

NAUČNO DRUŠTVO SR BOSNE I HERCEGOVINE

RADOVI

KNJIGA XXIII

ODJELJENJE MEDICINSKIH NAUKA

Knjiga 10.

Urednik
NEDO ZEC,
redovni član Naučnog društva SR BiH



SARAJEVO
1964

NEDO ZEC

PSEUDOSHIZOFRENI SINDROM

(Primljeno na sjednici Odjeljenja medicinskih nauka održanoj 7. VII 1964. g.)

Još od vremena Kraepelina (1) i Bleulera (2) svi naponi u diferencijalnoj dijagnozi endogenih psihoza ostali su manje-više sterilni i u istim okvirima u koje su ih postavila ova dva velika psihijatra. Istom u najnovije doba učinjeni su pokušaji da se izdvoje izvjesne afektivne kliničke slike iz manično-depresivnog kruga, kao i da se izluče izvjesne paranoidne, katatone i hebefrene kliničke slike iz kruga shizofrenije.

U tom pogledu najprije je Meduna (3) 1945. godine pokušao da iz kruga shizofrenije izdvoji jednu posebnu grupu koju je on nazvao oneirofrenijom. Klinička slika oneirofrenije, prema Meduni, počinje akutno pomućenom svijesću i oneiroidno-zbunjenim stanjem u kome često iskrsavaju pojave derealizacije i depersonalizacije. Ova klinička slika, prema Meduni, ima, po pravilu, povoljnu prognozu i vrlo dobro reaguje na konvulzivnu terapiju. On je vjerovao da se u osnovi oneirofrenije nalaze izvjesni poremećaji metabolizma ugljikohidrata; međutim, drugi autori (Mayer-Gross) nisu mogli da utvrde ove njegove biohemijske nalaze.

U vezi s ovim Meduninim izlaganjima, želio bih da podsjetim da je Huglings Jackson još 1888. godine opisao »dremy states« i ukazao na to da izvjesni psihički simptomi mogu da nastanu kao posljedice patoloških promjena u ograničenim područjima mozga. Od toga vremena pa do naših dana, a naročito otkad je EEG uvedena kao dijagnostička metoda i otkad se u stručnoj literaturi udomaćila klinička slika »temporalne epilepsije«, objektivno je ustanovljeno da se kao posljedice fokalnih pražnjenja mozga mogu da jave mnogobrojni simptomi koje smo navikli da vidimo u slučajevima shizofrenije. Mnogi savremeni radovi na EEG-polju, naročito radovi Gibbsa i Lenoxa (5), Jaspiera i Penfilda (6), Mac Leana (7) i mnogih drugih, ukazali su nam na sav značaj temporalne epilepsije i istakli činjenice da je ona, prije svega, najčešći oblik konvulzivnih poremećaja uopšte, a, zatim, da su u ovoj grupi epileptičara najčešći interiktalni psihički poremećaji. Gibbs (8) je naročito podvukao činjenicu da ovi interiktalni psihički poremećaji mogu da budu raznoliki i da bolesnici mogu da ispoljavaju paranoidne, katatone, depresivne ili histerične kliničke slike.

Pond (9) je 1957. godine prvi opisao paranoidno-halucinatornu psihozu hroničnih epileptičara kao posebnu kliničku cjelinu. Svi njegovi bolesnici imali su napade temporalne epilepsije sa tipičnom austom i odgovarajućim EEG-nalazima. Samo u nekim slučajevima EEG-žarišta mogla su se ustanoviti istom specijalnim metodama, kada su EEG-ispitivanja izvođena u snu izazvanom barbituratima. Psihotična stanja su se javljala tek u slučaju kada je epilepsija godinama postojala i tek pošto su se veliki napadi već sasvim razrijedili. Sumanute ideje koje su se javljale, obično su kasnije sistematizovane, a slušne halucinacije često su imale prijeteći sadržaj. Sličnost ovih kliničkih slika sa paranoidnom shizofrenijom toliko je izrazita da su često i u psihijatrijskim centrima iskusni psihijatri ove bolesnike klasificirali kao shizofrenike.

Nedavno su Beard i Slater (10, 11) u svojoj studiji o shizofreniformnim psihozama u slučaju epilepsije, na osnovu ispitivanja svojih 69 bolesnika, mogli da potvrde Pondove nalaze i da izvrše klasifikaciju svojih epileptičara. U saglasnosti sa Pondom, autori su ustanovili da se kliničke slike ovih epileptičara razlikuju od slika tipične shizofrenije: afektivna rastočenost daleko je manje ispoljena i obično nastupa vrlo kasno, bolesnici su manje paranoidni i daleko kontaktibilniji, tako da bez teškoća mogu da se smjeste zajedno sa duševno zdravim bolesnicima.

Slična iskustva stekao je i Vitorović u Ljubljani posmatrajući 4 bolesnika sa temporalnom epilepsijom (12).

Najzad, u okviru izdvajanja posebnih kliničkih slika iz kruga shizofrenije, Hoch (13) je u Americi prvi ukazao 1949. godine na neurotične simptome koji se javljaju u ranim stadijima shizofrenije i pokušao da izdvoji specijalnu formu ovakvih poremećaja koju je on nazvao pseudoneurotičnom shizofrenijom.

U vezi s ovim raznim podjelama, mi smo na bazi kliničkih iskustava sa bolesnicima na našoj Klinici pokušali da iz široke oblasti shizofrenije izdvojimo izvjesne grupe bolesnika koji su pokazivali kliničke slike koje susrećemo u slučajevima prave shizofrenije, ali koje, i po svojoj patogenezi i po detaljnoj analizi svojih manifestacija, odudaraju od kliničkih slika prave shizofrenije. Stoga smo sve ove kliničke slike nazvali pseudoshizofrenim sindromom.

Etiologija ovog pseudoshizofrenog sindroma nije jedinstvena, niti se mogu ustanoviti uvijek izvjesni konstantni faktori koji bi bili karakteristični za nju.

Za razliku od prave shizofrenije koja, po pravilu, počinje polako i postepeno, pseudoshizofreni sindrom počinje obično naglo, iznenada, i često fudroajantnim razvojem.

Same kliničke slike su dosta šarolike i po mnogim crtama identične sa pojedinim oblicima shizofrenije.

Međutim, treba odmah naglasiti da je osnovna karakteristika svih kliničkih slika pseudoshizofrenog sindroma u tome da se one javljaju u hipnoidnim stanjima svijesti, za razliku od kliničkih slika prave shizofrenije koje se, po opštem pravilu, uvijek odigravaju u stanju bistre svijesti. U tome pogledu trebalo bi ispraviti izvjesna

gledanja po kojima i kad je riječ o pravoj shizofreniji postoje tobože hipnoidna stanja svijesti u nekim slučajevima hebefrenije i katatonije. Naprotiv, na osnovu naših dosadašnjih iskustava, sva ta hipnoidna stanja hebefrenije i katatonije pokazala su se, u stvari, kao pseudoshizofreni sindrom, dok su se bolesnici poslije pravog shizofrenog katatonog stanja sjećali svih pojedinosti koje su proživljavali za vrijeme stupora ili katatone uzbuđenosti.

Na ovaj osnovni simptom hipnoidnog stanja svijesti raznog stepena jačine mogu onda da se nadovezuju svi ostali simptomi. I ovdje možemo da razlikujemo primarne i sekundarne kliničke simptome. Primarni klinički simptomi su: poremećaji mišljenja, formalnog i sadržajnog, poremećaji emocionalne sfere i poremećaji senzomotorne i autonomne funkcije.

Najčešći simptomi koje smo susretali kod naših pacijenata bili su: poremećaji percepcije, slušne halucinacije, naročito prijetećeg i imperativnog sadržaja, kao i scenska halucinatorna doživljavanja; zatim, perseveracija, inkoherencija i disocijacija mišljenja, sa neologizmima, sažimanjem riječi i disociranim sentencijama, kao i sumanute ideje odnosa i progonjenja, dalje — bizarne visceralne senzacije, doživljaji identificirajuće paramnezije i doživljaji depersonalizacije, iznenadna afektivna stanja panike i predstojeće katastrofe, sumračna stanja svijesti, poremećaji ponašanja i amnestičke epizode.

Od 1958. pa do 1964. godine imali smo prilike da na našoj Klinici posmatramo 37 bolesnika u kojih smo sa sigurnošću mogli da ustanovimo pseudoshizofreni sindrom. Starost bolesnika u doba izbijanja pseudoshizofrenog sindroma kretala se od 17 do 53 godine. Po polu bilo je 25 muškaraca i 12 žena.

Sve bolesnike mogli smo do sada da svrstamo u tri osnovne grupe.

I

PSEUDOSCHIPHRENIA EPILEPTOIDES

Prvu grupu predstavljaju epileptoidni bolesnici. U ovu grupu spadaju u prvom redu hronični epileptičari u kojih se razvija hronična paranoidno-halucinatorna psihoza nakon niza godina trajanja epilepsije. Ali u ovu grupu spadaju i bolesnici koji prije psihotične faze nisu nikad imali manifestnih znakova epilepsije i koji su kao prepsihotične ličnosti bili sasvim normalni. Bilo ih je takvih u kojih se nije mogao ustanoviti nikakav poznati uzrok epilepsije, niti se u familijarnoj istoriji mogao otkriti neki hereditarni faktor.

Ipak, u većini slučajeva, u toku detaljnog ispitivanja, mogle su se ustanoviti kratkotrajne epizode zbunjenosti i hipnoidnih stanja svijesti. Ova hipnoidna stanja svijesti, međutim, bila su, po pravilu, lakog stepena, tako da su podsjećala na »dreamy states« i bolesnici su se sjećali šta su za to vrijeme doživljavali.

Početak psihotične faze, po pravilu, je iznenadan i nadovezuje se na prethodne epileptične napade ili poslije jedne neočekivane epizode lake zbunjenosti. Kada psihoza jednom izbije, onda traje nedjeljama i mjesecima i obično ne pokazuje spontanih remisija.

Za sve ove bolesnike karakteristične su promjene svijesti koje se najčešće javljaju u obliku »fausse reconnaissance«, a zatim kao doživljaji derealizacije i depersonalizacije. Pacijenti, nadalje, ispoljavaju sumanute ideje koje su sasvim slične shizofrenim: bolesnici navode da ih nepoznati ljudi stalno posmatraju, prate ih na svakom koraku, na njih utiču nevidljivim zracima, u kuće im ubacuju razne aparate za prisluškivanje i hipnotisanje, čitaju im misli i sl. Paranoidne ideje su im često obojene mistično-religioznim sadržajima, ponekad sa doživljajima apokaliptičnih katastrofa.

I halucinacije ovih bolesnika pokazuju shizofrene kvalitete: većinom su to auditivne halucinacije, mahom prijetjećeg i imperativnog karaktera, ali oni doživljavaju i halucinacije vida, mirisa i ukusa.

Na emocionalnom polju, međutim, ovi bolesnici ne pokazuju onu otuđenost i afektivnu pustoš kao pravi shizofrenici, nego, naprotiv, ispoljavaju uvijek izvjesnu toplinu i prisnost u odnosu prema okolini.

