Baština Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

RADOVI LXXXI, knj. 23.

Grujica Žarković

1986

Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/items/0b90ada0-dcbb-442a-88d3-7b1322fdbc8b

Preuzeto s Baštine Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/

YU ISSN 0350-0071

AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BOSNE I HERCEGOVINE

RADOVI

KNJIGA LXXXI

ODJELJENJE MEDICINSKIH NAUKA

Knjiga 23

Redakcioni odbor
JAKOB GAON, DŽEMAL REZAKOVIĆ i GRUJICA ŽARKOVIĆ

ANU BiH АНУ БиХ

Urednik
GRUJICA ŽARKOVIĆ,
redovni član Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

SARAJEVO
1986.

JOVAN RISTIĆ

HRONIČNI PSIHOTIČAR

APSTRAKT. Autor smatra da egzemplaran oblik hroničnog psihotičnog stanja predstavlja hronični shizofreni bolesnik. Stoga razmatra kliničke karakteristike hroničnog shizofrenika i dijagnostičke teškoće prilikom razgraničavanja hroničkog shizofrenog stanja od shizoidnog psihopate, bolesnika koji ispoljava fenomen hospitalizma, te drugih hroničnih psihotičnih stanja. Nakon kraćeg osvrta na činioce nastanka shizofrenije, autor iznosi podatke koji pokazuju da se, pod uticajem savremenih psihofarmaka i socioterapijskih postupaka, prognoza shizofrenije poboljšala u odnosu na prognozu ovog oboljenja početkom 20. veka. Na kraju, autor se ukratko osvrće na neke osnovne aspekte složenog odnosa društvo — duštveni bolesnik.

Najrasprostranjeniji oblici hroničnih psihoza su hronična stanja koja spadaju u okvir shizofrene kliničke slike. Stoga se pod pojmom »hroničnog psihotičara« najčešće podrazumeva osoba obolela od hronične shizofrenije. Čak i ako držimo da je psihijatrijski pojam shizofrenije dovoljno precizno određen, hronični oblik ove psihoze nije uvek, naročito ne naprečac, lako razlikovati od psihotičnih procesa — rezidualnih stanja posle akutnih psihoza i trajnih oblika ličnosti kakvi su shizoidne psihopatske osobe koje, bez nekog prethodnog izuzetnog stanja, traju čitav život.

Izgleda da nema sumnje da je klinička sila pod kojom se shizofrena psihoza javlja poslednjih decenija pretrpela izmenu: nastupila je patomorfoza ove psihoze. Ona se sastoji u sve ređoj pojavi perakutnih i akutnih oblika katatonije. Perakutne forme maligne — febrilne smrtne katatonije praktično se više uopšte ne viđaju. Da li je ova patomorfoza uslovljena rano primenjivanom savremenom terapijom ili nekim drugim, najverovatnije ipak egzogenim uzrokom, nije još pouzdano utvrđeno. Utisku o patomorfozi doprinosi i okolnost da se kao akutna shizofrena kategorija smatrala i klinička slika akutnog (virusnog?) encefalitisa. Ako idemo još nešto dalje u prošlost, nailazimo na shvatanja po kojima je ova klinička slika bila forma »uremije«, što sve uglavnom nikada nije moglo biti potvrđeno. Povišeni nivo uree u krvi bio je pre posledica nego uzrok akutne psihoze sa potpunim slomom svih mehanizama homeostaze. I ova stanja se danas sve ređe viđaju. Umesto akutnih kliničkih slika katatone bolesti sve su češći paranoidni oblici psihoza.

Shvatanje shizofrene psihoze i njenog odnosa sa premorbidnom ličnošću menjalo se od vremena Kraepelina, tvorca pojma *Dementiae praecox*, do Adolfa Meyera i Sigmunda Freuda. Premorbidna ličnost je, po Krapelinu, bila potpuno nezavisna od shizofrenog poremećaja koji je pogodio. Po psihoanalitičkim shvatanjima premorbidna ličnost, naprotiv, predstavlja pupoljak iz koga se psihoza rascvetava. Adolf Meyer, tvorac pojma shizofrene reakcije, govori o saradnji premorbidne ličnosti i uzroka shizofrenije.

