Baština Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

RADOVI XVII, knj. 8.

Sarvan, Milivoje

1961

Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/items/72b6ee3f-05b9-4539-92a8-d16c7f00c036

Preuzeto s Baštine Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/

NAUČNO DRUŠTVO NR BOSNE I HERCEGOVINE

RADOVI

KNJIGA XVII

ODJELJENJE MEDICINSKIH NAUKA

Knjiga 8.

ANU BiH АНУ БиХ

SARAJEVO

1961.

NEDO ZEC

STATISTIČKA STUDIJA O NEUROZAMA OD 1945. DO 1959. GODINE NA NEUROPSIHIJATRIJSKOJ KLINICI U SARAJEVU*)

(Primljeno na sjednici Odjeljenja medicinskih nauka održanoj 7. XI 1960. g.)

Kao što je poznato, svake godine u neuropsihijatrijske ustanove prima se i veliki broj bolesnika koji pate od neuroza, ali, u isto doba, daleko veći broj takvih bolesnika ostaje van njih i ne ulazi ni u kakav sistem statističkih podataka. Stoga su statističke studije o rasprostranjenosti neuroza neminovno uvijek nepotpune. Ipak, uprkos tome, mogu se dobiti izvjesni određeni podaci na osnovu ispitivanja hospitalizovanih bolesnika koji, po pravilu, predstavljaju slučajeve ozbiljnijih i težih neuroza.

Na ovom osnovu mi smo ispitivali bolesnike s neurozama pri prvom prijemu na Neuropsihijatrijsku kliniku u Sarajevu za posljednjih 15 godina, tj. od 1945. do 1959. godine.

U toku tog vremena primljeno je na Neuropsihijatrijsku kliniku u Sarajevu svega 1.100 bolesnika s neurozama. Od ovog broja 18,7% otpada na ratne i poratne, a 81,3% predstavljaju mirnodopske neuroze.

NEUROZE PO DIJAGNOZAMA

Sve oblike neuroza svrstali smo po njihovim glavnim sindromima koje su bolesnici ispoljavali prilikom prvog prijema.

Kao što se vidi iz tab. br. 1, razvrstavanje pojedinih oblika neuroza izvršili smo po »spoljnjim« deskriptivnim znacima i prema malo izmijenjenoj klasifikaciji, koju sada prihvata većina autora.

Iz ove tabele treba istaknuti izvjesne osnovne činjenice. Prije svega, ako izuzmemo ratne neuroze, onda je ukupni broj neuroza kod žena (500) znatno veći od broja neuroza kod muškaraca (394).

Nadalje, pada u oči da se primitivniji oblici neuroza, kao neurastenični, anksiozni i histerični sindromi, javljaju u znatno većem broju nego kompleksni neurotični poremećaji, kao što su fobični i opsesivni sindromi.

I najzad, većina neurotičnih sindroma susreće se kod žena u znatno većem broju nego kod muškaraca. Jedino, neurastenični i opsesivni sindromi susreću se kod muškaraca u većem procentu nego kod žena,

*) Cifarske podatke za pojedine godine obradili su moji saradnici: doc, dr J. Horvat, dr J. Ančić, dr R. Bokonjić, dr V. Marčetić, dr R. Jovanović, dr K. Čemalović — na čemu im se ovom prilikom najljepše zahvaljujem.

Dijagnoza	UKUPNO			PROCENAT		
	m	ž	S.V.	m	ž	Uk.
a						
				%		
Neurastenija	176	175	349	44,2	35,8	38,8
Depresivna neuroza	45	82	127	11,4	16,8	14,2
Anksiozna neuroza: Čista anksioza	11	17	28	2,8	3,4	3,1
Hipohondrija	15	22	37	3,8	4,4	4,1
Pavor noct.	7	4	11	1,8	0,8	1,2
Enuresis noct.	3	3	6	0,8	0,6	0,7
Mucanje	2	-	2	0,5	-	0,2
Srčana neuroza	5	13	18	1,3	2,6	2,0
Fobija	4	10	14	1,0	2,0	1,6
Opsesija	7	5	12	1,8	1,0	1,4
Histerija	99	142	241	25,1	28,4	27,0
Organoneurotski sindr.	4	12	16	1,0	2,4	1,8
Psihosomatska obol.	5	3	8	1,3	0,6	0,9
Karakterne neuroze	13	12	25	3,3	2,4	2,8
UKUPNO	396	498	894	100	100	100
Ratna neuroza	165	40	206	23,6	7,4	19,7
UKUPNO SA RATNIM	560	540	1100	100	100	100

Tabela 1.

i to neurastenični sindrom nalazimo kod muškaraca u 44,2%, a kod žena u 34,8%, dok opsesivni sindrom nalazimo kod muškaraca u 3,3%, a kod žena u 1,2%. Pada u oči da je u našem materijalu procenat histerija kod muškaraca relativno vrlo visok, čak i onda ako izlučimo ratne neuroze, jer i tada nalazimo 25,1% histerija kod muškaraca naprama 28,4% histerija kod žena. Ovi odnosi histeričnih poremećaja kod žena i muškaraca, prema našim podacima, u znatnoj mjeri otstupaju od odgovarajućih odnosa u ambulantnoj praksi, kao i od podataka iz literature. (Prema literaturi, histerija kod muškaraca susreće se 5 — 15%, a kod žena 30 — 60%). Ako se uzme u obzir da samo bolesnici s težim slučajevima histerije dolaze u bolnicu, i to naročito iz industrijskih krajeva, onda bi pojačana histerizacija muškaraca mogla, možda, biti u vezi s pojačanim konfliktnim situacijama i otežanom adaptacijom prilikom sadašnje faze nagle industrijalizacije i širokih preslojavanja današnjeg našeg društva.

STRUKTURNA ANALIZA

N e u r a s t e n i č n i s i n d r o m smo ustanovili kod muškaraca u 44,2%, a kod žena u 34,8%. Ovo je najčešći oblik u kome su se manifestovali neurotični poremećaji. Ispoljavao se najčešće na tipičan način kao psihička razdražljivost s istovremenim pretjeranim umorom. Pored toga mogli smo, po pravilu, da ustanovimo i ove simptome: zaboravnost i nesposobnost koncentracije, nesanice i mučne snove, omaglice, vrtoglavice, glavobolje naročito u tjemenu i zatioku, kao i opšti pritisak u glavi; a, zatim, poremećaje varenja, kao i kardiovaskularne smetnje; isto tako poremećaje seksualne sfere, naročito polucije, spermatoreju i impotenciju, a onda preosjetljivost na sve čulne nadražaje, naročito na buku i intenzivno svjetlo.