Ali u njih mogu da se jave iznenadna, paroksizmalna, stanja uzbuđenosti, kada postanu neobično razjareni, agresivni i u takvim stanjima vrše automutilacije, vrlo ozbiljne pokušaje samoubistva, ili napadaju okolinu i vrše svirepa ubistva. U ovakvim stanjima dvojica naših pacijenata ubila su svoju rođenu majku sjekirom, dvojica su skočila kroz zatvoreni prozor i nanijela sebi teške povrede, dok je jedna bolesnica sjekirom odsjekla sebi ruku u podlaktici. Katamnestički mogli smo da ustanovimo da se ova paroksizmalna stanja uzbuđenosti, po pravilu, javljaju zajedno sa prijetjećim ili imperativnim slušnim halucinacijama, koje se često miješaju sa vizuelnim halucinacijama iznakaženosti i strašnih nemani.

U prisebnim stanjima ovi bolesnici ispoljavaju ponekada i katatone crte: grimasiraju i vrše stereotipne pokrete, sjede ili stoje nepokretni i dugo zure u jednu tačku, povremeno se negativistički odupiru ili najednom, iznenada, izvrše neki impulzivni akt.

Za sve njih, najzad, karakteristično je da ličnost ne propada i ne otuđuje se, kao kod pravih shizofrenika.

Ova grupa obuhvata najveći broj bolesnika sa pseudoshizofrenim sindromom. Među ovim bolesnicima mogli smo da izdvojimo, kao prvu podgrupu, one bolesnike koji su godinama imali verifikirane epileptične napade i u kojih je, nakon niza godina, kada su se napadi već prorijedili, najednom nastupila psihotična faza.

Drugu podgrupu predstavljaju bolesnici u kojih je psihotična faza nastupila iznenada, nakon jednog kratkog hipnoidnog stanja sumračne svijesti, a u kojih smo mogli da ustanovimo jasne EEG-promjene u temporalnom režnju.

U treću podgrupu spadaju bolesnici u kojih smo EEG promjene zabilježili istom u vještačkom snu, ili nakon davanja subkonvulzivnih doza kardiazola, ili najzad, za vrijeme spavanja u prirodnom snu nastalom poslije neprospavane noći.

Najzad, četvrtu podgrupu predstavljaju bolesnici u kojih nismo zabilježili nikakvih promjena na EEG-snimcima, ali smo im na osnovu kliničke slike dali antiepileptična sredstva (tegretol, ospolot) i psihotična slika je potpuno iščezla.

Kao što se iz ovog kratkog prikaza vidi, ova grupa bolesnika, i po svojim kliničkim slikama i po EEG-nalazima, i po pozitivnom reagovanju na antiepileptičnu terapiju, predstavlja jednu zaobljenu cjelinu, tako da mi se čini da je možemo da izdvojimo iz shizofrenog kruga i s punim opravdanjem da joj damo ime

Pseudoschizophrenia epileptoides

Slučaj 1.

A. M. rođen 1932. godine, ljekar.

Na Klinici ležao od 6. maja do 31. jula 1958. godine.

Otpusna dijagnoza: Pseudoschizophrenia epileptica.

Porodična anamneza:

Oca ubile ustaše 1941. godine. Majka rodila dvoje djece. Nedostaju podaci o ličnosti oca, koji je ubijen kada je bolesniku bilo 9 godina. Jedan stric suđen kao kriminalac. Nedostaju podaci o ličnosti majke, za koju je bolesnik tvrdio da je kao ličnost bila veoma slična njemu.

Jedna tetka po ocu je hronični duševni bolesnik.

Lična anamneza:

Rodio se na vrijeme i rani psihosomatski razvoj bio je normalan. U djetinjstvu prebolio krzamak, veliki kašalj; za vrijeme rata — neko febrilno oboljenje, o kome ne zna ništa pobliže da kaže.

U III razredu gimnazije bolovao »na bubrežima«.

U toku služenja vojnog roka, bolovao jednu »gripu«. Tom prilikom nađena mu je hiperglikemija i šećer u mokraći. Poslije izlječenja osnovne bolesti, nivo šećera u krvi spao na normalu.

U vojsci je takođe izvršena tenzilektomija.

U V razredu gimnazije (kad mu je bilo 16 god.) pao je sa bicikla i bio dugo u besvjesnom stanju. Na auto-putu 1949. godine udario ga je poveći grumen zemlje u glavu, poslije čega je bio kratkotrajno u besvjesnom stanju. Nekoliko godina kasnije, na studijama, javljali su se povremeni znakovi glavobolje, »iz čista mira« i sa karakterom tupog bola najprije u potiljku, a zatim u čitavoj lobanji. Pored toga, s vremena na vrijeme, iznenadno su ga obuzimala, opet »iz čista mira«, stanja uznemirenosti; ipak — nešto češće kada je bio premoren. U snu 1—2 puta mjesečno javljali su se napadi noćnog straha, kada bi najprije pričao, a zatim zastrašeno skakao iz postelje dezorijentisan i nezvjeranog pogleda.

Odnos prema majci: Tvrdi da je imao vrlo mnogo sličnosti s majkom i da je težio da joj se što više približi, a nju kao ličnost i sve njene osobine smatrao je idealnim.

U odnosu prema bratu bio je surevnjiv i pokušao da ga kao ličnost istisne iz porodice, a da jedino sebe od muškaraca sačuva kao autoritet u kući.

Seksualni razvoj: Polno sazreo sa 15 godina. Onanisao je sve do 25 godine. Prvi snošaj — u VI razredu gimnazije, »sa prvom ljubavi«, godinu dana mlađom od sebe. Zatim duga apstinencija. Tek pred kraj studija, na Rijeci, sastao se s jednom mlađom ženom, ali

se pri tom »potpuno obrukao«. »Bio sam impotentan«. Međutim, kratko vrijeme poslije toga, sa jednom drugom, ali »znatno starijom ženom«, imao je redovne seksualne odnose. Za vrijeme službe u Armiji održavao je polne odnose samo sa starijim ženama.

Po oskudnim heteropodacima (od školskog druga) bolesnik je bio uvijek povučen, skroman, nesiguran, ali i druželjubiv i dosta omiljen u svojoj sredini.

Iz sadašnje bolesti

Za vrijeme službe u vojsci osjećao se, doduše, sputanim, ali ne i nesigurnim. Poslije demobilizacije »potpuno sam se izgubio«. Za vrijeme staža u Banjaluci, još prvih dana, osjećao se veoma nesigurnim, a povremeno ga je obuzimao i vrlo jak nemotivisan nemir. Uz to je naišla i nesanica, zatim ponovo strah, koji je bolesnik racionalizovao kao osjećanje odgovornosti zbog tekućih zadataka. To stanje se produbljivalo do te mjere da nije bio kadar da rješava ni najobičnije stvari profesionalne prirode. (Kad dežura, stalno obilazi bolesnike iz bojazni da neko ne umre.) Zatim se pojavila sumnja da ga neko uhodi i traga za njegovim greškama. Na kraju, osjećao se potpuno iscrpljenim i deset dana prestao da radi (nije uopšte dolazio u bolnicu).

Stanje po dolasku na Kliniku

Potpuno dezorijentisan u prostoru, vremenu i prema ličnostima. U cjelini preovlađuje slika delirantnog stanja sa vidnim i slušnim halucinacijama: sada je na Rijeci, ne zna koji je dan, ne prepoznaje ličnost oko sebe; stalno zagleda ruke i traži krv po njima; noćas je putovao, ali ga je negdje pregazio voz; plazi jezik, briše ga rukom i posmatra svoj dlan; u toku noći snivao je slijedeći san: »Imao je sjekiru u ruci i udario njom po nekoj glavi koja je ležala na panju. Udarac je ponovio 3 puta i potom se probudio«; čuje sirene brodova (Rijeka), zatim ih pokazuje kroz prozor. Osjeća se vrlo umornim i pospanim.

Katamnestički osvrt na ubistvo majke

Sjeća se dobro najvažnijih događaja u vezi sa samim ubistvom, ali ne i perifernih detalja. Od buđenja kritičnog dana, oko 4,45 sati, pa do oko 7 sati, intenzitet svijesti je oscilovao. Sjeća se da je ustao iz kreveta, dok je majka i dalje ležala. Zatim ju je pitao kako se osjeća (tog jutra ju je bolio zub), ali ne zna šta mu je ona odgovorila. Zatim se prisjeća da je pojeo 2—3 kekse i vratio se u postelju. Ne sjeća se kada je ponovo ustao iz postelje i obukao se. Međutim, opet se prisjeća da je oko 7 sati otišao u ostavu i izvadio sjekiru te na opisani način udario 3 puta majku po glavi, a četvrti put je udario nožem u predio srca. Ne sjeća se gdje je pronašao nož.

Posmatranje na Klinici

Svijest se potpuno razbistrila tek 12. maja 1958. godine, pošto je 6. dana bio podvrgnut terapiji luminalom. Istog dana ispoljava mazohističke tendencije: »Treba da me muče da bih osjetio nešto,

jer u ovom životu nisam ništa osjetio«. Zatim se javljaju konvencionalne ideje o potrebi kažnjavanja zločina, koje, međutim, nemaju veći psihopatološki značaj.

21. maja:

U ponovnom katamnestičkom osvrtu: »Šiknulo mi je u glavu, naglo, da ubijem majku. To mi je bilo potrebno zato što bih preko njenog uništenja uništio i samog sebe«.

Od 21. maja do 25. juna 1958. g. dobijao je samo neprobamat. Za to vrijeme dobio je nekoliko napada glavobolje koji su trajali po nekoliko minuta. Povremeno, spopadao ga je »nemir«, zbog čega bi odjednom morao da trči po hodniku.

Na Odjeljenju inače autističan, afektivno napet, ponekad — u razgovoru s ispitivačem — paratimično se smješka. I pored toga što je saopštavao misao da društvo treba da ga kazni za počinjeno djelo, nije se mogla zapaziti neka dublja depresija.

15. jula:

U periodu od posljednjeg dekurzusa imao je 2 napada paroksizmalnih bolova u predjelu želuca koji se šire u desnu polovinu grudnog koša. Oba napada trajala nekoliko sati.

29. jula:

U toku razgovora s jednim bolesnikom naglo osjetio vrtoглаvicu i omaglicu i istovremeno — da mu se sabesjednik naglo u perspektivi udaljuje.

U sintezi ovoga slučaja mora se podvući:

a) da je bolesnik bio uglavnom introvertovana, nesigurna, ali i afektivno očuvana ličnost;

b) poslije potresa mozga, koji je doživio 2 puta, kod njega su se najprije pojavile paroksizmalne epileptične glavobolje, a što je još važnije, nagla izbijanja nemotivisanog straha i uznemirenosti, koji su pokazivali tendenciju razvoja u pravcu porijemanja. Neposredno prije ubistva majke razvila se jedna pseudoshizofrena slika sa paranoidnim idejama progonjenja, afektivnom ambivalencijom i nekim drugim pseudoshizofrenim tegobama;

c) bolesnik je bio upadljivo priljubljen uz majku, što je — pored prevelike ljubavi u toku razvoja njegove ličnosti — vodilo i teškoj afektivnoj inverziji, tj. mržnji prema istom stvorenju; u cjelini, njegov odnos prema majci bio je izrazito ambivalentan i pokazivao upadljivu retardaciju dlate faze razvoja njegove ličnosti; u vezi s tim, jasno je zbog čega je bolesnik mogao da stupa u normalne seksualne veze samo sa partnerkama izrazito starijim od sebe (tzv. imago majke);

d) sam akt ubistva odigrao se, doduše, u uslovima teške ambivalencije u odnosu prema majci, stanje koje je godinama prethodilo i mučilo svog subjekta, ali je do samog ubistva došlo tek u teškom epileptičkom poremećaju svijesti i uz prisutnost izvanredno jakog epileptičkog intenziviranja već postojećeg pseudoshizofrenog afekta mržnje prema majci. Bez ovog poremećaja svijesti epileptične prirode, koji se, što je karakteristično, pojavio neposredno poslije bu-

denja i doveo do izvanrednog jačanja i razularenja afekta mržnje, što je već postojao, do samog čina ubistva, sigurno, ne bi došlo.

