi u neurozi izraz su neurotičnog konflikta, a ne primarna osnova, suština i sadržaj neuroze. Dijagnozu neuroze zato treba zasnivati, prije svega, na neurotičnom konfliktu, a tek potom na simptomima. Pri tome treba imati na umu da slične, pa i istovjetne subjektivne tegobe, tj. simptome, može da ima svaki čovek, kada je izložen raznim stresnim i kriznim situacijama. Jednostavnije rečeno: izuzetno rijetke su osobe koje povremeno ne reaguju „neurotičnim simptomima“, ali je, relativno malo (mnogo manje nego što se smatra) onih koji nose neurotični konflikt, koje su, dakle, neurotičan u smislu navedene definicije.

Neuroza je izraz ranog (razvojnog) oštećenja ličnosti, kada i nastaje intrapsihički konflikt, pa stoga neurotičar ima tipičnu anamnezu koja otkriva rano ispoljavanje neurotičnih manifestacija karakterističnih za određene periode razvoja i sazrijevanje (dugotrajna i uporna enureza i enkopreza, noćni strahovi, tikovi, mucanje - ekscesivni oblici fobično strukturisanih strahova ili prisila). Ovi poremećaji na indirektan način otkrivaju postojanje neurotičnog konflikta.

Neuroze karakteriše kontinuitet ovih neurotičnih ispoljavanja ili njihovo intenziviranje u određenim periodima života (pubertet, odnosno adolescencija, klimakterijum, odnosno involutivni period) kao i u kriznim situacijama - odvajanje od voljenog objekta i gubitak objekta, dinamička ili manifestna situacija osujećenja ili odbacivanja, situacije u kojima je potrebno veće ulaganje emocionalne energije radi adaptacije na nove uslove - polazak u školu, odlazak u vojsku, zaposlenje, stupanje u brak i si.).

Neurotičar, prema tome, poseduje neurotičnu strukturu ličnosti koja se odlikuje fiksiranošću ili tendencijama ka fiksiranju neurotičnog konflikta kao i iracionalnim stavom prema njemu. On ispoljava manjkave mogućnosti racionalne obrade i razriješenja konflikta. Zbog toga se javlja ponavljajući obrazac neurotičnog reagovanja na nepovoljne intrapsihičke i interpersonalne situacije (S. Freud, „prisilna ponavljanja reagovanja neurotičara“).

U genezi i dinamici neuroze značajne su, svakako, životne situacije u kojima realno, tj. objektivno osoba dolazi u tešku ili nepovoljnu psihološku ili/i socijalnu poziciju (manifestne situacije, npr. odbacivanja, osujećenja, gubitka voljenog objekta, itd.). Često su, međutim, jednako važne ili još važnije (!) životne situacije koje imaju samo simbolička značenja i koje time aktiviraju neurotični konflikt. Za razliku od manifestnih ovde govorimo o dinamičkim situacijama čiju osnovu ne čini stvarna, realna, objektivna dimenzija te situacije nego sam subjektivni doživljaj pacijenta, (tako, npr. neurotičar može doživjeti svoje raspoređivanje na novo radno mjesto kao odbacivanje okoline čak i onda kada, realno, za to nema nikakvog razloga).

Neuroze treba razlikovati od neurotičnih reakcija. I kod neurotičnih reakcija se radi o neurotičnom konfliktu sa manje ili više izraženim neurotičnim simptomima. U anamnezi se, međutim, ne nalaze podaci o ranoj neurotičnoj alteraciji ličnosti, nema izraženog kontinuiteta u neurotičnim ispoljavanjima, tj. ne postoji fiksiranost smetnji i ne ispoljava se od ranog razvojnog perioda tendencija ponavljanja obrazaca neurotičnog reagovanja.

I ova neurotična reagovanja se mogu fiksirati, pa na taj način i ona mogu uticati na izbor neurotičnih stilova življenja i ponašanja. U nepovoljnim životnim situacijama i okolnostima koje dugo traju, posebno u izrazito nepovoljnoj mikro- i makro-socijalnoj sredini, mogu se „neurotizovati“ osobe koje, inače, nemaju naročito izražen neurotični potencijal. „Neurotično“ se, u tim slučajevima, nalazi mnogo više u socijalnoj sredini nego u samoj ličnosti.