Neurastenični sindrom pojavio se kao takav već od prvih dana kod najvećeg broja bolesnika, ali smo mogli da ustanovimo da se u jednom broju slučajeva najprije javio anksiozni sindrom, koji se tek kasnije razvio u tipični neurastenični. U drugim slučajevima mogli smo da ustanovimo da su se na neurasteničnu osnovu ponekad povremeno superponovali organsko-neurotski i psihosomatski sindromi, a u nekoliko slučajeva neurastenični sindrom počeo je kao histerična slika. Usljed

ovakvih odnosa ponekada je vrlo teško izdvojiti čisti neurastenični sindrom od ostalih neurotičnih poremećaja.

Što se tiče vremenskog trajanja, mogli smo da ustanovimo da se neurastenični sindrom prvi put javlja u nekim slučajevima u trajanju od nekoliko nedjelja ili mjeseci, a u drugim i desetak godina. Na osnovu slučajeva koji su trajali više godina imamo utisak da je tok neurastenije prilično ravnomjeran i hroničan, tako da se bolesnici s vremenom naviknu na svoje simptome i podnose ih u snošljivim granicama, a u stvari se nikad ne oslobode potpuno svojih teškoća.

U 1,7% neurasteničara javila se seksualna impotencija. Početak impotencije pada izmedu 17 i 29 godina života, po pravilu u vezi s nekom seksualnom traumom. U svim slučajevima, osim nekih povremenih oporavaka, tendencija izlječenja impotencije je veoma slaba, usljed čega ovi bolesnici padaju u teške neurotične depresije, koje ih navode čak i na suicidalne ideje.

Neurotično depresivni sindom ustanovili smo u 11,4% kod muškaraca i u 16,4% kod žena. Javljao se pretežno u starijim godinama života. Po kliničkoj slici, ovaj oblik je najbliži neurasteniji, od koje se razlikuje po jače izraženoj depresivnoj promjeni raspoloženja, raznolikosti subjektivnih žalbi i po još većem opadanju radne sposobnosti i društvenog kontakta. Najizrazitiji simptom je depresija, ali bez sumanutosti samooptuživanja, samouništenja i grešnosti. Većina bolesnika imala je jednu jedinu depresivnu fazu, koja je trajala od nekoliko nedjelja do nekoliko godina, i to, po pravilu, u vezi s nekom krizom u životu socijalne ili erotične prirode. U našem materijalu mi nismo našli tipično ciklični tok depresije kao kod manično-depresivnog kruga. Suicidalne ideje pojavljivale su se samo ponekad, pa i to prolazno.

Anksiozni sindrom u svim njegovim oblicima ustanovili smo u 10,9% kod muškaraca i u 11,8% kod žena. U detaljnijoj analizi ispostavilo se da svega 31% bolesnika ispoljavaju čisti anksiozni vegetativni sindrom. U svim ovim slučajevima sindrom je počeo na tipičan način, s iznenadnim nastupom neodređenog, difuznog straha, koji se penjao do kulminacije, uz istovremeno osjećanje ugroženosti i uništenja, ali bez određenog uzroka. Poslije kulminacije redovno je nastupalo opadanje i iščezavanje afekta straha. U paroksizmu straha javaljala se burna vegetativna simptomatologija: neobično proširene zjenice, profuzno znojenje, crvenilo lica, unezvjereno ukočen pogled, tremor i motorni nemir, tehikardija, intestinalni poremećaji i sl.

Ovi bolesnici s čistim anksioznim sindromom pokazuju slobodne intermisije i po pravilu se oslobađaju svojih teškoća čim kod njih nastupi erotska, odnosno socijalna uravnoteženost.

U drugim slučajevima, poslije izvjesnog vremena, ovaj oblik pokazuje tendenciju prelaza u hipohondriju, srčanu neurozu ili »noćne more«. Od ostalih oblika anksiozne neuroze treba spomenuti:

a) Hipohondrični sindrom. U svim slučajevima prethode stanja neodređenog vegetativnog straha, slabije ili jače izražena, kraćeg ili duljeg trajanja.

Hipohondrični simptomi najčešće se javljaju kao prekordijalne opresije, zatim osjećaji palpitacija, strah od zastoja srca, bolovi ispod lijevog i desnog rebarnog luka, opstipacije s bolovima u trbuhu i strahom od raka želuca, stezanje u grudnom košu s otežanim disanjem, strahovanja zbog neizlječivih posljedica gonoreje i sifilisa itd. Povremeno akutno pogoršavanje ovih subjektivnih teškoća uvijek je pratio vegetativni neodređeni strah, sličan strahu kod čistih anksioznih neuroza, samo više lokalizovan na jedan organ i sa slabijim intenzitetom.

Treba ipak naročito podvući da su hipohondrični simptomi neobično uporni i prognostički nepovoljni, uprkos potpunoj intelektualnoj očuvanosti bolesnika.

b) Pavor nocturnus javlja se kao nagli nastup »noćne more«, sa skakanjem iza sna i veoma jakim iznenadnim neodređenim afektom straha, s osjećanjem bliske propasti, palpitacijama i strahom od prestanka rada srca. Jaka uznemirenost, nesanica i drhtanje u cijelom tijelu javljaju se kao reakcija na ovo kratkotrajno stanje straha.

Ovaj oblik susreće se obično kod mlađih lica, naročito onih koja potiču iz porodica s nesređenim prilikama, i u kasnijim godinama po pravilu prolazi.

c) Srčane neuroze javljale su se u toku života rjeđe kao glavni, a češće kao sporedni simptom, i to obično kao senzacije na vrhu srca poput uboda nožem, zatim kao žigovi na lijevoj strani grudnog koša, kao osjećaj hladnoće i sl. U svim ovim slučajevima radilo se većinom o organsko-neurotskom fiksiranju straha u toku anksioznih neuroza. Strah se ovdje koncentrisao na srce i poslije kraćeg ili dužeg vremena potpuno nestajao, tako da ni u jednom slučaju nismo mogli da naknadno ustanovimo neke organske promjene na srcu, niti znakove esencijalne hipertonije.

d) Mucanje raznih stepena susreli smo u našim materijalu kod 0,5% muškaraca i kod 0% žena. U svih njih se mucanje javilo u djetinjstvu i za sve njih je mucanje značilo znatan nedostatak kontakta i opšte radosti u životu. Po svojoj psihologiji i po nastanku i toku svog nedostatka govora, ovi bolesnici, prema našim iskustvima, ulaze u krug anksiozne neuroze i u svom samosavlađivanju stalno se vrte u vrzinom kolu straha od govornog grča do bojazni susreta s drugima.