U cjelini sagledano, ovo je izrazit slučaj epileptičnog pražnjenja kod jedne neurotizovane ličnosti, koje je vremenom postepeno, dovelo do ispoljavanja jedne pseudoshizofrene slike, u kojoj se shizofrene kliničke slike povremeno smjenjuju sa epileptičkim pražnjenjima, u vidu paroksizmalnih glavobolja, vertiga, temporalnih fenomena. Vrlo je vjerovatno da je u najintenzivnijoj pseudoshizofrenoj slici, koja je prethodila samom činu ubistva i trajala nekoliko mjeseci, bilo i oscilovanja intenziteta svijesti, što međutim, klinički, nije bilo dovoljno uočiti.

Slučaj 2.

O. G.

Prvi boravak na Klinici od 29. maja do 8. jula 1954. godine.

Drugi boravak na Klinici od 29. marta do 24. maja 1962. godine.

Otpusna dijagnoza: *Pseudoschizophrenia epileptica*.

P o r o d i č n a a n a m n e z a :

Majka boluje od iste bolesti. Otac i brat umrli kao padavičari.

L i č n a a n a m n e z a :

Nedostaju podaci o najranijem psihosomatskom razvoju u djetinjstvu i ranoj mladosti.

Kao djevojka imala je nekakvih »živčanih tegoba«, zbog kojih joj je ljekar, navodno, zabranio bavljenje na suncu.

Sadašnja bolest

Prvi put se razboljela 1948. godine: iznenada je začutala, povukla se u sebe, zapustila svaki posao, žalila se na bolove u trbuhu i tvrdila da joj to dolazi od »guje«. Bila je autistična i nepovjerljiva. To stanje je trajalo 28 dana i iščezlo spontano sa pojavom menstruacije. Drugi put, 1954. god., dva i po mjeseca poslije porođaja: žalila se ponovo na trbuh, zapadala u psihomotorni nemir, busala se u grudi, zatim naglo postala mutistična, negativistična, veoma nepovjerljiva prema okolini, sa vjerovatnim slušnim i vidnim halucinacijama. Monologizirala je. Poslije 16 EKT otpuštena kao oporavljena.

Treći put prilikom prijema ispoljavala je slijedeću kliničku sliku:

Bolesnica je u katatoniformnom stuporu, mutistična, negativistična, široko otvorenih očiju, anksiozno vrlo napeta i vrlo odbojna u odnosu prema okolini. Kontakt se ne može uspostaviti. Ipak s vremenom na vrijeme, kad počne sama spontano da monologizira, može se uspostaviti neki kontakt, na nivou inkohherentnog mišljenja i u vezi sa svakidašnjim kućnim preokupacijama bolesnice. Pri tom djeluje konfuzno, ali i na izvjestan način ekstrovertovano.

Iz posmatranja na Klinici

Jedanaestog dana naglo skočila iz kreveta (bilo je jutro), sa uplašenim izrazom na licu i, vrlo uznemirena i unezvjerena, počela da užurbano hoda po sobi i hodniku. Pri tom govori nepovezano, praskavo, s izrazom mržnje i agresivnosti, o prugama, cestama, mužu itd.

12. aprila i dalje — u stanju psihomotornog nemira, s upadljivim oscilacijama svijesti, inkohherentnim mišljenjem, zbunjeno smetenim pokretima ponašanja. U toku terapije luminalom potpuno se sredila dvadeset prvog dana po dolasku na Kliniku.

Katamnestički osvrt

Potpuno amnestična za period katatoniformnog stupora i kasnijeg psihomotornog nemira. Poslije prohujale psihoze osjeća se umornom i ima glavobolje.

U ponašanju l j e p l j i v a. Naglašeno snishodljiva prema ljekarima i osoblju.

EEG-nalaz: u osnovnom crtežu ima dosta beta-aktivnosti, naročito ventralno i u odvodima ka verteksu, gdje su i amplitude brzih frekvencija povišene (luminal). U lijevoj temporalnoj regiji (prednja i srednja elektroda) vidi se 3—5 c/s-aktivnosti u vidu pojedinačnih talasa ili kraćih nizova. Sporih talasa ima i desno, ali u manjoj mjeri. Lakše temporalno usporeenje.

Nalaz je u skladu s uputnom dijagnozom: epilepsija.

Anamneza za period između prvog i drugog boravka na Klinici

Nekoliko mjeseci poslije prvog otpusta osjetila je iznenadnu jaku glavobolju, a nekoliko sati zatim zapala u teški psihomotorni nemir: bila je pomućene svijesti, vikala, psovala, osluškivala i izvi-rivala kroz prozor — imala vidne i slušne halucinacije, bila agresivna i paranoidna: »Eno ih, eno puno ljudi, idu ovamo, zapaliće kuću« i tome sl., tri dana kasnije naglo se bila izmijenila: postala autistična, odbijala hranu i jelo, gledala mračno i nepovjerljivo oko sebe, odbijala da jede i satima stajala u jednom uglu. Ovo stanje je trajalo oko desetak dana, poslije čega je u toku jedne noći potpuno došla sebi. Nije tada ništa pričala o svojim doživljavanjima i mužu se činilo kao da se ona toga ne sjeća. Slično stanje ponovilo se još dva puta u periodu između prvog i drugog boravka kod kuće.

Tjelesna konstrukcija: displastičan atletskopiknički tip, jakih muskula i kostiju, kratka vrata.

Premorbidna ličnost: primitivna, jednostavna, veoma snažne nagonsko-afektivne sfere, stenična, sa čestim provalama jakih afekata nešto dužeg trajanja.

Vrlo jasna katatoniformna slika sa negativizmom, mutizmom, kao i psihomotornim nemirom, inkohherentnim mišljenjem, paranoidnim interpretacijama okoline, vidnim i slušnim halucinacijama.

Psihoza se javljala uvijek paroksizmalno; trajala je najduže do mjesec dana. Uvijek je postojala amnezija.

EEG-nalaz govori u prilog epilepsije.

Slučaj 3.

M. J., 44 godine, udata, domaćica.

Prvi boravak: od 6. novembra 1961. do 20. marta 1962. godine.

Drugi boravak: od 13. juna 1963. do 10. juna 1964. godine.

Otpusna dijagnoza: Pseudoschizophrenia epileptica.

Porodična anamneza:

Majka boravila na ovoj Klinici dva puta, jednom 1946. i drugi put 1948. godine. Oba puta otpuštena sa dijagnozom schizophrenia. Od drugog otpusta do sada neupadljivog ponašanja, ali ima povremene jače glavobolje.

Dvije majčine sestre bile su umobolne, ali o njima nema katamnestičkih podataka.

Lična anamneza:

Normalan porođaj i neupadljiv psihosomatski razvoj u ranom djetinjstvu. Polno sazrela na vrijeme.

U mladosti, a i kasnije, u braku, afektivno komunikativna, druželjubiva.

1946. godine imala neko visoko febrilno oboljenje, koje je trajalo oko petnaest dana.

Sadašnja bolest:

U drugom braku (prvi muž joj poginuo) bilo je sve dobro do 1957. godine, kada joj je muž rekao da ima drugu ženu i sina s njom. Otada se počela gristi, a doživljavala je i lakše glavobolje. U to vrijeme — prvi napad nesvjestice: vertiginozna aura, s istovremenim elementarnim fotopsijama u vidu obojenih krugova; odmah zatim — besvjesno stanje, ali bez pada. Nekad poslije toga — san. Ovi napadi javljali su se najčešće u vezi sa psihogenim povodom i bili utoliko češći ukoliko su se odnosi s mužem zaoštravali.

U vrlo napetoj situaciji, kada ju je muž tjerao od kuće, razvila se pseudoschizofrena slika, sa nesanicom, ambivalencijom, senzitivno paranoidnim interpretacijama okoline, što je 1957. godine, na paroksizmalan način, zamijenilo slijedeće stanje: iznenadna jaka glavobolja, povraćanje, nesаница, uz istovremenu vrtoglavicu i fotopsije, zatim potpuni gubitak svijesti. Probudila se u tuzlanskoj Bolnici bez lijeve šake, koju je u sumračnom stanju svijesti odsjekla sjekirom. U toku četiri mjeseca oporavila se i vratila mužu. Otada ispoljava ponovo slijedeću sliku: stalan strah, bojazan da će je ubiti neki ljudi koje je potplatio njen muž; čuje glasove koji govore: »Budalu treba ubiti, nema suda za nju«; pobjegla je sestri i jedno vrijeme se smirila i dobro osjećala; zatim ponovo nailaze napadi nesvjestica, poslije njih — raniji strah: bojala se svih ljudi, jer su je svi čudno gledali

i činilo joj se kao da o njoj stalno govore; isto to čula je i sa radija. Postepeno je postajala depresivna, bježala od društva i povlačila se u sebe. Šumjelo joj je u ušima i stalno je osjećala strah.

Psihičko stanje prilikom prijema: depresivna.

Mnestičke funkcije: pamćenje i zapamćivanje oslabljeno.

U toku prvog posmatranja na Klinici

Podvrgnuta terapiji limunalom. Od 18 do 30. novembra 1961. g. afekt straha osciluje u svom intenzitetu. Od 5 do 12. decembra 1961. god. javljaju se povremene glavobolje sa stuživanjem i povraćanjem; 15. decembra — nesvjestica i omaglica sa glavoboljom i povraćanjem. Od 16 do 31. decembra 1961. god. depresivna, opširna u izlaganju, nametljiva, ima omaglice i nesvjestice. Nazire se tendencija paranoidnog doživljavanja okoline. Od 10 do 20. januara 1962. god.: povremeno jači nastupi straha s omaglicom i slabošću. Inače je stalno podvrgnuta terapiji antiepilepticima.

1. 3. 62.: misaoni tok usporen, u izlaganju opširna i gubi determinativnu tendenciju. Potpuno je orijentisana.

Za period između dva boravka na Klinici nedostaju anamnestički podaci.

Psihičko stanje prilikom drugog prijema

U jakom psihomotornom nemiru, jače pomućene svijesti. Osnovni afekt depresivan, sa jačom nijansom razjarenosti. Mišljenje inkohherentno i usporeno.

U odnosu prema okolini: autistična i podozriva, često agresivna. U mirnijim fazama: crte infantilnog protesta i nemoćnog revolta.

U toku drugog posmatranja na Klinici

24. 6. 63. g.: psihomotorno uznemirena, jače sužene svijesti, agresivna; zatim, poslije popuštanja nemira: autistična i depresivna; terapija: ospolot;

9. 7. 63. g.: nemir popustio; čutljiva, negativistična, snuždena, depresivnog izraza; na psihogeni povod razulari se i ruši sve oko sebe;

20. 7. 63. g.: turobno snuždenog izgleda;

29. 7. 63. g.: ne spava, monologizira, dublje depresivna, ponekad u stuporu;

9. 9. 63. g.: vrlo usporenog psihomotiliteta;

10. 10. 63. g.: zbunjeno smetena, autistična, monologizira isključuje se iz antiepileptične terapije;

23. 12. 63. g.: tendencija prema teatralnom ponašanju;

12. 3. 64. g.: monologizira; mišljenje inkohherentno.