Teza K. Horneva o neurotičnom svijetu i vremenu (kao i Frommovo učenje o bolesnom društvu) počiva, zapravo, na iracionalnim, anksiozogenim i frustrirajućim činiocima kojih ima jako mnogo u savremenim društvima. Ova teza se može smatrati iskustveno potvrđenom. Njome se, međutim, ovaj problem može dovesti do potpune inverzije - u „neurotičnom“ socijalnom miljeu, racionalni, spontani i autentični, dakle, zdravi obrasci reagovanja i ponašanja mogu biti ocjenjivani kao neurotični. S druge strane, takav socijalni milje može izazvati progresivno i ekscesivno manifestovanje, inače primarno niskih, neurotičnih potencijala ličnosti.

Ove okolnosti zahtijevaju od ljekara, a posebno od psihologa i socijalnih radnika, da se u ocjenjivanju čovjekovog zdravlja i radne sposobnosti angažuju na nov i savremeniji način. Istinski savremena zdravstvena, odnosno psihijatrijska služba u svijetu i vremenu društvene krize globalnih, civilizacijskih razmjera sve teže pristaje da obavlja ulogu socijalnog tranquilizera i da služi „vraćanju u stroj“ ljudi sa psihičkim poremećajima. Ona se sve više okreće stvarnim ljudskim potrebama, njihovom otkrivanju i dijagnostikovanju kao i angažovanju drugih društvenih sektora da ovde pruže potrebnu podršku i pomoć.

I neuroze i neurotične reakcije mogu se ispoljiti istim kliničkim ispoljavanjima - simptomima i sindromima.

Neuroze i neurotične reakcije treba razlikovati od tzv. „psihosocijalnih problema" ili „problema življenja", rekli bismo od manifestacija nezdravlja, u kojima se mogu naći emocionalni poremećaji i trpljenje, pa i drugi psihički i somatski simptomi kao i poremećaji ponašanja kakvi se vide kod neuroza i neurotičnih reakcija. Simptomi mogu biti slični, pa i istovjetni. Ovde, međutim, nema neurotičnog intrapsihičkog konflikta.

U anamnezi se ne nalaze ponavljajuća neurotična reagovanja i relativno lako se otkriva jasna povezanost subjektivnih tegoba sa nepovoljnim životnim okolnostima i događajima. I intenzitet i trajanje tih tegoba su u razumljivom skladu sa činiocima koji su ih izazvali.

Osoba većinom sama prepoznaje ili, kroz komunikaciju sa ljekarom, uviđa povezanost svojih simptoma sa životnim okolnostima, odnosno događajima, (mada uvijek, ne obavezno i ne potpuno!). Često je, ipak, sklona da ih manjim ili većim dijelom objašnjava bolešću te stoga traži medicinsku dijagnostiku i tretman svoje, npr. glavobolje, nesanice, lošeg raspoloženja, „gubitka pamćenja", itd. Reč je o konverzivnoj ili depresivnoj (hipohondrijskoj) nadgradnji (osnovnih) tegoba što osobi može donositi primarne ili/i sekundarne dobiti (razne beneficije koje se stiču statusom bolesnika).

Statusom bolesnika obezbeđuje se pažnja i briga okoline, oslobađanje od određenih obaveza, itd.

I sekundarne dobiti su nesvjesne (kao i primarne), ostvaruju se nesvjesnim mehanizmima. U tome i jeste bitna razlika od simulacije gde se sve odigrava na svjesnom nivou. Svjesno se simulira bolest da bi se obezbedile beneficije.

Probleme svakodnevnog života treba razlikovati od neuroza i neurotičnih reakcija, pored ostalog, i zato što zahtijevaju drugačiji pristup, odnosno tretman. Ako takvog diferenciranog pristupa i tretmana nema (a to je najčešće slučaj u zdravstvenim službama), onda se ovi problemi življenja, dakle prevashodno društveni problemi, neopravdano medikalizuju, pa i

psihijatrizuju. Takvim postupkom ovim osobama ne obezbjeđuje se odgovarajuća pomoć i podrška onih koji su dužni i koji bi mogli mnogo više da pomognu. Te druge društvene snage (sektori i službe) ne mobilišu se i ne angažuju na odgovarajući način.

Prema simptomima koji dominiraju kliničkom slikom neuroze se dijele na različite potkategorije. Treba, međutim, reći da je ova podijela u mnogim slučajevima vrlo teška zbog mješovitih kliničkih slika (primjeri - anksiozno-depresivna, anksiozno-fobična stanja i dr.).