Histerični sindrom. U prvim poratnim godinama preovlađivao je oblik velikih napada, tipičnih za ratne neuroze, s padom, ali bez povrede (obično pred publikom), s demonstracijom borbenih situacija i jurišnih povika, jakim motornim nemirom, neodređenim bacakanjem tamo-amo i imitiranjem postupaka ili položaja u borbi itd.

U kasnijim godinama sve se više gube ovi oblici, a javljaju se somatsko-konverzioni simptomi: astazija — abazija, zatim funkcionalne mono-para i hemipareze, histerična afonija, ambliopija, polakisurija,

kao i histerične hipestezije i anestezije itd. Na psihičkom planu sretali smo: scenske halucinacije, pseudodementne slike, hipomanična stanja s izrazito erotskim sadržajima, histerični stupor, a u jednom slučaju i histerično udvajanje ličnosti. Ovi oblici su mnogo češći kod žena nego kod muškaraca. Veoma čest oblik, koji je rijetko priman na Kliniku, a koji smo mogli ustanoviti u velikom broju prilikom ambulantnih pregleda, jest histerična glavobolja lokalizovana u zatioku i »vratnim žilama«. Što se tiče toka, imamo utisak da se histerični sindrom javlja u fazama i obično s akutnim početkom od neke konfliktne situacije, ali u toku vremena izgleda kao da svi histerični mehanizmi splašnjavaju prelaskom u druge tipove neuroza, a naročito prelaskom u organske neuroze, te da se histeričar u odgovarajućoj sredini postepeno prilagođuje uslovima života.

Fobični sindrom ustanovili smo kod 1,0% muškaraca i kod 2,0% žena. Po pravilu, to je uvijek bio situacioni strah koji je počeo s jednom određenom situacijom, a koja je, po sebi, uvijek predstavljala izvjesni simbol: strah od otvorenog prostora, strah od zatvorenog prostora, strah od visine, strah od šiljatih predmeta, strah od tunela, strah od vožnje itd., tako da se ne može govoriti o raznim vrstama fobija, nego uvijek o jednom kompleksnom situacionom strahu koji može da se veže uz najraznolikije simbole. Ovaj sindrom ispoljavali su bolesnici s intelektualno izgrađenijom ličnošću u čijoj se strukturi po pravilu mogao ustanoviti prikriveni sukob nagonskih težnji s usisanim moralnim skrupulama.

Tok fobičnih poremećaja je u našem materijalu prilično uporan i ravnomjeran, tako da istom u drugoj polovici života dolazi do splašnjavanja simptoma, ali se bolesnici svojih nevolja nikada potpuno ne oslobode.

Opsesivni sindrom smo susretali mnogo češće kod muškaraca nego kod žena (3,3% — 1,2%). Zapažene su uglavnom opsesivno-ruminativne i opsesivno-kompulsivne forme, ali i prisilno pranje ruku i prisilne radnje u odnosu prema ocu ili majci, i sve to u obliku naročitih rituala i kao posljedica jakog sukoba nedozvoljenih težnji i prihvaćenih formula društvenog morala.

U dvojice bolesnika sindrom se pojavio epizodično, u očiglednoj vezi s teškim doživljajima u životu, i u oba ova slučaja je spontano iščezao. Inače, kod svih ostalih bolesnika simptomi su se javljali polako i ravnomjerno, dobijajući na intenzitetu, da bi u toku godina samo do izvjesne mjere splasnuli, tako da ovi bolesnici među svim neurotičarima pokazuju najveći hronicitet.

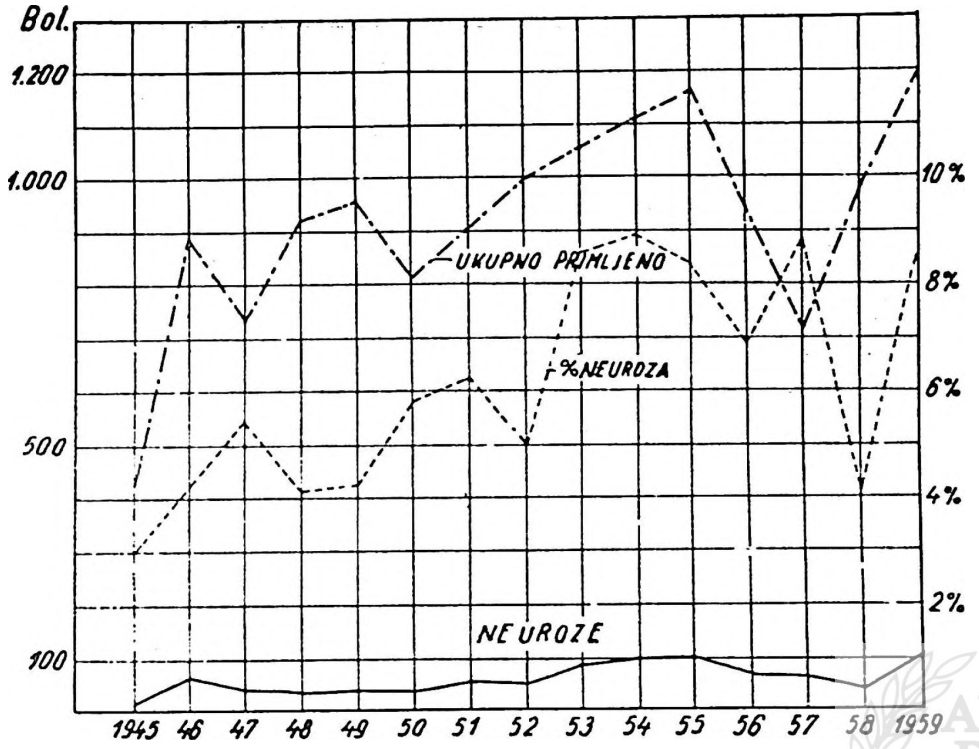
Organske neuroze. Najčešći oblik ovih neuroza je ulcus ventriculi et duodeni, koji je na našoj Klinici liječen inzulinom, i to u najvećem broju slučajeva u floridnoj fazi. Pored rendgenološki konstatovane niše, mogli su se klinički ustanoviti neurotični znaci vegetativne distonije, unutrašnje napetosti, lake razdražljivosti, s upornim nesanicama i neodređenim glavoboljama itd. Mahom su to bili tjelesno redukovani bolesnici, pretežno depresivnog raspoloženja i s karakterističnim izrazom lica.