Od 16. 4. do 3. 5. 64. g. dobila šest EKT, svijest se izbistrila; sada daje slijedeću katamnezu za period između dva boravka:

Kraće vrijeme osjećala se dobro. Ubrzo su naišle glavobolje, koje su bivale sve češće. Bila je kao u nekom polusnu, čula je glasove, od kojih su je jedni napadali, a drugi branili. Poriomanske tendencije: bjježala je od progonitelja. Sjeća se da su je poslije toga bjekstva hvatali, ali sve joj je to mutno. Afekt je bio stalno depresivan.

19. 5. 64. g.: EEG-nalaz: u osnovnom crtežu dominira 8—10 c/s srednje do visoke amplitude sa rijetko interponovanim 7 c/s-potencijalima. Neznatna redukcija amplituda pri otvaranju očiju. U temporalnim regijama vidi se u više navrata malo 5—7 c/s-aktivnosti, a desno parijetotemporalno niskovoltazni sharp waves.

Lako promjenljiv EEG. Promjene govore u prilog uputne dijagnoze.

a) Iz porodične anamneze: majka u dva navrata ležala na ovoj Klinici i otpuštena s dijagnozom schizofrenia. Od 1948. godine potpuno neupadljivog ponašanja, povremeno ima jače glavobolje. Dvije tetke, po majci, bile umobolne.

b) Lična anamneza:

Premorbidno neupadljiva ličnost.

Po konstituciji pretežno leptosomni tip.

Od 1957. godine, u početku — u uslovima afektivne napetosti — prvi paroksizmalni napadi, psihosenzorne aure, sa strahom i vertigom, elementarnim fotopsijama i gubitkom svijesti. Kasnije se razvija pseudoshizofreni sindrom sa slušnim halucinacijama prijetućeg karaktera, senzitivnoparanoidnom interpretacijom okoline, jakim anksioznim afektom, koji je kasnije nešto depresivan. Zatim se javlja iznenadno sumračno stanje, s automutilacijom (agresivnost prema sebi). U međuvremenu — povremeni napadi paroksizmalne glavobolje. Poslije kraće oporavljenosti nakon prvog otpusta, razvija se ponovo pseudoshizofrena slika: anksiozni afekt, slušne halucinacije, sumanute ideje progonjenosti, poriomanske pojave, sa zbunjeno smetenim stanjima svijesti. Drugi put primljena u stanju jakog psihomotornog nemira, pomućene svijesti, sa jarnosnim i depresivnim afektom, inkohherentnim mišljenjem i agresivnim ponašanjem. Kasnije se ispoljavalo i teatralno ponašanje, a intenzitet svijesti je stalno oscilovao.

U toku drugog boravka psihičko stanje se popravilo tek poslije šest EKT, pošto je prethodna terapija antiepilepticima bila bezuspješna. Karakteristično je da je bolesnica pokazivala i upadljiv autizam, negativizam, ali je pri tom bila uvijek afektivno topla. Postoji samo parcijalna amnezija za pseudoshizofreni period.

EEG-nalaz je govorio u prilog epilepsije.

U sintezi kliničke slike mora se najprije istaći da su se prvo javili epileptični napadi, čiju je etiopatogenezu vrlo teško objasniti. Poslije toga, razvila se pseudoshizofrena slika, u koju su se interpolovali pojedini epi-napadi psihosenzornog karaktera ili ekvivalenti u vidu paroksizmalnih glavobolja. Sumanuti sadržaji su u patoplastičnom smislu održavali konfliktnu situaciju bolesnice.

Premorbidno bolesnica nije imala ničeg epileptoidnog, već je, prema anamnezi, više odgovarala tipu toplog senzitivca.

II

PSEUDOSCHIZOPHRENIA NEUROTICA

Drugu grupu naših bolesnika predstavljaju neurotici koji, pored svojih osnovnih neurotskih simptoma, ispoljavaju jasnu kliničku sliku pseudoshizofrenog sindroma.

U ovoj grupi kao najupornije susrećemo, najprije, neurotike s opsesivnim simptomima, a zatim se kao lakši javljaju neurotici s fobijama, te anksioznim i histeričnim simptomima. Međutim, najčešće se svi ovi neurotski simptomi miješaju u jednog istog bolesnika, a onda se isprepliću sa pseudoshizofrenim sindromom.

Za cijelu ovu grupu naših neurotskih bolesnika karakteristično je da su oni svi, po pravilu, emocionalno neobično topli senzitivci sa veoma izgrađenom etičkom superstrukturom. Poslije izvjesnog perioda neurotskih manifestacija, jednog dana, kada napetost između etičke superstrukture i mogućnosti afirmacije u svakidašnjem životu dostigne vrhunac, obično naglo, izbije pseudoshizofreni sindrom sa poremećajima mišljenja, poremećajima emocionalne sfere i poremećajima sensorimotorne funkcije. Kako kod svih njih dolazi do konflikta između stroge etičke nadgradnje i primarnih životnih poriva ka afirmaciji, oni, po pravilu, taj konflikt doživljavaju kao svoju moralnu ili socijalnu propast. Stoga u cijeloj njihovoj pseudoshizofrenoj kliničkoj slici, pod uticajem ovog doživljavanja, dominiraju njihove sumanute ideje samooptuživanja (autoacusatio) i samosagrešenja, koje su naročito karakteristične za ovu grupu bolesnika i koje ih natjeruju na ozbiljne pokušaje samoubistva.

Ilustracije radi mogao bih spomenuti tri bolesnika iz ove grupe. Sva trojica doživljavali su subjektivno da im prijeti socijalna propast, i to jedan zbog istjerivanja iz Partije, drugi zbog nasilnog služenja u SS-trupama za vrijeme okupacije, a treći zbog smrti majke, uz koju je bio afektivno vezan, i istovremenog straha (od socijalne propasti) da neće moći da udovolji mnogobrojnim vrlo odgovornim dužnostima kojima je bio preopterećen. Dvije bolesnice iz ove grupe doživjele su subjektivno da im prijeti moralna propast, i to jedna zato što je imala prvi polni akt sa najbližim rođakom, a druga — što je seksualno iznevjerila muža sa njegovim najboljim prijateljem.

Pored ovog dominantnog simptoma, svi ostali poremećaji pokazuju paranoidne, katatone i hebefrene kliničke slike shizofrenije, samo što su ovi neurotski bolesnici emocionalno topli, kontaktibilni i često pokazuju posebnu priljubljenost uz ljekara, tako da su vrlo zahvalni za psihoterapiju.

Za razliku od epileptoidne grupe bolesnika, svi ovi neurotici pokazuju potpuno normalne EEG-nalaze. Po svojim osnovnim osobinama, međutim, oni se razlikuju i inače od bolesnika epileptoidne grupe. Naime, dok sva psihotična doživljavanja u epileptoidnom sindromu nose na sebi pečat nečega teškog i elementarnog, dotle u neurotskom pseudoshizofrenom sindromu sve to ima karakter izvjesne lakoće i fluidnosti, a ponekad i igre i izvjesnog stepena teatralnosti, naročito kod histeričnih neurotika.

Da li bismo iz ove grupe neurotičara sa pseudoshizofrenim sindromom mogli da izdvojimo i jednu posebnu podgrupu sa manično-depresivno obojenim crtama, ne bih mogao sa sigurnošću da tvrdim, s obzirom na činjenicu da je manično-depresivna psihoza u Jugoslavenu veoma rijetka. Ali moram da primijetim da smo u grupi naših neurotskih bolesnika susretali kliničke slike pseudoshizofrenog sindroma koje su bile vrlo depresivno obojene. Kako, međutim, ni između »endogenih« psihoza ne možemo uvijek da povučemo oštru granicu, nego susrećemo miješane oblike i prelivanja jednih stanja u druga, onda još manje možemo ta oštra razgraničenja da povučemo između neuroza. Ipak, sve te neurotske slike pseudoshizofrenog sindroma, po njihovim osnovnim osobinama, možemo da izdvojimo i iz epileptičnog i iz shizofrenog kruga i da ih svrstamo u jednu posebnu cjelinu: kao neurotski pseudoshizofreni sindrom kome bismo mogli da damo ime *Pseudoschizophrenia neurotica*

Slučaj 4.

E. N., 50 godina. Upućen je na Kliniku 28. januara 1963. godine sa dijagnozom: schizophrenia.

Porodična anamneza:

Roditelji umrli kada je bolesniku bilo preko trideset godina. Jedna bolesnikova sestra ležala u bolnici za duševne bolesti, navodno zbog shizofrenije. U majčinoj porodici bila su dva duševna bolesnika, a u očevoj jedan.

Lična anamneza:

Jako afektivno vezan za majku. Vaspitavan u religioznom duhu, kakav je ostao kroz čitav život. U periodu latencije bio je miran i povučen, a kasnije kroz život nije nikada imao prijatelja, ali je volio da čita. Na vrijeme je završio agronomski fakultet, a kasnije, na poslu, tražio apsolutnu pokornost potčinjenih. Uvijek je bio jako osjetljiv i nije mogao nikada da otrpi ni najmanju uvredu. Imao je seksualne odnose sa više žena, ali ni uz jednu nije bio afektivno vezan.

Od bolesti preležao je zauške i krzamak.

Za vrijeme rata je bolesnik bio nasilno u SS-jedinicama i, kako kaže, zbog toga je stalno imao grižu savjesti. Sadašnja bolest, zbog koje dolazi na Kliniku, izbioa je naglo, poslije jedne aluzije na njegovu prošlost, koja je potekla od jednog njegovog druga u preduzeću. Neposredno poslije te primjedbe svog druga, bolesnik je izvjesno vrijeme bio vrlo uzbuđen, a u nekoliko mahova nadošli su tako snažni talasi uzbuđenosti da bolesnik za izvjesno vrijeme nije znao šta se s njime dešava. Uporedo s tim kod bolesnika se razvijao sve intenzivniji strah, u početku od druga koji mu je uputio primjedbu, a kasnije se bojao i svih ljudi iz svoje okoline. Takođe su se kod bolesnika razvile prisilne misli da će učiniti nešto neprikladno, da će nekoga povrijediti, a isto tako — da će neko drugi njega povrijediti, uništiti, pa i otrovati. Osim toga, stalno su mu se nametale misli o bezvrijednosti života. Povremeno je čuo glasove i činilo mu se da on realno ne postoji ili, pak, da ne postoji realni svijet.

Stanje prilikom prijema na Kliniku

Status psychicus: Iako je izraz lica depresivan, ipak se poslije dužeg razgovora sa bolesnikom na njegovom licu zapaža afektivna toplina i neposrednost. Svi pokreti tijela su usporeni i bolesnik je lagano negativističan. Impuls za govor je smanjen. Ispravno je orijentisan u svim pravcima, ali postoji djelimična amnezija u odnosu prema događajima koji su se dešavali u fazama uzbuđenosti u početku bolesti. Izražene prisilne misli, kao i sumanute ideje odnosa i progonjenja boji se svih ljudi i misli da će ga neko ubiti, te da će on nekoga povrijediti; smatra da je život bezvrijedan. Osim toga, ispoljavaju se slušne i optičke halucinacije, o kojima bolesnik neće da govori. Afekat: anksiozan i depresivan. Povremeno, pojave de-realizacije i depersonalizacije.

Status praesens:

Internistički nalaz — normalan.

Neurološki nalaz — mišićna hiperrefleksija i pojačan dermografizam.