Anksiozna neuroza

Kliničkom slikom dominira anksioznost, to jest doživljaj unutrašnje napetosti, neodređene ugroženosti. Budući da se anksioznost (ona je ključni činioc psihičkog života) nalazi u korijenu svih neuroza i da je vrlo česta kod bolesnika, posvetićemo joj nešto više prostora.

Anksioznost je doživljaj veoma blizak, ali istovremeno i veoma različit od straha. Pacijenti svoja doživljavanja opisuju obično kao vrlo neprijatnu unutrašnju napetost, osjećanje strepnje odnosno neodređene ugroženosti, slutnju da će nešto strašno zadesiti njih i njihove najdraže. Ovaj nevezani, „slobodno lebdeći strah", obuhvata sadašnjost i odnosi se na budućnost. Posebno je neprijatan zato što mu je uzrok nepoznat (intrapsihički konflikt u nesvjesnom), nemoguće je organizovati racionalnu odbranu od njega. Nemoguće ga je izbjeći. Strah je osjećanje izazvano realno ugrožavajućim objektom, odnosno situacijom i spada u normalne ljudske emocionalne reakcije. Njegov uzrok je u spoljnjem svetu. Osoba zna čega se plaši, pa je u stanju da organizuje i adekvatnu odbranu.

Sa neurofiziološkog, odnosno psihofiziološkog stanovišta anksioznost se može objasniti poremećajem u funkcionisanju reverberacijskog sistema (retikularni aktivacijski sistem - kora). Retikularni aktivacijski sistem (RAS) je osnovni generator nespecifične psihičke energije koju prima, obrađuje, modifikuje i koči moždana kora. Pojednostavljeno: na visoku aktivaciju RAS, kakva se sreće u anksioznosti, kora odgovara povišenjem svoje sopstvene aktivnosti, što ima i svoj eiektrokortikalni izraz (povišen kortikalni tonus u EEG anksioznog pacijenta).

Ako moždana kora ne uspije da obradi i „amortizuje" previsoku nespecifičnu energiju RAS, dolazi do „odvođenja" te energije različitim kanalima. Uopšteno se može reći da se visokim kortikalnim tonusom, tj. aktivnošću, inhibira, a niskim i nedovoljnim dezinhibira (oslobađa)

„probijanje anksioznosti" u sferu drugih psihičkih funkcija, te dolazi do njihovog remećenja.

Poremećaji se ispoljavaju i u socijalnom ponašanju anksiozne osobe. Psihička energija koja stoji u osnovi fenomena anksioznosti može se usmjeriti i descendentnim kanalima, prema vegetativnim, odnosno somatskim sistemima na periferiji. Tako dolazi do somatizacije anksioznosti, tj. transformacije emocionalnih u fiziološke sadržaje. To se ostvaruje preko veza RAS - dijelovi limbičkog sistema (preko kojih se ostvaruje „jezik tijela") - diencefalno - hipofizama regija (preko koje se neurohumoralnim mehanizmima aktiviraju visceralni organi).

Somatizacija anksioznosti čini osnovu brojnih sindroma sa kojima se ljekar svakodnevno sreće u svojoj praksi (tzv. distonia neurovegetativa", „psihovegetativni" i „psiboendokrini sindrom", „psihosomatska reakcija"). Ona može predstavljati početnu fazu brojnih psihosomatskih bolesti.

Anksioznost može da se privremeno (obično parcijalno i simbolički) veže za neki objekt, odnosno situaciju, što dovodi do izvjesnog obično kratkotrajnog psihološkog olakšanja. Pacijentu se čini da je našao uzrok (mada iracionalan) svom strahu i on može da te objekte i situacije izbjegava. U pitanju je tzv. „fobično strukturisanje anksioznosti" koje ispoljava tendenciju čestog mijenjanja objekata i situacija za koje se anksioznost vezuje.

Fobično strukturisanu anksioznost treba razlikovati od fobične neuroze (pravih fobija), koja je čvrsto fiksirana i predstavlja dublji (jezgrovni) poremećaj. Anksioznost, kao vrlo neprijatan i ugrožavajući doživljaj, praćen bespomoćnošću, pomjera čovjekov afektivitet ka depresiji. Stoga se anksiozna stanja često kombinuju sa depresivnim reagovanjem.