Tok poremećaja je uglavnom fazičan i odgovara periodicitetu ulkusne bolesti. Početak oboljenja je u mlađim godinama, tako da u našem materijalu nemamo slučajeva njegove pojave poslije 50 godina života. U svim slučajevima inzulinska terapija bila je efikasna, iako smo naknadno imali i nekoliko recidiva koji su pri ponovnoj inzulinskoj terapiji vrlo brzo povoljno reagovali.

Karakterne neuroze u našem materijalu uglavnom predstavljaju bolesnici koji ne ispoljavaju određene neurotične simptome kao ostali neurotičari, ali se u određenim životnim situacijama uvijek ponašaju kao neurotičari. Iako ova grupa ne predstavlja nikakvu jedinstvenu karakternu sliku, ipak se od svih njih uvijek čuju iste monotone žalbe: svi su oni jadni, bespomoćni, bojažljivi, nesigurni u sebe, bez poleta i inicijative i bez ikakve stvarne radosti u životu. Životne nevolje vrlo teško podnose, nikada ih ne savladaju niti ih se oslobode, nego ih, u najbolju ruku, zaobilaze i neće da ih sagledaju. Sve svoje nedaće uvijek pripisuju »hudoj sudbini« i vjeruju da su rođeni, pod »rđavom zvijezdom«, svoje neuspjehe uvijek pravdaju neobično nepovoljnim okolnostima, ili, još češće, krivicu bacaju na drugog. Međutim u strukturnoj analizi ovih bolesnika možemo uvijek da otkrijemo jedan unutrašnji neurotični mehanizam koji ih u svim ponovnim prilikama prisiljava da opet promaše na isti način i nikada ne uspiju da se u životu uravnoteže. Mnogi od njih imaju izrazite psihopatske crte, tako da se ponekada teško mogu da razluče od psihopatskih ličnosti.

PRIJEM NEUROZA PO GODINAMA

Kao što se iz slike 1. vidi, procenat prvih prijema neuroza od 1948. pa do 1959. godine u stalnom je porastu, i dok u 1948. godini iznosi 4,1%, u 1959. naglo je porastao na 8,5%, tj. više nego dvostruko. Procenti neuroza u godinama 1945—1947. nisu adekvatni zbog toga što je u tim godinama redovne prijeme poremetio nagli i neprirodni priliv ratnih i poratnih neurotičara. Procenti u godinama 1956—1958. bili su relativno poremećeni usljed preadaptacionih radova na zgradama Klinike.

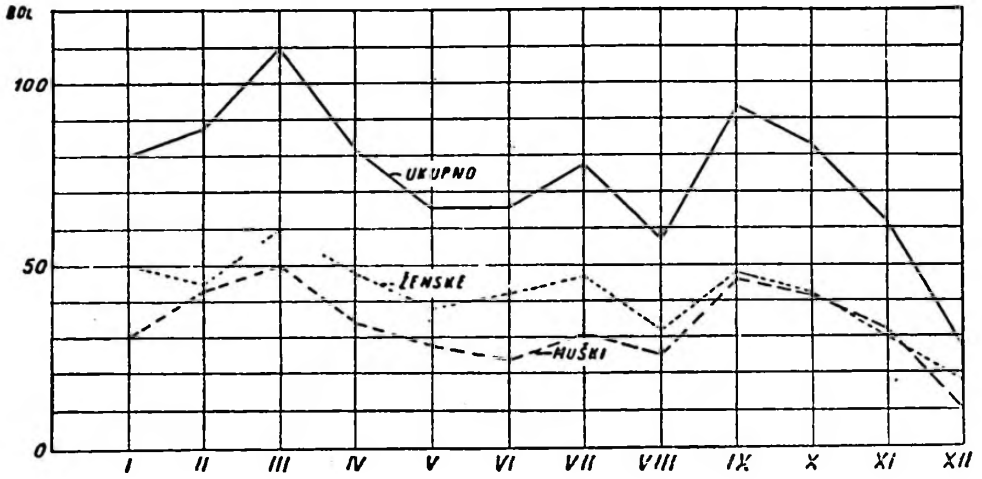


Sl. 1.

Iz ovog pregleda godišnjih prijema, međutim, jasno proizlazi da procenat neurotičara naglo raste, naročito u toku posljednih godina. Na osnovu ovih podataka, možda, ne bismo odmah smjeli da zaključujemo da postoji relativni porast neuroza u oblasti iz koje nam najčešće dolaze ovi bolesnici, a to su uglavnom sarajevski i zenički bazen, ali možemo sigurno da ustanovimo da je broj prijema neuroza u bolnicu znatno porastao, što sa svoje strane predstavlja činjenicu od velikog socijalnog značaja.

PRIJEM NEUROZA PO MJESECIMA

U naših bolesnika pratili smo prve prijeme i po pojedinim mjesecima u godini i, kao što se vidi iz slike 2. najveći priliv bolesnika pada u rano proljeće u mjesecu martu, a zatim krivulja prijema, s izuzetkom lakog porasta za vrijeme ljetnog solsticija, stalno pada do kraja avgusta. Poslije toga krivulja prijema ponovo naglo raste, da u ranu jesen, u septembru, postigne svoj maksimum. Od septembra krivulja prijema trajno pada, da u decembru dosegne svoj minimum. Ova krivulja prijema prilično uvjerljivo nam pokazuje da neuroze dostižu svoj sezonski maksimum u rano proljeće, s lakim ljetnim usponom u julu, a zatim poslije pada dosežu svoj jeseni maksimum u septembru. Prema tome, sezonski posmatrane — neuroze su poremećaji koji se najčešće javljaju u rano proljeće i ranu jesen, tj. u fazama kada je opšta