Laboratorijski i specijalistički pregledi:

Krvna slika, urin, serološke pretrage u krvi i urea — normalni.

Holesterol u krvi — 225 mg.

Posmatranje na Klinici

26. 2. 63. g.: Bolesnikovo psihičko stanje nije izmijenjeno. U posljednje vrijeme govori kako ga ljekari truju i odbija da uzima lijekove. Od danas je bolesnik počeo da prima insulin.

1. 4. 63. g.: Bolesnik zapada u komatozna stanja. Do sada je primao dvije EKT. Neposredno poslije primjene EKT, bolesnikovo psihičko stanje je počelo naglo da se poboljšava.

3. 5. 63. g.: Danas se bolesnik otpušta sa Klinike, jer su mu u međuvremenu iščezli svi psihopatološki simptomi.

23. 7. 63. g.: Danas je bolesnik primljen po drugi put na Kliniku sa potpuno ispoljenom afonijom. Poslije dužeg insistiranja na razgovoru, bolesnik je progovorio i prvo je izjavio da ga je kod kuće boljelo grlo i da nije mogao da jede. Uglavnom, kada je bolesnik progovorio, ponavljao je sve ranije psihopatološke simptome, ali su uz to postojale hipohondrične sumanute ideje: mislio je da nema krvi, da njegovo srce ne radi itd. Ovoga puta je kod bolesnika bio jako ispoljen strah od smrti.

1. 8. 63. g.: Jedna primljena EKT dovela je do naglog poboljšanja čitave kliničke slike. Bolesniku smo ordinirali i lyogen-tablete kao pomoćno sredstvo. Kantonuirano smo sprovodili intenzivnu suportivnu psihoterapiju.

25. 11. 63. g.: Bolesnikovo stanje se popravilo u tolikoj mjeri da su svi psihopatološki simptomi iščezli i bolesnik se otpušta sa Klinike.

Psihoza zbog koje je bolesnik primljen na kliničko liječenje izbila je naglo u hipnoidnom stanju svijesti, uz postojanje konseku-

tivne amnezije, kao posljedica sukoba između jake moralne superstrukture i kontinuirano ugroženih aspiracija na društvenu afirmaciju. Ova ugroženost i sputanost njegovih ambicija proizlazila je iz stalnog osjećanja griže savjesti što je bio u neprijateljskim formacijama. Bolesnik je počeo da zapada u hipnoidna stanja svijesti i u psihozu, koja je imala mnogo sličnosti sa shizofrenijom, u pseudo-shizofreniju, u momentu kada je njegov drug aludirao na njegovu prošlost, pojačavši na taj način već i onako ispoljen mehanizam samokažnjavanja kod bolesnika, odnosno dovodeći do nepodnošljivog pojačavanja sukoba između bolesnikove moralne nadgradnje i ambicija. Stoga je bilo vrlo lako uočiti povezanost između događaja koji su u bolesnikovom životu prethodili i fenomenologije psihoze, koja je, osim toga, sadržavala crte što su perzistirale premorbidno u bolesnikovom karakteru. Premorbidno, možemo reći — bolesnik je bio jako fiksiran uz majku i kasnije, kroz život, bio vrlo ljubomoran. Oduvijek je bio presavjesna, hipermoralna ličnost sa pojačanim ambicijama, ali uz istovremenu hipersenzitivnost i afektivnu toplinu u oblasti interpersonalnih odnosa.

Napominjemo da je ova afektivna toplina bila očuvana i u najkritičnijim fazama psihoze, koja je imala takve psihopatološke simptome da su vrlo brzo iščezli jer nisu ni bili duboko ukorijenjeni. Čak i sumanute depresivne ideje u ovom slučaju vrlo brzo su iščezle.

Primijenjena EKT dovela je vrlo brzo do iščezavanja i razbijanja povremenih hipnoidnih sumračnih stanja svijesti. Na taj način smo pripremili bolesnika za primjenu ostalih metoda liječenja. Pod uticajem intenzivne suportivne psihoterapije vrlo brzo su iščezli svi psihopatološki simptomi. Kao pomoćna sredstva primjenjivali smo insulin i lyogen.

Slučaj 5.

S. R. 50 godina.

P o r o d i č n a a n a m n e z a :

Otac alkoholičar, poginuo kada je bolesniku bilo 30 godina. Majka ležala u Bolnici za duševne bolesti. Kod nje su duševni poremećaji nastali kada su u toku prvog svjetskog rata 1914. godine pred njenim očima strijeljani svi članovi porodice. Jedan bolesnikov brat je srčani bolesnik.

L i č n a a n a m n e z a :

Pošto je njegova majka bila bolesna, othranila ga je tetka. Otac strog. Bolesnik je jako fiksiran uz oca, koji mu je u svemu služio kao uzor. Za vrijeme latencije, do puberteta, bio je uzorno dijete. U pubertetu postaje društven i ekstrovertovan, interesuje se za marksističke teorije.

Prekinuo studije prava i postao revolucionar. Oženio se iz ljubavi — ženom koju je mnogo volio, ali koja je poginula za vrijeme rata. Poslije rata se oženio drugi put, ali je taj brak razvrgnut zbog bolesnikovih brojnih preljuba. Zbog toga je 1951. godine bio isključen iz SK i istovremeno izgubio sve društvene položaje koje je do tada bio zauzimao. Oženio se treći put. U početku je bio vrlo ljubomoran, a kasnije je u ženu stekao povjerenje.

1944. godine bolesnik je preležao pjegavac, poslije čega je primijetio da mu slabi sposobnost pamćenja svježijih događaja. Duže vremena ima hemoroide. Intolerantan je prema alkoholnim pićima. Poslije konzumiranja i najmanje količine alkoholnih pića, nastaje amnezija za period opijenosti.

Sadašnja bolest

1951. godine, naglo, pošto je razriješen dužnosti, bolesnik je postao depresivan, razdražljiv i negativističan, a kada je u februaru o. g. dobio dužnost koja je bila daleko ispod njegovih ambicija, bolesnik je postao još razdražljiviji; najbezazlenije aluzije i šale nije mogao da otrpi, činilo mu se da ga svi ljudi posmatraju, da svi vide njegovu sramotu. U takvim momentima postajao je još depresivniji, sebi je stalno prebacivao počinjene greške i stalno razmišljao o svojoj moralnoj i materijalnoj propasti. U takvim stanjima očaja bolesnik je tri puta pokušao suicid: prvo rezanjem vena, a zatim stezanjem grla gajtanom i, konačno, skakanjem kroz prozor. U posljednja 2 mjeseca bolesnik se stalno žalio da ga neko prati, braneći se pri tome da je nevin.

Stanje prilikom prijema na Kliniku (23. 3. 1963. g):

Status psychicus: Izraz lica tužan, ali kada se sa bolesnikom nastoji uspostaviti kontakt, poslije dužeg razgovora, zapaza se u njemu afektivna toplina i neposrednost. Sve kretnje tijela su lagano usporene. Blago negativističan. Impuls za govor smanjen. Neispravno orijentisan u vremenu i prostoru. Postoji ispoljena amnezija u odnosu na period sadašnje bolesti, kao i vrijeme kada je pokušavao da počinii suicide. Ispoljene sumanute ideje grešnosti i proganjanja (svi ga ljudi čudno gledaju, o njemu razgovaraju i nastoje da ga upropaste!). Povremeno reterira od svojih sumanutih ideja, ali tvrdi da ima prisilne misli, protiv kojih se s mukom bori. Bolesnik tvrdi da mu se stalno nameće melodija: »Druže Tito, ljubičice bela«... Pri tome osjeća neku tjeskobu u grudima. Afekt je lagano depresivan. Ima slušne halucinacije, kada čuje glasove drugova, rukovodilaca. Obično su to imperativni glasovi, koji mu govore da će biti ubijen on i njegova žena.

Status praesens:

Internistički nalaz — na srcu: tonovi nešto oslabljeni.

EKG — sinusna tahikardija.

Neurološki nalaz — piknoatletske konstitucije.

Egzoftamus. Opšta hiperrefleksija. Dermografizam i tremor prstiju.

Laboratorijski i specijalistički nalazi:

Kraniogram u dva pravca — nalaz uredan. RTG-skopija: pulmo et cor-aorta umjereno dilatirana i sklerotična. Urin, krvna slika, hepatogram: nalaz uredan.

EEG-nalaz: prije dva i po mjeseca bolesnik je primio posljednje EKT. Nalaz: lako izmijenjen EEG. Vjerovatno, poslije EKT.

Posmatranje na Klinici

S obzirom na kliničku sliku, primijenili smo do sada 6 EKT. Zahvaljujući ovoj terapiji bolesnikovo opšte psihičko stanje se izmijenilo utoliko što je postao euforičniji i istovremeno kritičniji prema svojoj bolesti. Treba istaći činjenicu da bi poslije primjene EKT bolesnikovo psihičko stanje bivalo izmijenjeno tako da bi u toku od jednog dana dolazilo do vidnog poboljšanja čitave kliničke slike, a zatim bi, poslije toga, ponovo dolazilo do pogoršanja.

Sprovodimo intenzivnu sugestivnu psihoterapiju i nastojimo putem socijalne službe da adekvatno riješimo njegov socijalni položaj. Već petnaest dana bolesnik prima lyogen u minimalnim dozama. U posljednje vrijeme se njegovo stanje rapidno poboljšava: bolesnik je postao otvoreniji, s adekvatnim afektom, slušne halucinacije su iščezle, ali i dalje perzistira amnezija. Izuzev povremenih prisilnih misli, bolesnik ne ispoljava nikakve psihopatološke simptome.

9. 6. 63. g.: Već 15 dana bolesnik ne ispoljava nikakve psihopatološke simptome, s oduševljenjem priča o svojoj budućoj socijalnoj angažovanosti i planovima. Dok je na početku boravka na Klinici u njegovim crtežima preovladavala tamnozeleno boja, danas nalazimo sve vrste boja, i to umjerenog tona.

Psihoza zbog koje je bolesnik došao na Kliniku izbila je naglo u hipnoidnom stanju svijesti, uz konsektivnu amneziju, kao posljedica sukoba između jake moralne superstrukture i poraženih aspiracija na društvenu afirmaciju. Bolesnik je zapao u psihozu sličnu shizofreniji, u pseudoshizofreniju, u momentu kada je zbog promiskuiteta smijenjen sa visokog položaja, pa je stoga i sama psihoza ispoljavala fenomenologiju čije su veze sa događajima koji su prethodili u bolesnikovom životu bile lako uočljive. Fenomenologija je sadržavala crte koje su premorbidno perzistirale u bolesnikovom karakteru. Snažna identifikacija s ocem uticala je na formiranje bolesnikovog karaktera: hipermoralna, anankatična, skrupulozna i pretjerano ambiciozna priroda njegove ličnosti sadržavala je istovremeno jaku hipersenzitivnost, steničnost i afektivnu toplinu, koja je ostala očuvana i u najkritičnijim fazama bolesti. Bolesnik je u nekoliko mahova pokušao da izvrši samoubistvo, ali u odnosu na ove pokušaje postoji amnezija. Ističemo da u EEG ne postoje promjene koje bi govorele u prilog epilepsije ili neke organske bolesti. Pokušaji suicida su se dešavali u hipnoidnim stanjima svijesti, kada su i bolesnikova depresivna stanja bivala jača, odnosno kada su mehanizmi samokažnjavanja sa propratnim mehanizmima negacija bivali jači. Svi psihopatološki simptomi su bili površni i prolazni.