Dijagnoza anksiozne neuroze se zasniva na prisustvu specifičnog, nejasnog, neodređenog, čudnog osjećanja straha na koji se pacijent žali, na vegetativnim smetnjama simpatikotoničkog tipa, na manje-više stalnoj psihomotoričkoj „uznemirenosti" koja je u direktnoj korelaciji sa intenzitetom straha odnosno doživljajem ugroženosti.

Glavobolje, „nesvjestice", osjećaj slabosti, „vrtoglavice", javljaju se kao izraz naprezanja, odnosno iscrpljenosti odgovarajućih fizioloških sistema, koji su stalno izloženi psihogenim mehanizmima aktivacije. U zavisnosti od individualnih karakteristika dominiraju nekad mehanizmi somatizacije, ili fobičnog odnosno konverzivnog strukturisanja anksioznosti, a nekad je u prvom planu poremećaj raspoloženja.

Za dijagnostiku je veoma značajno to da pacijenti ne moraju uvek da prepoznaju svoju sopstvenu anksioznost, koja se ispoljava samo vegetativnim i somatskim simptomima ili na neki drugi način. Ovi pacijenti su posebno uporni u traženju objašnjenja svojih tegoba koje obično vezuju za neko neotkriveno obolenje.

Hysteria (Histerična neuroza)

Obolenje opisano od Hipokrata i Galena. Naziv potiče od grčke riječi hystera (materica), odnosno vjerovanja da se javlja samo kod žena koje nemaju decu. Kasnije je primjećeno da se javlja i kod muškaraca, ali se pogrešno vjerovanje da je posljedica seksualne apstinencije zadržalo kod laika i do naših dana. Jedan od najčešćih oblika neuroze koji se ispoljava raznovrsnim tjelesnim i psihičkim simptomima.

Glavni intrapsihički mehanizmi koji dovodi do ove neuroze su konverzija i disocijacija, pa se histerične neuroze po njima dijele na:

- konverzivne, i
- disocijativne neuroze.

Konverzija je nesvjesni proces kojim se izbjegava anksioznost, pomoću koga se ona preobražava (konvertuje) u druge simptome.

Pod disocijacijom podrazumeva se razdvajanje pojedinih psihičkih funkcija, najčešće svijesti, od drugih psihičkih funkcija.

Konverzivni oblik histerične neuroze

U opisu anksiozne neuroze istaknuto je da anksioznost ima svoje puteve pražnjenja preko vegetativnog nervnog sistema što dovodi do tzv. „somatizacije anksioznosti". Ovde je, kod konverzivne neuroze u pitanju drugi mehanizam. Nagonske pulzije potisnute u nesvjesno nalaze put u svjesni dio ličnosti, prerusene u tjelesne simptome sa simboličkim značenjem u odnosu na potisnuti materijal. Svrha ove konverzije, tj. preobražavanja intrapsihičkog emocionalnog konflikta u simptome jeste održavanje potiskivanja. Na taj se način konflikt riješava privremeno i neadekvatno, ali bolesnik od toga ima koristi, jer anksioznost popušta ili nestaje (primarna dobit od bolesti). Sekundarne dobiti od bolesti doprinose održavanju simptoma. Jednom upotrebljeni obrasci konverzije teže da se ponavljaju.

Simptomi se kod konverzivne neuroze ispoljavaju u sferi motorike, senzibiliteta i pojedinih čula. To ne treba da čudi, jer i laici dobro znaju da snažna afektivna uzbuđenja mogu da dovedu do takvih poremećaja (čoveku su se „odsjekle noge", „oduzeo jezik", „oslijepio je kod očiju", „pao od zaprepašćenja", itd.).

Poremećaji motorike se ispoljavaju parezama, paralizama i kontrakturama, hiperkinezijama u vidu tremora glave, ekstremiteta i cijelog tijela, različitih tikova i horeiformnih pokreta, astazijom i abazijom, kao i poremećajima govora u vidu mucanja, afazije i mutizma.

Poremećaji senzibiliteta manifestuju se hipestezijama, anestezijama ili hiperestezijama i često su udruženi sa poremećajima motorike. Ispoljavaju se takođe i raznovrsnim bolovima. Sa strane čula javljaju se poremećaji u vidu histeričnog slijepila, tubarnog vida, gluhoće, itd. Karakteristično je da svi ovi simptomi postoje i pored toga što su neurološki i svi drugi nalazi normalni. Upadljivo je, takođe, i to da i kod „ozbiljnih" simptoma, ne postoji odgovarajuće emocionalno reagovanje pacijenta. Ipak, klasična slika indiferentnosti („la belle indiférence") danas je mnogo rijetka.