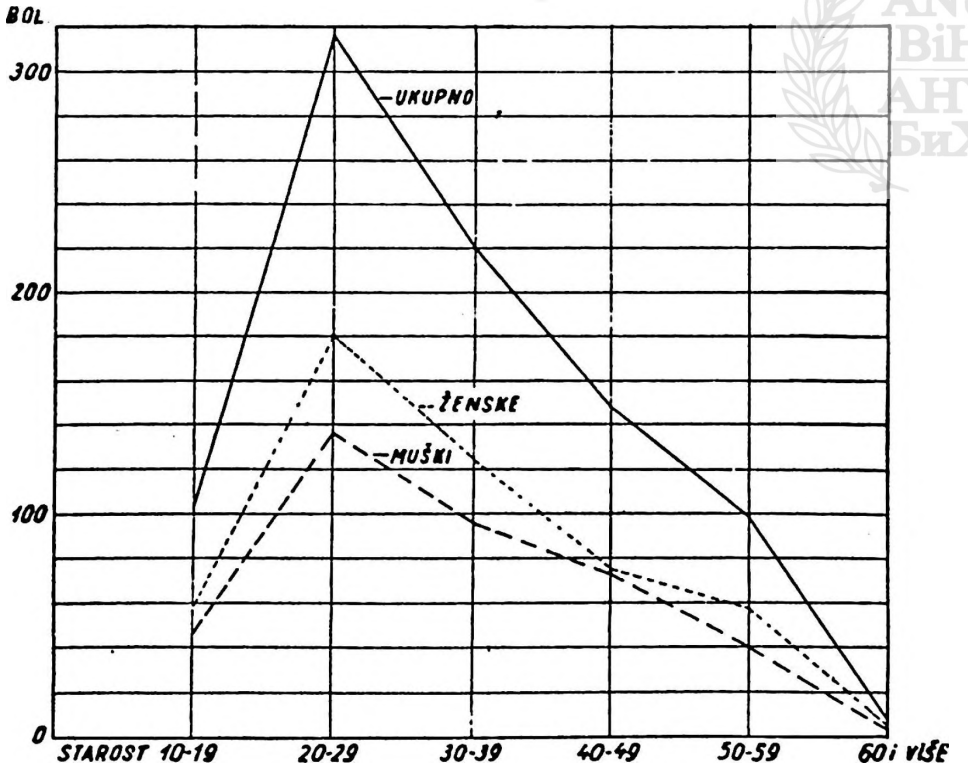


Sl. 2.

otpornost organizma najkolebljivija i kada bi kod predisponiranih trebalo primijeniti sve potrebne mjere za jačanje opšte otpornosti.

NEUROZE PO GODINAMA ŽIVOTA

Kao što se iz slike 3. vidi, preko 3/4 primljenih bolesnika je u razdoblju između 21 i 49 godina života, tj. prosječne godine života su



Sl. 3.

29,1, odnosno, drugim riječima, neuroze se javljaju u najboljim godinama života. Kao što se, nadalje, iz ove tabele vidi, u petom deceniju neurotični poremećaji počinju da opadaju, a u VI deceniju su vrlo rijetki, tako da možemo da kažemo da s godinama neurotični sindromi sve više splašnjavaju.

Što se tiče pojedinih oblika neuroza raspoređenih po godinama života, pada u oči da među najstarije spadaju bolesnici s depresivnom neurozom i hipohondrijom. Srednja dob ovih grupa iznosi 49,1 godina. U upoređenju s ovom grupom, srednja dob bolesnika s histerijom iznosi 27 godina, dok za sve ostale grupe neuroza srednja dob iznosi prosječno 29,1 godina.

SREDINA IZ KOJE POTIČU BOLESNICI

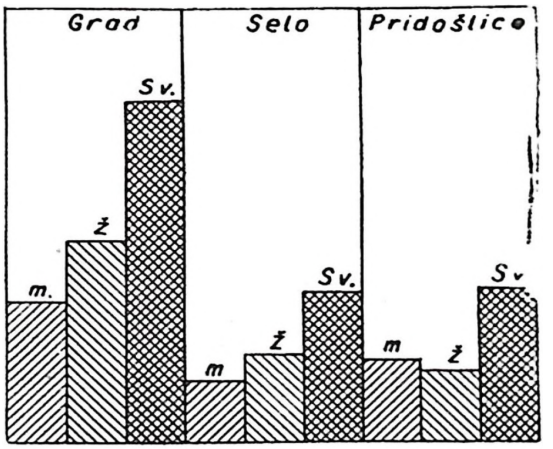
Radi uvida u porijeklo naših bolesnika s neurozama mi smo ih svrstali u tri osnovne kategorije:

a) gradsko stanovništvo (tj. oni koji žive u ušorenim mjestima s 2.500 stanovnika pa naviše);

b) seosko stanovništvo;

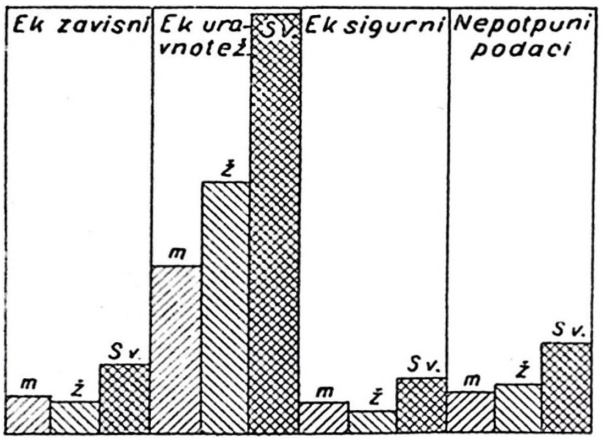
c) pridošlice iz sela u grad (tj. oni u kojih je različito mjesto rođenja i posljednje mjesto stanovanja).

Pri ovakvoj raspodjeli pokazalo se da polovica svih primljenih bolesnika s neurozama potiče iz gradova, a jedva 1/3 sa sela, dok ostatak predstavljaju pridošlice. Ili, ako to izrazimo u procentima, onda možemo da kažemo da prosječni godišnji procenat prvih prijema bolesnika s neurozama u odnosu na cjelokupni broj prijema iznosi 8%. Od ovog prosječnog procenta otpada na bolesnike iz grada 4%, na bolesnike sa sela 2,6%, a na pridošlice 1,4%. Kao što se iz ovoga jasno vidi, najveći broj neuroza potiče iz grada i iz onog sloja koji je pridošao u grad sa sela.



Sl. 4.