U početku liječenja primijenili smo EKT u cilju razbijanja i otklanjanja hipnoidnih stanja svijesti pa smo na taj način pripremili bolesnika za primjenu ostalih metoda liječenja, u prvom redu psihoterapija. Zahvaljujući adekvatnom rješavanju njegovog socijalnog položaja i pod uticajem intenzivne sugestivne psihoterapije došlo je do potpunog iščezavanja psihopatoloških simptoma.

Slučaj 6.

E. S., 18 godina.

Porodična anamneza:

Majka umrla od karcinoma kada je bolesnici bilo 8 godina.

Lična anamneza:

Bolesnica je imala normalan razvoj u djetinjstvu, sve do svoje 13. godine, kada je doživjela jak emocionalni šok jer je imala incestuozne seksualne doživljaje sa svojim rođakom. Već od toga momenta bolesnica je postala čutljiva, sklona eksplozivnim reakcijama i povremenim bezrazložnim depresijama. Ovakav početak seksualnog života, naime, ona je osjetila kao vrlo prljavu i nedoličnu stvar. Zbog toga se kod nje razvila griža savjesti. U posljednje vrijeme bolesnica voli samo da se izležava.

Prva menstruacija u trinaestoj godini.

Sadašnja bolest

1954. godine, kada je bolesnica bila zajedno sa svojim ocem na plaži, naglo je počela sadašnja bolest. Tamo je vidjela jednu ženu sa razorenim nosom i pomislila da je zaražena luesom. Pošto je u to vrijeme imala menzes, odjednom je povjerovala kako se i ona zarazila luesom, od ove bolesnice, putem menstrualne krvi. Poslije toga događaja ne može više da pamti, izgubila je svaki interes za rad i stalno razmišlja kako boluje od luesa. U to vrijeme je čitala kako se lues liječi živom pa je u tome cilju razbila kuglicu sa živom i, prethodno namjerno se ranivši, utrljala živu iz termometra u stvorenu ranu. Kada je kasnije pregledana krv, ustanovljeno je da su sve reakcije na lues bile negativne. Međutim, bolesnica je i dalje vjerovala da boluje od luesa i da je, u stvari, ona živa mogla dovesti do negativizacije seroloških reakcija, ali ne i do izlječenja luesa. To ju je stalno progonilo, pa je tražila kod osoba iz svoje okoline znakove luesa jer je vjerovala da ih je ona zarazila luesom, dok je za sebe mislila da joj se mozak od ove bolesti raspada.

Stanje prilikom prijema na Kliniku (27. 11. 1954. g.)

Status psychicus: Depresivnog izraza lica, na kome se zapaža, poslije dužeg razgovora, afektivna toplina i neposrednost. Ispravno je orijentisana u svim pravcima, ali postoje periodi amnestičnih smetnji na početku bolesti. Ispoljene su prisilne misli (misli da je zaražena luesom), uz depresivne sumanute ideje o grešnosti (ona je krivac što su i njeni ukućani zaraženi luesom), kao i sumanute hipohondrične ideje (mozak joj se raspada od luesa, krv joj je stala i sl.). Iako je osnovni afekt depresivan, iako postoje sumanute ideje depresivnog karaktera, stiče se utisak da bolesničina depresivnost i sumanute ideje nisu duboki i ukorijenjeni.

Status praesens: normalni internistički i neurološki nalazi.

Laboratorijski i specijalistički nalazi (2. 12)

Urin, krvna slika, SE., serološke reakcije u krvi — normalni.

RTG: srce je nešto loptasto, sa jako uvećanom lijevom komorom.

24. 12. 58. g.: Psihičko stanje nije nikoliko izmijenjeno.

28. 1. 59. g.: Danas je bolesnica otpuštena sa Klinike pošto je prošla kroz 33 insulinske kome. I dalje perzistiraju prisilna razmišljanja o zaraženosti luesom, ali u mnogo manjoj mjeri nego prilikom prijema.

22. 9. 59. g.: Danas je bolesnica po drugi put primljena na Kliniku. Prema podacima koje je dao otac, bolesnica se ponovo po izlasku sa Klinike izvjesno vrijeme ponašala neupadljivo, pa je čak započela i studije na Filozofskom fakultetu. Poslije posljednjeg ispita, otac je primijetio da je bolesnica postala čutljiva, zamišljena, sa pogledom bezizražajnim, potpuno nezainteresovana za spoljna zbivanja, ponovo je počela da priča kako je oboljela od luesa i pri tome je razgovarala sama sa sobom. Nije mogla da izdrži ni najmanji napor na poslu; stalno je bila na bolovanju. U posljednje vrijeme je govorila kako čuje glasove, čiji sadržaj neće da otkrije.

Psihički status prilikom drugog dolaska na Kliniku

Maniriranje i grimasiranje. Govori sporo, dubokim i promuklim glasom. Ima slušne halucinacije o kojima neće da govori. Ostali nalazi — kao i prilikom prvog boravka na Klinici.

19. 12. 59. g.: Poslije 42 insulinske kome, bolesničko stanje se utoliko popravilo što joj je ponašanje postalo skladnije i adekvatnije i što tvrdi da nema slušnih halucinacija.

20. 4. 60. g.: Bolesnica danas dolazi po treći put na Kliniku.

Prema podacima koje je dala rodbina, bolesnica je po izlasku sa Klinike bila vrlo promjenljivog raspoloženja. Pogoršali su se svi psihopatološki simptomi, i to u tolikoj mjeri da je bolesnica govorila da će se ubiti.

Psihički status prilikom trećeg dolaska na Kliniku

Maniriranje, grimasiranje, parcijalne amnezije u odnosu na kraće vremenske periode u samom početku bolesti. Sumanute ideje odnosa i uticaja (naznačene), zatim sumanute hipohondrijske ideje i sumanute ideje autoakuzacije. Pored svega toga, iako je ovoga puta njena klinička slika najteža, kod bolesnice u kontaktu sa ljekarom postoji očuvana afektivna toplina.

20. 7. 60. g.: EEG-nalaz normalan. Sprovodili smo intenzivnu suportivnu psihoterapiju, uz tofranil kao pomoćno sredstvo. Kod bolesnice je došlo do znatnog poboljšanja čitave kliničke slike. Otpuštena je sa predlogom da se i dalje izvodi psihoterapija u ambulantnoj praksi.

Prilikom bavljenja na Klinici bolesnica je ispoljavala objektivno kliničku sliku shizofrenije. Međutim, u toku dužeg posmatranja moglo se zapaziti da bolesnica ispoljava kliničku sliku pseudoshizofrenog neurotskog sindroma: psihoza je nastala naglo, kao posljedica jakih traumatskih incestuoznih doživljavanja, uz povremena jača

pogoršavanja kliničke slike. U početku psihoze postojale su periode jake uzbuđenosti; u odnosu na njih utvrđena je parcijalna amnezija (hipnoidna stanja svijesti). EEG-nalaz je bio normalan. Psihoza je nastala kao posljedica sukoba između jake moralne superstrukture i nagonско-afektivnih težnji. Lako uočljiva sadržajna povezanost fenomenologije i događaja koji su prethodili psihozi ukazuje na to da se, uz jaku bolesničinu hipersenzitivnost i uz uvijek očuvanu afektivnu toplinu, a uz površnost i pasažernost psihopatoloških simptoma, radi o pseudoshizofreniji. Doživjevši seksualne (incestuoze) odnose kao tešku traumu i prljavštinu, bolesnica je razvila jake mehanizme samokažnjavanja, kao i prisilna razmišljanja, iz čega su rezultirali depresivnost, hipohondrijske ideje i stereotipne misli o zaraženosti luesom. Na ovaj način je bolesnica nastojala da prljavštinu incesta zamijeni drugom prljavštinom, luesom. To samokažnjavanje je išlo i dalje: bolesnica je mislila da joj se raspada mozak (hipohondrijske sumanute ideje). Međutim, ističemo prolaznost ovih depresivnih stanja, kao i sumanutih hipohondričnih ideja, što se ne dešava u slučaju endogenih depresija. Osim toga, sve sumanute ideje ne predstavljaju ništa drugo do senzitivne interpretacije, čiji se korijeni nalaze u oblasti konfliktuoznih incestuoznih doživljavanja.

Bolesnici nismo bili u mogućnosti ordinirati EKT odmah u početku psihoze, pa smo joj ordinirali liječenje insulinskim komama, koje je dovodilo do neznatnih poboljšanja kliničke slike. Tek primjena intenzivne suportivne psihoterapije, uz pomoćno sredstvo tofranil, dovela je do vidnog poboljšanja čitave kliničke slike i do potpunog iščezavanja psihopatoloških simptoma. Kod bolesnice su ostale samo crte koje su i ranije postojale u njenom karakteru: anankastičnost, hipersenzitivnost i pedantnost.

III

PSEUDOSHIZOPHRENIA SYMPTOMATICA

Najzad, treću grupu predstavljaju bolesnici u kojih se pseudoshizofreni sindrom pojavio kao posljedica egzogenih faktora. U ovoj grupi najčešći su bolesnici sa posttraumatskim komplikacijama, no bez epileptičnih komponenata, a zatim postencefalitična, luetična, tifozna, intoksikaciona, ili tumorozna stanja.

U svim ovim slučajevima, pored odgovarajućih neurotskih simptoma, javljala se i klinička slika pseudoshizofrenog sindroma sa svim njegovim karakteristikama. Premorbidne ličnosti ovih bolesnika ponekada su pokazivale naznačene izvjesne shizoidne crte, ali bez izrazite introvertovanosti. EEG-nalazi ukazivali su ili na fokalne ili na difuzne promjene mozga. Dva posttraumatska bolesnika po svojim kliničkim slikama približavali su se grupi epileptoidnog pseudoshizofrenog sindroma, dok je jedan bolesnik sa postluetičnom neurasteničnom slikom ispoljavao više neurotski pseudoshizofreni sindrom, koji je potpuno iščezao zahvaljujući intenzivnoj antiluetičnoj terapiji.

Psihičke slike i ovih bolesnika razlikuju se od slika prave shizofrenije time što su svi ovi bolesnici u međuljudskim odnosima pristupačni i emocionalno topli, za razliku od pravih shizofrenika, koji su uvijek otuđeni i začaureni u sebe, što je vrlo značajno u diferencijalnoj dijagnozi.

Stoga mi se čini da i ovu grupu pseudoshizofrenog sindroma možemo da izdvojimo iz velikog kruga shizofrenije i da mu damo ime

Pseudoschizophrenia symptomatrica

Slučaj 7.

A. L., 19 godina, udata, domaćica, liječena na Neuropsihijatrijskoj klinici u Sarajevu od 11. 2. 58. do 4. 4. 1959. godine, kada je otpuštena u oporavljenom stanju.

Dijagnoza: Psychosis post partum. Pseudoshizofrena slika.

Pseudoschizophrenia symptomatrica.

Thrombophlebitis exr. inf. lat. sin. Status septicus.

P o r o d i č n a a n a m n e z a :

Otac bolesničim umro je od raka, kada su mu bile 73 godine. Bolesnici je tada bilo 18 godina. Majka je zdrava. Rodila dvoje žive i zdrave djece, nije mrtvo rađala niti pobacivala. Mlađi brat bolesničim je zdrav. U porodici nije bilo psihopatskih ličnosti, alkoholičara, niti duševnih bolesnika.