Gore opisani simptomi konverzivne neuroze sve se rijetko viđaju u „čistim" formama kako ih opisuje klasična psihijatrijska literatura. Tako se umjesto klasičnih astazija i abazija mnogo češće sreću žalbe nesigurnosti stajanja i pri hodu, pacijentov osjećaj da će pasti. Umjesto klasičnog histeričnog slijepila pacijenti se žale na nejasan vid, treperenje i titranje pred očima.

Mnogo rijetke se viđaju i klasični opisi histeričnih paraliza i poremećaja senzibiliteta u vidu anestezija koje ne odgovaraju zonama inervacije (anestetična zona u vidu rukavice, čarapa i

sl.). Ove promjene u ispoljavanju simptoma mogu se objasniti opštom kulturnom emancipacijom stanovništva i izmijenjenom prirodom socijalnih komunikacija i interakcija.

Najčešće konverzivne manifestacije u savremenoj praksi predstavljaju, u stvari, nesvesnu nadgradnju (superponiranje) motoričkih i mnogo češće senzitivnih smetnji na simptome neke osnovne organske bolesti.

Disocijativni oblik histerične neuroze

Osnovni mehanizam nastanka ovih poremećaja je potiskivanje i disocijacija. Za razliku od konverzivne neuroze, ovde ne dolazi do probijanja potisnutog materijala u svjesni dio ličnosti i njegovog pretvaranja u simptome, već do njegove disocijacije od svjesnog dijela ličnosti i kontrole volje. Ovako razdvojeni, potisnuti i za ego neprihvatljivi impulsi, „prerušeni“ u psihičke fenomene posebne vrste, iznenada prodiru u svjesni dio ličnosti i ovladaju njome.

Kod disocijativnog oblika histerične neuroze najizraženiji je simptom poremećaj svijesti (suženje svijesti, tzv. „histerično sumračno stanje“), koji je obično praćen selektivnom (psihogenom) amnezijom. Traumatska situacija koja prethodi razvoju ovog poremećaja svijesti zauzima značajno mjesto u doživljavanjima pacijenta u tom stanju i odražava se i u njegovom ponašanju.

Psihički fenomeni kod ovog disocijativnog oblika histerične neuroze ispoljavaju se kao amnezija, somnambulizam (mjesečarstvo), fuge, depersonalizacija, udvajanje ličnosti, automatsko ponašanje, Ganserov sindrom, odnosno histerična pseudodemencija.

Ovde spadaju i tzv. „veliki psihogeni napadi“, po pravilu psihogeno provocirani, koji se javljaju i pojačavaju u prisustvu drugih osoba. Pacijent pada, ali bira mjesto i ne povređuje se. Nema ugriza jezika ni umokranja. Često se ovi napadi sastoje iz raznih složenih izražajnih pokreta i gestova, plakanja, ponavljanja određenih reči i rečenica. Napad se može prekinuti jakim dražima (bol, hladna voda, neprijatan miris, itd.). Poslije ovih napada postoji nepotpuna amnezija.

Fobična neuroza

Prava fobična neuroza je vrlo rijetka. Kliničkom slikom dominira fobija, to jest patološki strah od određenih objekata ili situacija koje ne predstavljaju realnu opasnost. Pacijent je svjestan apsurdnosti tog svog strahovanja, ali ne može racionalno da ga obradi i savlada.

Nurotički konflikt u fobičnoj neurozi vezan je za nesvjesne, najdublje potisnute intrapsihičke doživljaje i sadržaje koji se vrlo teško eksplorišu. Vezivanja straha za određene objekte i situacije sama po sebi ne ukazuju na sadržaj konflikta, te i sam pacijent svoje strahove smatra sasvim iracionalnim. I pored tog uvida, strah je vrlo izražen i ne može se suzbiti racionalnim uticajima.

Da bi izbjegao doživljaj intenzivnog straha koji može da naraste do prave panike sa svim pratećim psihičkim i somatskim ispoljavanjima, fobičari razvijaju ponašanje izbjegavanja objekata i situacija koje izazivaju strah. Kada ipak dođe do kontakta sa određenim objektom ili kada se nađu u situaciji koja ih plaši, često pribjegavaju ponašanjima u vidu raznih rituala da bi spriječili pojavu straha i da bi ga suzbili kada se već javi. Ova ponašanja mogu da dovedu do olakšanja i izvjesnog rasterećenja, pa se uspostavlja neodoljiva potreba njihovog ponavljanja.