EKONOMSKO STANJE



Sl. 5.

Prema ekonomskom stanju razvrstali smo svoje bolesnike u tri osnovne grupe, kao što se to vidi iz slike 5., i to:

a) grupa ekonomski zavisnih, tj. onih koji žive od socijalne pomoći ili ih neko drugi izdržava;

b) grupa ekonomski uranoteženih, tj. onih koji sa svojim prihodima upravo izlaze na kraj, ali ne mogu gotovo ništa da uštede;

c) grupa ekonomski sigurnih, tj. onih koji imaju izdržavanje osigurano za 6 mjeseci.

Najzad, četvrtu grupu predstavljaju oni za koje nismo mogli dobiti potpune podatke.

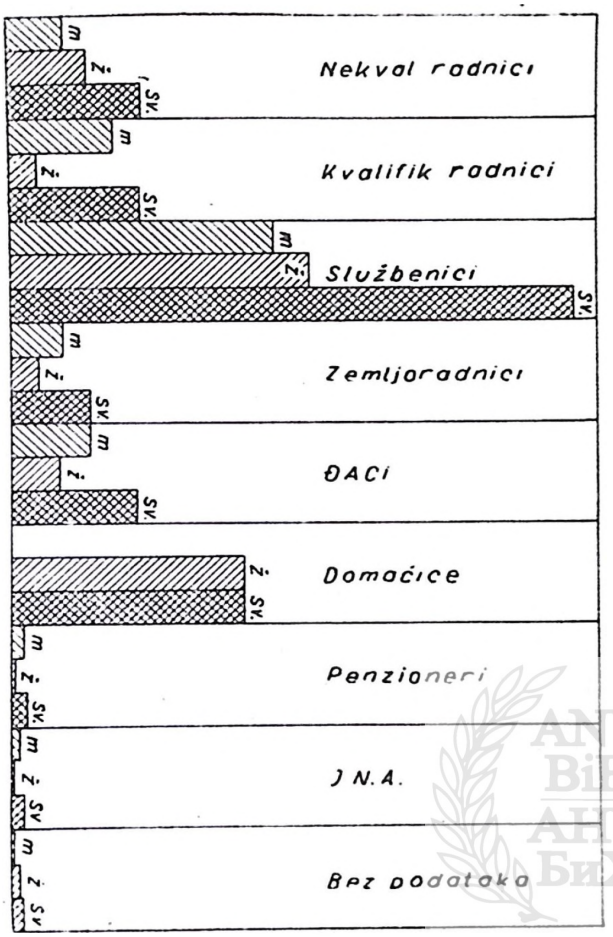
Ako pri procjenjivanju ove raspodjele izostavimo grupu onih za koje nismo mogli dobiti potpune podatke, a kamo naročito spadaju ratne neuroze, onda na osnovu ove klasifikacije proizlazi da najveći procenat, i to 66,3%, predstavljaju bolesnici koji su ekonomski uravnoteženi, dok je procenat, relativno vrlo mali, za grupu ekonomski zavisnih — svega 10,8%, a za grupu ekonomski sigurnih još manji, tj. 8,5%.

Međutim, iako su ovi statistički podaci veoma sugestivni, ipak, na osnovu njih, ne bismo smjeli izvlačiti sigurne zaključke o odnosima ekonomskog stanja i duševnih poremećaja. Za takve zaključke bilo bi potrebno da se sprovede slična klasifikacija cjelokupnog stanovništva, a takvih podataka mi nemamo. U nedostatku ovakvih upoređenja, iz naših podataka mogli bismo, možda, zaključiti da je socijalni i ekonomski položaj većine našeg stanovništva uravnotežen, a da je neznatna manjina ekonomski zavisna, odnosno sigurna, pa je, prema tome, i procenat neuroze podjednako raspoređen na sve ekonomske grupe.

ZANIMANJE BOLESNIKA

S ekonomskim stanjem usko je povezano zanimanje, pa smo stoga i iz ovog aspekta pokušali da razvrstamo svoje bolesnike, što se vidi iz slike 6.

U ovoj tabeli bolesnici su razvrstani po svojim zanimanjima u pet osnovnih kategorija, i to: a) radnici, b) službenici, c) đaci, d) zemljoradnici, e) ostala zanimanja. Na osnovu ovako sređenih podataka, prije svega, pada u oči činjenica da profesionalne kategorije (radnici i službenici) obolijevaju u daleko većem broju nego zemljoradnici. Ako uzmemo u razmatranje samo ove tri kategorije — radnike, službenike i zemljoradnike — u odnosu prema cjelokupnom broju prijema neuroza, onda procentualno na službenike otpada 35%, na radnike 17,5%, a na zemljoradnike svega 5,5%. Nadalje, iz ovih podataka možemo da ustanovimo da u profesijama gdje ima približno jednako muškaraca i žena (kao, npr., laka industrija, prosvjetni radnici, zdravstveni radnici, slobodne profesije) po pravilu u svim tim slučajevima žene obolijevaju od neuroza u dvostruko većem broju nego muškarci, što je, svakako odraz socijalnog statusa žena!



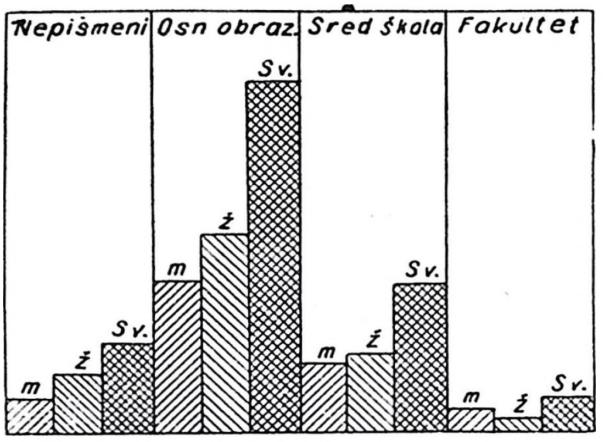
Sl. 6.

Od ostalih zanimanja pada u oči prilično visok procenat — 15,7% — domaćica koje obolijevaju od neuroza, što, sa svoje strane, dovoljno ilustrativno ukazuje na težak položaj naših domaćica, na koje uglavnom pada sav teret ekonomike domaćinstva i vaspitanja djece.