L i č n a a n a m n e z a :

Bolesnica je prvo dijete, na vrijeme rođena, prohodala i progovorila. Nije imala oboljenja ili poremećaja nervnog sistema u djetinjstvu. Od dječijih bolesti preboljela je samo krizamak, a kasnije i difteriju. Atmosfera u roditeljskoj kući za vrijeme njenog djetinjstva bila je harmonična. S obzirom na to da je majka radila, djecu je čuvala djevojka. U osnovnoj školi, u koju je pošla na vrijeme, bila je odličan đak, a kasnije, u gimnaziji, dobar. Ove godine je završila IV razred gimnazije. Menarhe u 13 godini, na što nije bila pripremljena. To je za nju predstavljalo psihičku traumu. Inače, menstruacije su bezbolne; traju po 7 dana.

Sa svojim sadašnjim mužem upoznala se prije godinu dana u Dubrovniku, u vrijeme kada je on tamo provodio svoj godišnji odmor. Počela je sa njim održavati polne kontakte i ostala u drugom stanju. U trećem mjesecu trudnoće ona mu je to saopštila, na što joj je on predložio da se vjenčaju. Ona je na to nerado pristala. S obzirom na to da nije mogla odmah živjeti sa mužem, odgodili su sporazumno početak zajedničkog života. Kada je muž dobio stan, što je bilo u šestom mjesecu njene trudnoće, ona nije htjela da dođe odmah da žive zajedno, pa je poslije toga muž sa njom prekinuo odnose.

Bolesnica je rodila 31. augusta 1958. godine. Za vrijeme porođaja, koji je bio dug i težak, izgubila je mnogo krvi.

Sadašnja bolest

Katamnestički: treći dan poslije porođaja počela ju je opsjedati misao da će umrijeti i neće imati ko paziti na njeno dijete. Čula je muške glasove da će umrijeti. Intenzivno je osjećala strah. Sjeća se,

ali mutno, kako je došla u Sarajevo i kada je primljena na Odjeljenje. Cijeli svijet joj je izgledao na neki način izmijenjen, iako su joj sećanja na taj period prilično mutna, nesređena i nepovezana.

Heteroanamneza (muž): Bolesnica se uznemirila treći dan po porođaju. Povremeno je bila uznemirena, nepovezano je govorila, a ponekad je satima ostajala mirna, zagledana u jednu tačku, ne odgovarajući na pitanja, gotovo potpuno nepomična. Govorila je za dijete koje je rodila da nije njeno.

Status psychicus u trenutku prijema:

Mirna; kontakt se sa njom ne može uspostaviti; defektno je orijentisana u sva tri pravca, pogleda koji bludi, kao u zanesenom stanju. Negativistična. Defecira i urinira gdje stigne. U toku prvih dana boravka na Klinici bolesnica je uglavnom negativistična, odbija hranu, ni s kim ne stupa u spontani kontakt. Povremeno se uznemiri, a tad je i agresivna prema okolini. Vještački se hrani. Ima se utisak da halucinira.

L: 12.800, SE: 30/65. Hemijski pregled krvi: cjelokupni proteini: 64,9 gr/l.

Alb: 35,3 gr/l. Glob: 29,6 gr/l.

Dijagnoza: Thrombophlebitis fem. sin.; febrilna (T 37,8). Th: teramicin, 4 × 2 draž. po 250 mgr. Tri dana poslije početka liječenja bolesnica je još uvijek subfebrilna.

Psihičko stanje nepromijenjeno. SE: 50/59.

Poslije dva dana sa bolesnicom je moguće uspostaviti kontakt, ali ispoljava nesistematizovane sumanut ideje odnosa, progonjenja samosagrešenja.

Produžava se liječenje antibioticima, infuzijom glukoze i vitaminima. Pet dana kasnije bolesnica je i dalje subfebrilna, defektno orijentisana u sva tri pravca, u zanesenom stanju, negativistična, ne stupa spontano u kontakt, defecira i maže se fecesom. Ispoljava afektivne sumanutosti o samosagrešenju — koje su nesistematizovane.

U toku dva mjeseca bolesnica je ispoljavala slijedeću psihičku sliku: dezorijentisana, u stanju poremećene svijesti, povremeno negativistična i stuporozna, povremeno uznemirena i agresivna vis-à-vis okoline. Sumanute afektivne ideje progonjenosti i samosagrešenja, koje su inkohherentne i nesistematizovane.

U tom periodu bila je stalno subfebrilna, sa kliničkim znacima puerperalnog tromboflebitisa lijeve noge i sa laboratorijskim nalazima koji govore u prilog opšte septičke infekcije.

U toku januara i februara 1959. godine bolesnica je postala komunikativnija: kontakt se sa njom mogao uspostaviti, ali je još uvijek zaplašena, povremeno negativistična, sumanute ideje se nisu mogle konstatovati. Septičnih lokalnih i opštih znakova nema. Ispoljava se jaka tjelesna slabost i anemija.

Prilikom otpuštanja bolesnica je potpuno ispravno orijentisana u sva tri pravca, uravnoteženog, iako nešto sniženog afektiviteta, bez sumanutosti, bez čulnih obmana. Sjećanja na psihotični period su nejasna i nepovezana, sjeća se samo da je bila jako uplašena, da je povremeno čula glasove (muške, iako nepoznate) koji su je optu-

živali i koji su joj prijetili, da je bila uvjerena da će umrijeti, da je mislila da dijete nije njeno.

Somatsko i psihičko stanje u momentu otpuštanja potpuno su normalni.

Bolesnica je primljena u psihotičnom stanju, sa defektnom orijentacijom, u hipnoidnom stanju svijesti, sa nesistematizovanim sumanutostima, sa halucinatornim doživljavanjima, sa afektom straha, a na somatskom planu: sa znacima lokalne i opšte septične infekcije.

Za vrijeme boravka na Klinici liječena je antibioticima, vitaminima i neuroplegicima. Poslije iščezavanja septičnih znakova (lokalnih i opštih), psihičko stanje bolesničinu počelo se popravljati, i jedan po jedan psihotični simptom je nestajao.

Prilikom otpuštanja ne ispoljava psihotičnih znakova niti simptoma, niti promjena ličnosti.

Slučaj 8.

O. N., 20 godina, udata, domaćica; liječena je na Neuropsihijatrijskoj klinici u Sarajevu od 16. 8. do 12. 10 1959. godine.

Dijagnoza: Psychosis post partum. Cystopyelitis. Pseudoschizophrenia symptomaticea.

P o r o d i č n a a n a m n e z a :

Roditelji su živi, otac je alkoholičar, majka je zdrava.

Majka rodila 9 djece; nije mrtvo rađala ili pobacivala.

Majka je poslije bolesničinog rođenja bila izvjesno vrijeme psihotična. Braća i sestre, koji su živi, zdravi su. Jedna tetka po ocu izvršila je samoubistvo vješanjem. Jedan ujak je alkoholičar.

L i č n a a n a m n e z a :

Bolesnica je peto dijete, porođaj je bio normalan. Do desete godine imala je enuresis nocturna. Zbog toga što je majka bila psihotična poslije bolesničinog porođaja, othranila ju je očeva sestra vještački. Atmosfera u porodici zbog očeva alkoholizma i osiromašenja porodice poslije rata bila je dosta teška. U osnovnoj školi, u koju je pošla na vrijeme, bila je odličan đak, a sa dobrim uspjehom je završila i 5 razreda gimnazije, kada je školovanje prekinula na insistiranje oca, kome je trebala radna snaga. Sve do udaje radila je zajedno s ocem u mesarskoj radnji.

Menarche na 16. godini, pripremljena. Menstruacije su uvijek bile neuredne, često su zakašnjavale.

Udala se prije godinu dana za čovjeka starijeg 13 godina, navodno iz ljubavi, ali protiv volje porodice. Navodno je muž jako dobar sa njom, ali se ponekada napije. Bolesnica je prije nekoliko sedmica rodila zdravo muško dijete.

Sadašnja bolest (katamnestički)

Na putu, poslije porođaja, bolesnici se učinilo da joj je dijete mrtvo. Plašila se da će je neko ubiti, ali u početku nije znala ko bi to mogao biti; mislila je da bi to mogao biti njen otac. Ljude je druk-

čije doživljavala, izgledali su joj nekako promijenjeni, krupniji i »debeli u obrazima«. Činilo joj se da joj neki nepoznati glasovi govore o tome kako će je ubiti i njeno dijete baciti u vodu.

Prilikom prijema bolesnica je uznemirena, u hipomaničnom raspoloženju, nepovezano pjeva, bolje reći, pjevajući govori, ali agresivna je vis-à-vis okoline. Negira postojanje djeteta i porođaj, i čudi se odakle joj mlijeko u prsima. Neorijentisana je i u prostoru i u vremenu, i prema ličnostima, tako da neke od bolesnica na Odjeljenju naziva imenima svojih poznanica i prijateljica. Nadugačko, nepovezano, monologizira.

S o m a t s k i n a l a z: subfebrilna (T: 37,8); L: 12.000; SE: 30/55. Th: antibiotici, vitamini. Transfuzija. Urin: alb ++, mnogo leukocita.

U toku slijedeća 4 dana bolesnica je bila subfebrilna ili febrilna (T 38—39), SE je bila povišena. Na psihičkom planu bila je dezorijentisana, ali je orijentacija povremeno bila ispravna; u hipnoidnom je stanju. Formiranih sumanutosti nije bilo, nego samo paranoidno nastrojenje u odnosu prema okolini.

Afektivitet je bio topao i dobro definisan, često hipomaničan. Česte su bile deluzije i halucinatorna doživljavanja, mahom slušna.

Pored antibiotika primijenjena je i EKT (ukupno 5 elektrokonvulzija).

Somatski simptomi su iščezli poslije 7 dana, a paralelno sa tim počela se popravljati i psihična slika. Bolesnica se najprije smirila, svijest je postala bistrija, halucinatornih doživljavanja nije bilo, ali je ostalo sumanuto nastrojenje sa paranoidnim interpretacijama. 15 dana poslije početka bolesti psihična slika je gotovo sasvim nestala; bolesnica je ispravno orijentisana, mirna, afektivno uravnotežena i adekvatna, sa kritičkim pogledom na protekli period, ali sa nešto nejasnim insularnim sjećanjem.

Nastavljeno je liječenje neuroplegicima u malim dozama (100 mgr largacitila dnevno).

Poslije 20 dana bolesnica je otpuštena kao izliječena, bez znakova psihičnih simptoma, u potpuno urednom somatskom stanju, bez ikakvih sekvela.

Izdvajanje bolesnika sa pseudoshizofrenim sindromom iz velikog kruga shizofrenije ima svoj i praktični i teoretski značaj i smisao.

Praktično — liječenje svih ovih bolesnika sa pseudoshizofrenim sindromom, po pravilu, počinjemo sa EKT, pri čemu dajemo 3—5 elektrokonvulzija, dok se bolesnik izvuče iz hipnoidnog stanja, čime u stvari hipoksična stanja mozga prevodimo u hiperoksična.

Poslije toga, prvu grupu epileptoidnih bolesnika nastavljamo uspješno da liječimo intenzivnom i sistematskom antiepileptičnom terapijom, u zamjenu za glomazne procedure liječenja shizofrenije, jer te procedure, uostalom, ovdje i nemaju efekta. U liječenju ove vrste bolesnika mi smo najbolje rezultate postigli kombinacijom hidantoinskih preparata s ospolotom, a u najnovije doba najefikasniji nam se pokazao preparat tegretol firme Geigy, koji, prema našem iskustvu, od svih antiepileptičnih sredstava ima najjače psihotropno djeystvo.