Kod izražene prave fobične neuroze, pacijent najveći dio svog ukupnog življenja organizuje oko svojih (iracionalnih) odbrana od svog (iracionalnog) straha. Osim svoje bliske povezanosti sa opsesivno-kompulsivnim neurozama, fobične neuroze su i po svojoj osnovi (intrapsihičkom konfliktu) i po svom djelovanju na raspoloženje, povezane i sa depresijama što treba imati u vidu kada se pristupa liječenju ovih pacijenata. Karakteristično je da taj svoj poremećaj raspoloženja pacijenti najčešće ne prepoznaju.

Fobije se obično klasifikuju prema objektima, odnosno situacijama koje ih izazivaju (agorafobija - strah od otvorenog prostora, klaustrofobija - strah od zatvorenog prostora, mizofobija - strah od prljavštine, itd.). U, inače, čestim kancerofobijama i socijalnim fobijama obično se radi o prolaznom fobičnom strukturisanju anksioznosti, tj. o prolaznom fiksiranju slobodno lebdećeg straha ili anksioznosti za strah od raka, odnosno ljudi.

Fobije treba razlikovati i od tzv. „fobičnih prisila“ (opsesija) gde iracionalan strah opsjeda osobu i kada nije u kontaktu sa određenim objektom odnosno kada se ne nalazi u određenoj situaciji (čim na to pomisli). Ove su fobične prisile obično praćene prisilnim radnjama koje donose kratkotrajno olakšanje. Kao i u svim nuklearnim neurozama, terapijski rezultati su skromni.

Fobični simptom često štiti pacijenta od dubljeg psihičkog ili/i socijalnog poremećaja, pa u tom smislu, u slučajevima kada nije moguće postići izliječenje, terapija se usmjerava na pružanje pomoći pacijentu da se stanja straha ublaže (medikamentima i psihoterapijom), da manje ili više ovlada svojim simptomom i da uprkos njegovog postojanja, organizuje življenje oko svojih zdravih potencijala.

Opsesivno-kompulsivna neuroza

U kliničkoj slici ove rijetke jezgrovne neuroze, koja je generički povezana sa fobičnom neurozom, vodeći simptom je osjećanje prisile kojoj se treba odupreti, da se sjeća nekog događaja, razmišlja o nečemu, da se izvede neka radnja, itd. Pacijent je svjestan besmislenosti ovih prisila, koje doživljava kao nešto iracionalno, ali istovremeno zna da potiču iz njegove sopstvene ličnosti (zna da mu nisu nametnute sa strane). On ne uspijeva da im se odupre, jer kod takvih pokušaja raste unutrašnja napetost tj. anksioznost do te mjere da postaje nepodnošljiva.

Kada se popusti prisilama i, recimo, izvede prisilna radnja, anksioznost se za kratko vrijeme gubi, a onda sve počinje ispočetka. Prisilne radnje mogu biti kvaziritualne, a njihova svrha je smanjenje anksioznosti (primjer - prisilno pranje ruku kao odbrana od zaraze). Ovaj oblik neuroze je izuzetno rezistentan na terapijske zahvate. Često je praćen i depresijom.

Depresivna neuroza

Po definiciji, oblik neuroze u čijoj kliničkoj slici dominira depresivni afekt, to jest patološko neraspoloženje. U svijesti pacijenta nema vidljivog razloga ovom neraspoloženju ili, ako takav razlog i postoji, neraspoloženje ga jako prevazilazi i po intenzitetu i po trajanju. Na osnovu ovog kriterijuma vrši se razgraničenje između normalne tuge, odnosno žalosti, i depresije koja može biti neurotična ili psihotična.