OBRAZOVANOST BOLESNIKA

U slici 7. pokušali smo da svoje bolesnike razvrstamo po obrazovanju pa smo ih podijelili u četiri kotegorije: a) nepismeni, b) osnovno obrazovanje, c) srednja škola, d) fakultet.

Na osnovu ovakvog razvrstavanja proizlazi da je uglavnom broj prvih prijema neuroza u bolnicu obrnuto proporcionalan stepenu obrazovanosti, ili, drugim riječima, da najveći broj neuroza otpada na nepi-



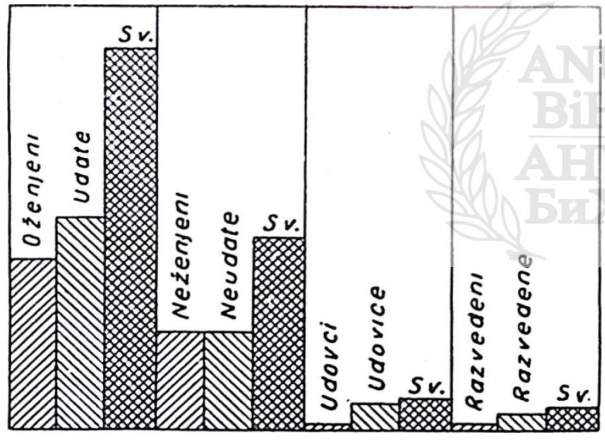
Sl. 7.

smene i one s osnovnim obrazovanjem, a najmanje na fakultetski obrazovane.

Međutim, ovo je očigledno statistička iluzija. Jer, ako u jednoj detaljnoj analizi ocjenjujemo obrazovanost cjelokupnog stanovništva zemlje, onda će se jasno pokazati da su procenti nepismenih i onih s osnovnim obrazovanjem u odnosu prema procentu fakultetski obrazovanih podjednako raspoređeni u cjelokupnom stanovništvu kao što su raspoređeni u našoj slici 7. pa, prema tome, možemo zaključiti da su i neuroze prilično ujednačeno raspoređene po kategorijama obrazovanosti.

BRAČNO STANJE

U slici 8. prikazali smo bračno stanje naših bolesnika. Ako izuzmemo ratne i poratne neuroze kao epizodne reakcije, pa čak i u slučaju kad i njih uzmemo u obzir, naši podaci govore o tome da je broj neuroza najveći među oženjenim; iza njih po broju odmah dolaze neženjeni, a zatim, u daleko neznatnijem broju, obudovljeni i razvedeni. Ako uporedimo muškarce i žene, onda proizlazi da podjednako ima i neženjenih i neudatih, a zatim, da je broj udatih za 1/3 veći od broja oženjenih, da je broj obudovjelih žena preko šest puta veći od muškaraca (što je odraz pogibije muškaraca u ratu) i da je, najzad, broj razvedenih žena 2,5 puta veći od muškaraca, što, možda, govori o većoj emocionalnoj labilnosti žena u braku, kao što to eventualno potvrđuje i veći broj udatih žena od broja oženjenih muškaraca koji pate od neuroze.



Sl. 8.

ŽIVOTNI USLOVI U DJETINJSTVU

Pri obradi naših bolesnika mogli smo da uočimo da u anamnezama često susrećemo nepovoljne porodične okolnosti i teške uslove

koji su na njih uticali u djetinjstvu. Stoga smo to pokušali da prikažemo u tabeli 2. U ovoj tabeli smo obuhvatili razdoblje djetinjstva i puberteta od 0—15 godina života i podijelili ga u tri osnovne faze razvoja: a) 0—5, b) 6—10, c) 11—15 godina, da bismo na taj način bolje sagledali sav značaj čvornih tačaka prelaza iz jedne faze u drugu.

Glavne okolnosti koje imaju ulogu smetnji u razvitku svrstali smo u nekoliko osnovnih grupa. Prvu grupu predstavljaju nepovoljne okolnosti koje su u djetinjstvu samo jedanput doživljene, ali koje su ostavile tešku psihičku traumu: na pr. smrt oca, majke, razvedeni brak roditelja, djeca bez roditelja u domovima. Drugu grupu predstavljaju nepovoljne okolnosti koje su trajno rdavo uticale u cijelom djetinjstvu: otac alkoholičar, otac abnormalna ličnost, majka abnormalna

ŽIVOTNI USLOVI U DJETINJSTVU BOLESNIKA SA NEUROZAMA

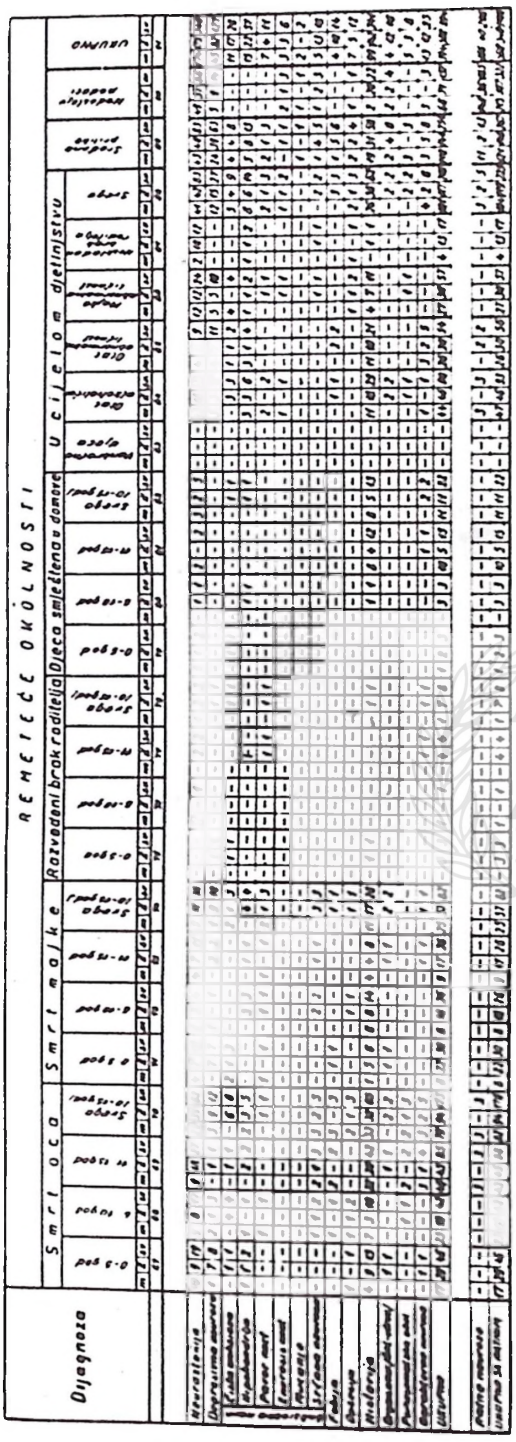


Tabela 2.