Sudbina obolelog od shizofrenije, pre uvođenja aktivne terapije, bila je neizvesna. Prvi rezultati konvulzivne terapije (v. Meduna) i insulinskih koma (Sakel) dali su, po opštem medicinskom modelu, mogućnost da se svi lečeni podele na one izlečene i neizlečene, odnosno hroničnе bolesnike. Pri tome su se hroničnim smatrali oni koji se nisu mogli izlečiti primenjenim metodama.

Hronična slika shizofrenije ni izdaleka nije jednoznačna. Smatra se da je hroničan onaj bolesnik koji posle akutne faze mora da provede u bolnici još najmanje dve godine. Međutim, u grupu hroničnih psihoza spadaju i oni bolesnici koji od samog nejasnog početka bolesti pokazuju postepen razvoj procesa koji nezadrživo vodi ka shizofrenom raspadu ličnosti — shizofrenoj demenciji.

Vrlo je česta intermitentna forma bolesti, u toku koje posle akutnog zamaha i primene terapije, obično u hospitalnim uslovima, nastupa remisija, odnosno prividno izlečenje. Kraće ili duže vreme posle nje dolazi do novog zamaha, nove hospitalizacije i lečenja i tako dalje. Remisije su (shematski) sve nepotpunije, tako da sa svakim novim zamahom hronični psihotičar sve dublje zapada u demenciju. Sličan tok bolesti moguć je, i on se danas najčešće i viđa, s tim što između jedne serije aktivne farmakoterapije u bolnici i drugog nastupa, recidiva, ambulantna terapija medikamentima ne prestaje. Iz raznih razloga (neuredno lečenje, nepovoljan uticaj sredine, genius morbi?) dolazi do recidiva kliničke slike.

Vrlo je teško, a ponekad i nemoguće, pouzdano i uvek razlikovati pedagoški i uopšte potpuno zapuštene osobe od tzv. »zaustavljene shizofrenije«, tj. jedne njene hronične forme.

Mentalni poremećaji danas se smatraju prouzrokovani biološkim, psihološkim i socijalnim uzrocima. Shizofrenija je, biološki posmatrano, na osnovu mnogobrojnih patofizioloških radova, nastala u nasledno opterećenih i ide sa jednom hiperdopaminergičnom aktivnošću u sinapsama velikoga mozga. U psihološke uzroke shizofrenije spadaju: razoren roditeljski brak, za žene poremećeni odnosi u porodici, a za muškarce rivalstvo sa pojedincima i zajednicom. Za nastanak shizofrenije visoko signifikantno je značajna shizoidna ličnost (nasleđe!), kao i beda svake vrste, od teške sirotinje do potpune zapuštenosti.

Razvoj kliničke slike shizofrenije traje prosečno oko pet godina. Posle toga vremena bolest više ne napreduje. Najmanje 25 odsto bolesnika posle toga vremena potpuno ozdravljuje, ne zahtevajući nikakvo dopunsko lečenje. Od 50 do 60 odsto njih, međutim, povremeno, decenijama, kako je to već izneto, ponovo zapada u akutnu fazu bolesti. Oko 50 odsto obolelih pet godina posle razbolevanja zdravo je ili gotovo

zdravo, pa može i da privređuje. Procenat onih »gotovo zdravih«, koji povremeno borave u psihijatrijskoj bolnici, ide i do 25 odsto.

Savremena psihofarmakoterapija smanjila je potrebu za hospitalizacijom, a tamo gde to nije uspelo za nekih 25 odsto skratila je boravak u bolnici. Nema sumnje da je ona poboljšala socijalnu prognozu shizofrenije. Oduševljenje nastalo otvaranjem vrata psihijatrijskih bolnica i razvojem vanbolničke terapije sugerisalo je, u svetu, smanjenje broja psihijatrijskih postelja. Ovo oduševljenje i ove sugestije zahvatili su i nas koji nikada, prema broju stanovnika, još nismo (sem nekih lokalnih izuzetaka) imali ni striktni minimum postelja. Kada se ima u vidu da se, istina, danas ređe hospitalizuje i da se bolesnici kraće drže u bolnici, ali da se stoga ipak mnogo češće rehospitalizuju (kako to neki sarkastično nazivaju »psihijatrijom okretnih vrata« — *Drehtüpsychiatrie)*, nama ne bi trebalo ni da pada na um smanjivanje broja psihijatrijskih postelja. Remitentni slučajevi shizofrenije još uvek 1/3 svoga života provode kao hronični bolesnici u bolnici, dok 10 odsto obolelih ostaje trajno vezano za ustanovu zbog manifestacija svoje teške hronične bolesti.