Normalna tuga odnosno žalost se ispoljava na sličan način kao i depresija, ali postoji njen vidljiv razlog. Ova normalna emocionalna reakcija je po svom intenzitetu u skladu sa događajem tj. uzrokom koji je izazvao. Ona je po svom trajanju samoograničena, vremenom njen intenzitet

slabi i ona zatim nestaje. Između tuge odnosno žalosti, s jedne, i depresije, s druge strane, postoje otprilike slični odnosi kao između normalnog straha, izazvanog nekom realnom opasnošću, i patološkog straha u vidu anksioznosti ili fobije. I pored toga, što ovaj kriterij za razgraničenje tuge odnosno žalosti i depresije izgleda jasan, treba reći da on nije uvijek pouzdan. Značaj traumatske situacije, gubitka, razočaranja, itd. strogo je individualan i zavisi od brojnih činilaca. Uz to, neurotički konflikt koji je u osnovi depresije, pacijentu ostaje nepoznat, pa on u traženju objašnjenja svoju depresiju može vezati za različite događaje, koje onda egzaminator ocjenjuje po principu „srazmjere" i „realiteta".

U kliničkoj slici depresivne neuroze ponekad se nađe i osjećanje bespomoćnosti i beznadežnosti koje je, inače, karakteristično za psihotične oblike depresije. U početku bolesti često postoji povećana razdražljivost uz povremena eksplozivna reagovanja kao i povlačenje, odnosno zatvaranje u sebe. Inicijativa bolesnika opada. Gube se ranija interesovanja i ne anticipiraju se uobičajena zadovoljstva. Psihički procesi ostaju uglavnom intaktni i pored manje ili veće psihomotorne usporenosti, koja može da se prevaziđe pojačanim naporom volje.

Bolesnik se osjeća preopterećenim iako pred njim stoje uobičajeni poslovi koje je uvijek bez većih teškoća obavljao. Zbog smetnji u koncentraciji slabi njegova efikasnost, a zbog opšteg psihičkog stanja, gubitka sigurnosti i samopouzdanja, sklon je izbjegavanju aktivnosti koje su povezane sa odgovornošću. Često se klinička slika ispoljava i somatskim simptomima koji su u prvom planu (gubitak apetita, usporena peristaltika, lako telesno zamaranje i slabljenje, itd.).

Ni razgraničenje depresivne neuroze od drugih oblika neuroza nije lako. Depresija je prateći simptom i anksiozne i fobične i opsesivno-prisilne neuroze, pa se u mnogim slučajevima vrlo teško procjenjuje šta dominira kliničkom slikom, odnosno koji je sindrom primaran.

Depresivnu neurozu treba razlikovati od drugih oblika depresija koje ne dosežu psihotični nivo. Kliničke slike identične ili vrlo slične depresivnoj neurozi vide se na početku razvoja primarnih endogenih depresija (manično-depresivna psihoza, involutivna melanholija), u njihovim abortivnim oblicima, kao i u fazi nepotpune remisije. U velikom broju slučajeva samo anamneza o ranijim fazama bolesti ili duže praćenje toka omogućava diferencijalnu dijagnostiku ovih psihičkih poremećaja. Slična je stvar i sa tzv. „sekundarnim depresijama" koje se javljaju u toku težih organskih oboljenja, i oštećenja koja onesposobljavaju čoveka za normalan život i rad ili koja ugrožavaju život. Postoji izražen rizik od suicida, pa o tome treba voditi računa.

Neurasthenia

Neurotični poremećaj koji se javlja poslije različitih somatskih bolesti, zbog fizičke i/ili psihičke iscrpljenosti, kao i uslijed dugotrajnog i ponavljajućeg djelovanja emocionalne traume. Karakteriše se fizičkim i psihičkim umorom i razdražljivošću („nervozna slabost“). Pored toga, postoji i obilje drugih tjelesnih i psihičkih simptoma: glavobolja i bolovi u raznim dijelovima tijela, otežana koncentracija, slabost pamćenja, subdepresivno i mrzovoljno raspoloženje, gubitak ranijih interesovanja, poremećaj sna, itd. Izraženi su i poremećaji sa strane vegetativnog nervnog sistema.

Neurasteniju treba razlikovati od tzv. „pseudoneurasteničnog sindroma“ koji se javlja kod organskih oštećenja CNS-a različite prirode (trauma, infekcija, intoksikacija, vaskularni i metabolički poremećaj).

Hipohondrija (Hipohondrična neuroza)

Poseban oblik neuroze u kome hipohondrijska strahovanja dominiraju kliničkom slikom. Pretjerana usredsređenost na sopstveno zdravlje dovodi do toga da pacijent uporno insistira na raznim pregledima i ispitivanjima. Kada dobije odgovor da je sa zdravljem sve u redu, on se obično za izvjesno kraće vreme osjeća dobro, ali se potom strahovanje opet javlja. Hipohondrijska strahovanja, kao dominantan klinički simptom, često prati i depresivno raspoloženje.