U drugoj grupi neurotskih bolesnika liječenje nastavljamo sistematskom psihoterapijom putem detaljnih eksploracija i persvazija, kao i davanje liogena, koji nam se pokazao kao najefikasniji medikament u liječenju ove grupe bolesnika.

Najzad, u trećoj grupi bolesnika sa simptomatskim pseudoshizofrenim sindromom moramo i terapiju da prilagodimo osnovnim etiološkim faktorima. U tom pogledu naročito su nam terapijski bili zahvalni bolesnici sa luetičnom etiopatogenezom, kod kojih je pseudoshizofreni sindrom potpuno iščezao nakon sprovedene intenzivne antiluetične kure. Isto tako, puni efekt je postignut u febrilnim stanjima pod uticajem intenzivne terapije antibioticima (vidi sl. 7. i 8).

U praktičnom pogledu, nadalje, uočavajući jasno osnovne karakteristike pseudoshizofrenog sindroma, mi stičemo mogućnost da sve veći broj bolesnika izdvojimo iz velikog kruga shizofrenije i da im pružimo odgovarajuću efikasnu terapiju, a da taj veliki krug svedemo na pravi broj idiopatskih shizofrenija. Na tom svom putu moraćemo neminovno da revidiramo ili ponovo razvrstamo mnoge ranije slučajeve shizofrenije na mahove (Schubschizophrenie), mnoga katatona i paranoidna stanja, isto kao i oneirofrenije i sve agresivne, suicidalne, automutilacione i homicidne oblike shizofrenije.

Teoretski nije jasno kako nastaje ovaj pseudoshizofreni sindrom i svako objašnjenje nosilo bi u sebi, neminovno, izvjesni spekulativni karakter. Polazeći ipak od činjenice da se u svim slučajevima pseudoshizofrenog sindroma javlja kao osnovni simptom hipnoidno, a ne tipično sumračno stanje svijesti epileptičara, čini mi se da nas to upućuje da tražimo rješenje u nekim prelaznim oblicima svijesti u kojima mogu da iskrsnu shizofreni simptomi tranzitornog karaktera.

U pokušaju objašnjenja ovog sindroma možda bi se moglo poći od činjenice da je epilepsija filogenetski starija od čovjeka, jer se javlja i kod životinja, a shizofrenija je čisto ljudski fenomen, koji se javlja samo kod Homo sapiensa, a ni kod jednog našeg predšasnika nije do sada zapažen. Dalje, epilepsija kao filogenetski starija pojava razvija se filogenetski starijim, alokortikalnim, dok se shizofrenija odvija filogenetski mladim, izokortikalnim, putevima i mehanizmima. U vezi s tim mi znamo da se impulsi iz retikularne formacije i zadnjeg hipotalamusa računaju u dva smjera i jednim putem, preko nucleus amygdalae, idu u temporalni režanj, koji pripada allocortexu, a drugim putem, preko dorzomedijalne jezgre talamusa, idu u izokorteks, a naročito u najmlađe formacije frontalnog režnja. Prema tome, možemo pretpostaviti da je i razvoj svijesti išao ovim putevima, pa su se tako niža i hipnoidna stanja svijesti kretala alokortikalnim putem, a viša i najviša stanja svijesti probijala su se izokortikalnim putem. Sa razvojem strijatuma i kore velikog mozga izgrađivala se sve više sposobnost inhibicije, filtriranja i sređivanja svih impulsa koji su dolazili iz dubljih formacija, a s tim u vezi sve više se usklađivao psihički život čovjeka. Na ovom putu razvoja svijesti razvili su se, vjerovatno, i prelazni oblici svijesti sa raznim stepenima bistrine kao pojedine etape u filogenetskoj evoluciji. U slučajevima astenizacije ili nedovoljne zrelosti kore velikog mozga

možemo da pretpostavimo da impulsi naviru putem talamusa u izokorteks u pojačanoj mjeri, a kako je u ovom slučaju sposobnost inhibicije i filtracije korteksa oslabljena, to dolazi do poremećaja ravnoteže i prije usklađivanja psihičkih funkcija javljaju se shizofreni mehanizmi. U slučajevima manjeg stepena astenizacije korteksa i relativno očuvane sposobnosti filtracije (npr. u stanjima hipoksije) dolazi do pada na niže, hipnoidne mehanizme i do nastajanja pseudoshizofrenog sindroma. Prema tome je pseudoshizofreni sindrom klinička slika prelaznih stanja svijesti, kada se svijest probijala iz alokorteksa u izokorteks i tako prolazila kroz pojedine etape evolucije. Ukratko, epilepsija se odigrava u alokorteksu, shizofrenija u izokorteksu, a pseudoshizofreni sindrom predstavlja prelazna stanja od epilepsije, preko neuroza, do shizofrenije.

Fiziološki, možda, ovaj tok razvoja svijesti možemo sebi da predstavimo na analogan način kao kada se budimo iz neobično dubokog sna. Pri tome buđenju, u jednom trenutku, nalazimo se u takvom stanju budnosti kada ne možemo da razlikujemo slike sna od pojava stvarnosti, nego ih halucinatorno brkamo, te smo skloni da na sumanut način interpretiramo sve što se sa nama događa. To stanje ošamućenosti produžava se u raznim oblicima dok sa punom funkcijom kore velikoga mozga ne nastupi najviši stepen bistrine svijesti. I tada smo istom potpuno svjesni situacije.

Ovo je, naravno, samo jedna od mogućih hipoteza, jedno od teoretskih objašnjenja, nastajanja pseudoshizofrenog sindroma, i ja sam svjestan koliko je spekulativna i relativna njena vrijednost, ali ova slika se meni stalno nametala kada sam posmatrao naše bolesnike i kada sam htio nekako da objasnim ova njihova stanja.

ZAKLJUČAK

Autor je iz široke grupe »shizofrenije« izdvojio izvjesne grupe bolesnika koji su pokazivali kliničke slike koje susrećemo u slučaju prave shizofrenije, ali koje, i po svojoj patogenezi i po detaljnoj analizi svojih manifestacija, odudaraju od kliničkih slika prave shizofrenije.

Sve ove kliničke slike autor naziva pseudoshizofrenim sindromom. Osnovna je karakteristika svih ovih slika da se one javljaju u hipnoidnim stanjima svijesti, za razliku od kliničkih slika prave shizofrenije, koje se, po opštem pravilu, uvijek odigravaju u stanju bistrine svijesti.

Sve bolesnike sa pseudoshizofrenim sindromom autor je svrstao u tri osnovne grupe.

Prvu grupu predstavljaju epileptoidni bolesnici (*pseudoschizophrenia epileptoides*). Iz ovih se izdvajaju:

- a) podgrupa sa verifikiranim epi- napadima,
- b) podgrupa sa EEG-promjenama u temporalnom režnju,
- c) podgrupa sa EEG-promjenama u vještačkom snu i

d) podgrupa bez epi-simptoma, ali čija je psihička slika iščezla pod uticajem antiepileptične terapije.

Drugu grupu predstavljaju neurotici sa jasnom kliničkom slikom pseudoshizofrenog sindroma (*pseudoschizophrenia neurotica*).

Svi bolesnici ove grupe su emocionalno topli senzitivci sa veoma izgrađenom etičkom superstruktururom i kod svih se akutna psihotična slika javlja, po pravilu, uslijed konflikta stroge etičke sfere i primarnih životnih poriva.

Treću grupu predstavljaju bolesnici u kojih se pseudoshizofreni sindrom pojavio kao posljedica raznih egzogenih i endogenih faktora (*pseudoschizophrenia symptomatrica*).

NEDO ZEC

LE SYNDROME PSEUDOSCHIZOPHRENIQUE

RÉSUMÉ

L'auteur a détaché du large groupe de »Schizophrénie« certains groupes de malades présentant un tableau clinique qu'il offre la schizophrénie idiopathique, mais qui par leur pathogénèse et par l'analyse détaillée de leurs manifestations diffèrent des tableaux cliniques de la schizophrénie idiopathique.

L'auteur donne à tous ces tableaux cliniques la dénomination de syndrome pseudoschizophrénique. Les caractéristiques essentielles de ces tableaux consistent dans le fait qu'ils apparaissent dans les états hypnoides de la conscience, contrairement aux tableaux cliniques de la véritable schizophrénie qui, suivant une règle générale, apparaissent en pleine lucidité.

L'auteur a réparti tous les malades présentant un syndrome pseudoschizophrénique en trois groupes.

Le premier groupe est constitué par les malades épileptiques (*Pseudoschizophrenia epileptoides*).

Dans le cadre de ce groupe l'auteur distingue:

- a) sous-groupe avec épi-attaques vérifiées,
- b) sous-groupe avec modifications de l' EEG dans le lobe temporal,
- c) sous-groupe avec modifications de l' EEG durant le sommeil artificiel,
- d) sous-groupe ne présentant pas d'épi-symptômes, mais dont le tableau psychique a disparu après application de thérapie anti-épileptique.

Le second groupe est constitué par des neurotiques, présentant un tableau clinique très net du syndrome pseudoschizophrénique (*Pseudoschizophrenia neurotica*).

Tous les malades de ce groupe sont d'une très grande sensibilité et présentent une superstructure éthique très développée; chez tous le tableau psychotique est dû, en règle générale, au conflit apparu entre une sphère éthique très sévère et les instincts naturels primaires.

Le troisième groupe est constitué par les malades dont le syndrome pseudoschizophrénique est la conséquence des facteurs exogènes et des facteurs endogènes (*Pseudoschizophrenia symptomatica*).

L I T E R A T U R A

1. Kraepelin E.: *Lehrbch d. Psychiatrie*, 1896;
2. Bleuler E.: *Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien*, Leipzig u. Wien F. Deuticke, 1911;
3. Meduna, L. J. and McCulloch, W. S. (1945): »The modern concept of Schizophrenia«, *Med. clin. N. Amer.* 29, 147—274 (1945);
4. Jackson J. A.: »On a particular variety of Epilepsy«, *Brain* 11, 179—207, (1888—89);
5. Gibbs, F. A. and Lenox, W. G.: »A paroxysmal cerebral dysrhythmia«, *Brain* 60, 377—388, (1937);
6. Penfield, W. and Jasper H.: »Epilepsy and the functional anatomy of human brain«, Boston, Little, Brown and Co, 1954;
7. MacLean, P. D.: »Basal lead studies in epileptic automatism«, *Electroencephalogr. and clin. Neurophysiol.* 2, 1—16 (1950);
8. Gibbs, F. A.: »Ictal and nonictal psychiatric disorders in temporal lobe epilepsy«, *J. Nerv. and Ment. Dis.* 113, 522—528, (1951);
9. Pond, D. A.: »Psychiatric aspects of epilepsy«, *J. Ind. Peb. Prof.* 3, 397, (1957);
10. Beard, A. W. and Slater E.: »The Schizophrenia — like psychoses of epilepsy«, *Proc. roy. Soc. Med.* 55, 311—316, (1962);
11. E. Slater and A. W. Beard: »The schizophrenia — like psychoses of epilepsy«, *Brit. J. Psychiat.* 109, 134—142 (1963);
12. Momčilo Vitorović: »Schizomorfna simptomatologija temporalne epilepsije«, *Zdrav. vestn.* 30, 259 (1961);
13. Hoch D. and Polatin P.: »Pseudoneurotic forms of Schizophrenia«, *Psychiat. Quart.*, 23, 248 (1949).