Defektno izlečenje — hronifikovanje bolesti, i demencija naročitog tipa nastaju iz raznih uzroka, koji se mogu grupisati u tri grupe:

1) uzroci vezani za samu bolest — njena težina i upornost,

2) uzroci vezani za socijalnu sredinu u koju se bolesnik vraća (ili ne može da se vrati) u slučaju remitentne bolesti, — i

3) uzroci vezani za sam način lečenja, za upotrebljavanje metode i hospitalizaciju.

Najčešće se primenjuje farmakoterapija. Ona se većinom primenjuje i u najsavremenijim uslovima »terapije sredinom« *(milieu)* i u terapijskoj zajednici. Psihoterapija se ređe upotrebljava samostalno, ali je uvek prisutna, kako u medikamentnom tako i u socio-terapijskom lečenju. Terapija šokova i psihohirurgija samo dodiruju problem hronične psihoze. Pri tome psihohirurgiji, kao krajnjem pribežištu *(ultimum refugium)*, ne treba odricati pomoć koju može da pruži u desperatnim slučajevima.

Defektno izlečenje ili shizofrena demencija je čudan poremećaj mišljenja, emocionalnog života i delatnosti. Čudnovatost njena počiva na činjenicama koje govore o znatnoj očuvanosti ovih funkcija i u bolesnika koji su kao hronični dementni slučajevi decenijama boravili u psihijatrijskim azilima. Posle dugog vremena provedenog u stanju demencije bolesnik odjednom počinje ispoljavati pravilan tok misli, adekvatne emocije i uredno ponašanje. Ovakvi preokreti mogu nastati posle izlaganja bolesnika različitim »životnim udarima«, kao što su neka ozbiljna, često smrtonosna bolest, otpuštanje iz bolnice, elementarne nesreće (požar, zemljotres, bombardovanje), smrt u familiji. »Čarobno« dejstvo ima i preduzimanje aktivnog lečenja i povećanje brige za gotovo zaboravljenog bolesnika u azilskom odeljenju. Kada na ovome mestu govorimo o čudnom poremećaju psihe kakva je shizofrena demencija, to treba da znači da do danas još nije uspelo da se objasni pravi i suštinski psihopatofiziološki proces koji leži u osnovi hronične shizofrenije,

odnosno shizofrene demencije. U tu psihopatološku grupu se, očigledno, svrstavaju različiti procesi i stanja koji se biheviorално ne mogu razlikovati i o kojim savremena psihijatrija mora da razvije znatan istraživački posao.

Ovakva iskustva sa hroničnim bolesnicima, koji pokazuju odsustvo inicijative i potpunu neaktivnost, apatiju, odnosno odsustvo emocionalne rezonancije — empatije, dovela su do ideje da je bolničko lečenje, samo po sebi, uzrok hronifikovanju bolesti. Navodi se da je sama hospitalizacija uzrok rđavog ishoda bolesti i njenog pretvaranja u hronično oštećenje psihe — demenciju. Već samo smeštanje u psihijatrijsku bolnicu kvalifikuje se kao strahovito težak doživljaj. Međutim, moglo bi se sigurno reći da je smeštanje u bilo koju bolnicu uvek ozbiljan, a vrlo često i težak doživljaj za obolelog. Navodi se, na prvom mestu, da je smeštanje u psihijatrijsku bolnicu težak doživljaj zbog toga što oboleli mora tom prilikom da prekine sa dotadašnjim načinom života, mora sebe uživeti u činjenicu da je bolestan i užasno mu je teško što mora da se pokorava odlukama osoblja, posebno lekara. Pokušaćemo da ovo malo analizujemo.