Hipohondrijska strahovanja sa pretjeranom zabrinutošću za sopstveno zdravlje u cjelini ili za integritet i funkcionisanje pojedinih organa i dijelova tijela, kao i za stanje sopstvenog razuma, sreću se i u kliničkim slikama brojnih drugih psihičkih poremećaja, pa i psihoza, gde se razvijaju prave hipohondrijske sumanute ideje često praćene i cenestopatskim halucinacijama (psihotična depresija, shizofrenija).

Traumatske neuroze

Ova, inače neprecizno definisana kategorija, obuhvata dva potpuno različita klinička sindroma (po etiologiji, genezi i dinamici). Na jednoj strani služi kao oznaka (sinonim) za subjektivni posttraumatski psihosindrom, odnosno posttraumatsku neurozu, gde se kao morboGENI agens

podrazumijeva mehanička trauma kranijuma odnosno mozga. S druge strane, ovde se uključuje i traumatska neuroza u dinamskom značenju ovog pojma tj. psihička reakcija na traumatski doživljaj, pa se kao morbogena agens uzima „psihička trauma“. U istu kategoriju se, po našem uvjerenju, neopravdano i svakako nedosljedno, uključuje i reakcija na stres koja predstavlja i u neurofiziološkom, neurohemijskom i kliničkom smislu zaseban entitet.

Stoga, za operacionalne svrhe, predlaže se slijedeća klasifikacija:

1. Subjektivni posttraumatski psihosindrom

2. Traumatska neuroza ili neurotična reakcija u užem smislu koja predstavlja individualan odgovor na životne situacije

koje za tu ličnost imaju posebnu emocionalnu vrijednost i značaj i koje se, stoga, ne mogu „objektivizirati“ traženjem sklada između „objektivne težine“ traumatskog doživljaja i pacijentove reakcije. Ta veza je, naime, nesvjesna, često simbolička i može se procjenjivati samo u kontekstu značenja koje ima za tu, posebnu ličnost. Pojednostavljeno, može se reći da se u slučajevima traumatske neuroze radi o aktiviranju i reaktiviranju individualnog potencijala za neurotični konflikt, o neurotičnoj dekompenzaciji odnosno neurotičnoj (iracionalnoj) elaboraciji situacije. Fenomenološki se ispoljava, u zavisnosti od tog potencijala, neurotičnim strahom ili anksioznošću, depresijom, konverzijom, somatizacijom, itd.

Najčešće životne situacije koje dovode do traumatske neuroze su situacije odvajanja, gubitka objekta (drage ili značajne osobe), osujećenja, odbacivanja, agresivnog ili destruktivnog stava i ponašanja druge osobe. Značajno je, međutim, da to mogu biti i fantazmatički ili preteći gubici voljenog objekta, kao i razočaranja, osujećenja, odbacivanja iste vrste (to jest koja se nisu stvarno desila).

3. Reakcija na stres podrazumeva neurofiziološki odnosno psihofiziološki odgovor na objektivno, iznenadno i intenzivno

ugrožavajuće djelovanje kome je čovek izložen (elementarne nepogode i katastrofe, saobraćajne nesreće, ugrožavajuće situacije u vanrednim stanjima, stanja vitalne ugroženosti bilo kojim spoljašnjim faktorom, itd.). Reakcija na stres je rezultat međuakcije stresogene draži, na jednoj, i individualnog odgovora, na drugoj strani. Ponekad se težište postavlja na stresogenu draž kao nezavisnu promjenjivu varijablu i pokušava standardizacija i objektivizacija djelovanja različitih stresova, a ponekad se, opet, težište pomjera na ličnost i njenu individualnu sklonost u pogledu kvaliteta i intenziteta odgovora.

Neurofiziološki, odnosno neuroendokrini supstrat u reakciji na stres je ekscesivna aktivacija suprarenalnog sistema što u ekstremnim slučajevima može da dovede do „nevjerovatnih“ bioatroličkih odgovora (klasično se npr. opisuju slučajevi da kosa postane sijeda za nekoliko sati).

Reakcije na stres su, po pravilu, stereotipne (stanja ekscesivnog straha) koje se vrlo često psihološkim mehanizmima tipičnim za masu (ogromna sugestivna snaga i transmisija) razvijaju u dramatična, dezorganizovana, iracionalna stanja poznata kao panika.