Dotadašnji način života je već bio život obolelog. On u bolnicu i stupa da bi taj »dotadašnji način života« izmenio i počeo živeti zdravijim načinom. Znači da samo prekidanje dotadašnjeg načina života treba da nastupi, odnosno svi (sem obolelog, koji zbog bolesti to ne uviđa) žele da se dotadašnji bolesnikov život, pun zastranjivanja, sadržajnih i formalnih poremećaja mišljenja, neskladnih emocija, poremećenog govora, rada, spavanja, ishrane itd., što pre izmeni i da nastupi skladniji život oslobođen simptoma i znakova bolesti. To što se oboleli tek u bolnici mora uživljavati u situaciju da je bolestan, može se objasniti samim procesom bolesti i eventualnim popravljanjem psihičkog stanja — vraćanjem uviđavnosti. U psihijatrijskoj bolnici se podrazumeva da su nalozi osoblja i lekara autoritativni a ne autoritarni, tj. da moraju odgovarati sposobnosti bolesnika, podsticati njegovu samoodgovornost i autonomiju, a ne biti represivni. »Pokravanje« takvim nalozima se podrazumeva u svakom lečenju, pa i onom u psihijatrijskoj bolnici.

Pojava tzv. adaptacijskih fenomena pri stupanju u bolnicu: negiranje situacije, nemirenje sa činjenicom da se razboleo, mogu se objasniti pravilno jedino samim procesom bolesti, odnosno njenim postojanjem.

Uzbuđuje mogućnost na koju su ukazali neki savremenici da je hronična duševna bolest plod — delo medicinske veštine, neprekidnih uzaludnih (ili čak hotimičnih!) pokušaja da se duševnom bolesniku pomogne, da se on bar zaleči, ako već ne može potpuno i da se izleči. Takvi nezgrapni pokušaji izrodili su se, po takvim shvatanjima, u jednu naročitu formu hronične psihoze. Ogorčeni svojim otkrićima ovi savremeni psihijatri pokušavaju voditi svoje misli do kraja. Izgledalo im je jasno da je postupak sa duševnim bolesnikom glavni krivac za njegovo trajno propadanje. Ovakav postupak su nalagali, kako njima izgleda, nosioci javne vlasti kojima su ideje slobode i novoga, koje su se mogle naslutiti u manifestacijama duševnih »bolesti«, opasne za establišment. Svaki napredak je moguć samo ako se staro uništi i vlastodršci ometaju

svima sredstvima svoje moći. Osloboditi nosioce novih pogleda prinude tzv. »lečenja« pojavilo se kao cilj broj jedan izvesnog broja dobronamernih stručnjaka. Kad se jednom čoveku koji, uviđajući sva zla sadašnjosti, teži novom, boljem, lepšem, vrati oduzeta sloboda, kada mu se priđe s ljubavlju i bez oznake činova, neće biti potrebni ovoliki »umirujući«, »ubitačni« lekovi koji iz osnove menjaju ili teže da izmene ličnost, da buntovnika učine pitomom ovcom — poslušnom kreaturom.

Vekovi su prošli otkako su ljudi, zainteresovani problemima »silaženja s uma«, pažljivim posmatranjima i beleženjem iskustava izgradili savremenu doktrinu psihoze i oformili njeno lečenje na današnjem stupnju razvoja. Lutanja su pri tome bila velika, srazmerna neznanju. Od kamenog poda ćelije, okova u »ludačkim kulama«, stariji su mlađima prenosili uputstva na osnovu kojih je postepeno stvorena koncepcija savremene bolnice za duševne bolesnike. Nju su izgradili stručnjaci — naučnici poštenim radom, dobrom voljom i s ljubavlju prema obolelim od te najteže, čisto ljudske bolesti — gubitka razuma. Ako su vekovima bolesnike tukli, nisu to činili da bi ih mučili iz ličnog zadovoljstva ili potrebe, niti radi udvaranja moćnicima na vlasti. Pokušavali su da ih time izleče, verovatno smatrajući da je batina manja kazna od ludila. I tako redom. Kada je duševnim bolesnicima kalemljena druga bolest — paralitičarima malarija, nije to činjeno zato da se sačuva društveni poredak i vlast, nego da se manjim zlom otkloni mnogo veće. Savremena duševna bolnica i savremeno lečenje duševnih bolesnika su pojmovi koje treba dobro definisati pre nego što se započne rušenje vekovnih tekovina dobrog poznavanja manifestacija i toka duševnih poremećaja i oboljenja i najbrižljivijeg lečenja duševnih bolesnika i postupanja sa njima. Ne može se doći do pravilnih zaključaka ako se nezainteresovanost za znanje, nebriga za čoveka, nepošteno prigrabljanje sredstava namenjenih lečenju i nezi obolelih, jednostavno izmeša, da ne upotrebimo reč »pobrka«, sa najpoštenijim i najzainteresovanijim radom najboljih lekara psihijatara i potom sve zajedno poruši, baci i zameni sasvim naivnim shvatanjima neukih dobrovoljaca ili pogrešnim ubeđenjima neznalica. Još gore, ako se u ovu tako osetljivu oblast čovekovog življenja unesu elementi borbe za prevlast u svetu, borbe u kojoj se ljudi ne mere merilima zdravog uma i ako se, površno, odnosi bolesnik — lekar porede sa odnosima heteronima: imperijalist — socijalist, a napredak znanja, sa revolucijom i uništenjem protivnika, tada se psihijatrijska bolnica, u kojoj se sa bolesnicima pre svega postupa po principima najlepših odnosa međuljudskog poštovanja, pa zatim, leče shodno najboljim, najpouzdanijim, najmanje škodljivim i opasnim načinima, u sredini koja najbolje odgovara psihofizičkom nivou obolelog i njegove rodbine, napada, okrivljuje i najzad i zatvara(!).

Preispitivanje odnosa društvo — duševni bolesnik pokazalo se korisnim. Ima još mnogo toga što se mora popraviti i izmeniti da bi medicinska nauka i njena grana — psihijatrija zaista maksimalno dobro mogla da koristi čoveku. Još uvek i u sredinama koje sebe drže naprednim, na kulturnom nivou koji sigurno nije osobito nizak, od duševnog bolesnika zaziru, boje ga se i veruju da je neizlečiv. Odgovarajući tim ubeđenjima, takva društva se zadovoljavaju sklanjanjem bolesnika na sigurno mesto i ni izdaleka ne ulažu u njegovo zbrinjavanje potrebna

materijalna sredstva. O psihijatrima u takvim sredinama ne misli se dobro. Pri tome se zaboravlja izreka: »U praznoj kujni, luda kuvarica«. Lišeni, nesnabdeveni potrebnim sredstvima, nepotsticani društvom koje od njih i ne očekuje povratak obolelog među zdrave, psihijatri i sami rizikuju da se zapuste. Vrzino kolo se zatvara: društvo utiče nepovoljno na psihijatriju, a ona nepovoljno na bolesnike, bolesnici se prikazuju onakvi za kakve ih društvo smatra. I na ovom mestu treba odati priznnje svakom pokretu protivu začmalosti psihijatrije. Međutim, začmalost i rezignacija koji još uvek ponegde vladaju ne smeju se izjednačavati sa savremenom psihijatrijom. To što ima rđavih i nepoštenih krojača ne znači da krojački zanat ne valja. Sigurno je tačno da atmosfera beznađa i potpune indiferentnosti naspram ljudskog bića koja se krije pod vidom rutinskog postupka i profesionalne deformacije onih koji su se posvetili staranju o duševnim bolesnicima, ne može popraviti njihovu sudbinu, niti doprineti njenom poboljšavanju, a nekmoli izlečenju. Da li, međutim, čovečno, pošteno i naučno vođen postupak sa bolesnicima, sam po sebi, vodi hronifikovanju bolesti i njenom pogoršanju, pitanje je na koje savremena naučna medicina, odnosno psihijatrija, daje odlučan odgovor: »Ne!« Onog trenutka kada u nauci naučni indikatori pokažu da je kretanje ka istini skrenulo sa pravog puta, istoga trenutka traže se nova rešenja i sasvim radikalno se koriguje kretanje napred i upravlja ka pravome cilju.

SUMMARY

CHRONIC PSYCHOTIC

The author thinks that a chronic schizophrenic represents an exemplary form of a chronic psychotic condition. That is why he discusses clinical characteristics of a chronic schizoprenic and points to diagnostic difficulties in distinguishing between a chronic schizophrenic condition and schizoide psychopathy, patients who are affected by the phenomenon of hospitalism, as well as between other chronic psychotic conditions. After a short review of the factors causing schizophrenia, the author presents some data which tell about a better prognosis of schizophrenia in comparison with that at the beginning of the 2oth ct, owing to modern psychopharmac and socio-therapic treatments. Finally, the author considers basic aspects of the complex relationship between the society and a mental patient.

ANU BiH АНУ