ANU BH AHУ БиХ

ličnost, neskladan brak roditelja. Treću grupu predstavljaju bolesnici iz sređenih brakova. Najzad, četvrtu grupu predstavljaju bolesnici za koje nedostaju sigurni podaci.

Pri uporedivanju ovih osnovnih grupa, jasno se vidi da najveći broj neuroza, okruglo 40%, otpada na prve dvije grupe, tj. na one bolesnike koji su u djetinjstvu doživjeli tešku psihičku traumu, kao i one koji su u djetinjstvu bili trajno izloženi nepovoljnim uticajima porodice. Što se tiče prve grupe, treba podvući da se psihička trauma naročito teško odrazila ako je bila doživljena u čvornim tačkama prelaza iz jedne faze razvoja u drugu.

Prema našim podacima, iz porodica sa sređenim prilikama potiče svega 24,3%, što pokazuje treća grupa.

Najzad, četvrta grupa, u kojoj nedostaju podaci, predstavlja 29,2%. Ako iz ove grupe izuzmemo samo polovicu slučajeva i dodamo ih grupi s nepovoljnim okolnostima u djetinjstvu, onda možemo gotovo sa sigurnošću kazati da najmanje 60% svih neuroza otpada na neuroze prouzrokovane psihičkim traumama u djetinjstvu. Iz ovog jasno proizlazi koliki je ogroman značaj usklađenoga djetinjstva, provedenog u zdravoj i sređenoj porodici.

ZAKLJUČAK

Na osnovu iznesenog materijala mogao bi se izvesti opšti zaključak da najveći broj svih neuroza predstavlja neurastenični sindrom, dok je svih ostalih sindroma manje. Što se tiče pojedinih sindroma, na osnovu našeg materijala, može se kazati da histerični, depresivni i čisti anksiozni sidromi, po svom akutnom ili subakutnom početku, imaju vrlo povoljnu prognozu, dok neurastenični, fobični i opsesivni sindromi pokazuju hroničan tok i znatno veću upornost.

Što se tiče opšte prognoze neuroza, može se reći da je ona povoljna i sa starenjem, a vjerovatno i povećanom sposobnošću adaptacije, svi neurotični simptomi postepeno iščezavaju i gube svoju oštrinu.

Podaci Neuropsihijatrijske klinike u Sarajevu pokazuju da su neuroze u toku posljednih godina u stalnom porastu i da su od 1948—1959. god. prvi prijemi neuroza porasli više nego dvostruko, tj. od 4,1% na 8,5%. Prosječna dob bolesnika s neurozama iznosila je 35,1 godina, a u svim razdobljima uzrasta uopšte bilo je više žena nego muškaraca.

Gradsko stanovništvo i doseljenici sa sela u grad predstavljaju preko 2/3 primljenih bolesnika s neurozama, a manje od 1/3 otpada na seosko stanovništvo.

Najveći procenat prijema s neurozama potiče iz kategorije ekonomski uravnoteženih, dok je ekonomski zivisnih i ekonomski sigurnih znatno manje.

Ako neuroze rasporedimo po zanimanjima naših bolesnika, onda na službenike otpada 35%, na radnike 17,5%, a na zemljoradnike svega 5,5%. U profesijama gdje je približno jednako žena i muškaraca, žene obolijevaju od neuroze u dvostruko većem broju nego muškarci, što je, svakako, odraz sadašnjeg socijalnog položaja žene, koje su zaposlene

i na redovnoj dužnosti i u domaćinstvu u kući. Pada u oči visok procenat domaćica — 15,7% — koje obolijevaju od neuroza, jer na njih sada uglavnom pada sav teret ekonomike domaćinstva i vaspitanja djece.

Po obrazovanosti naših bolesnika: najveći procenat otpada na nepismene i one s osnovnim obrazovanjem, a najmanji na fakultetski obrazovane. Međutim, ova statistička iluzija može se lako ispraviti ako se uzme u obzir raspoređenost obrazovanosti na cjelokupno stanovništvo, pa u tom slučaju jasno proizlazi da su neuroze prilično ujednačeno raspoređene po kategorijama obrazovanosti.

Što se tiče bračnog stanja, naši podaci govore da je broj neuroza udatih žena za 1/3 veći od neuroza oženjenih muškaraca, da je broj neuroza obudovjelih žena preko šest puta veći od neuroza muškaraca (što je, svakako, odraz pogibije muškaraca u ratu) i da je, najzad, broj neuroza razvedenih žena 2,5 puta veći od neuroza muškaraca, što, možda, govori o većoj emocionalnoj labilnosti žena u braku, kao i izmijenjenim ekonomskim uzajamnim odnosima žena i muškaraca u današnjem društvu.

Prema našim podacima, životni uslovi u djetinjstvu odlučno utiču na razvoj neuroza. U tom pogledu, na osnovu našeg materijala, oko 60% svih neuroza otpada na neuroze prouzrokovane psihičkim traumama u djetinjstvu, naročito u čvornim tačkama prelaza jedne faze razvoja u drugu, što sve jasno ukazuje na ogromni značaj zdravog i usklađenog porodičnog života i pravilnog vaspitanja u djetinjstvu.

NEDO ZEC

A STATISTICAL STUDY OF NEUROSES FROM 1945 TO 1959 AT NEUROPSYCHIATRIC CLINICS IN SARAJEVO

SUMMARY

From the material brought forth in this paper one could deduce a general conclusion that the neurasthenic syndrome represents the greatest number of all neuroses, while all other kinds of syndromes are more rare. As regards other individual syndromes based on our materials, it can be said that hysterical, depressive and purely anxous syndromes with their acute or sub-acute beginnings, have favourable prognosis while neurasthenic ones, phobic and obsessive syndromes show a chronical course and a far greater stubborness.

As regards general prognosis of neuroses it can be said that it is favourable as patients advance in age and probably increase their ability for adaptation, and all neurotic symptoms disappear gradually losing their acuteness. The data obtained at Neuropsychiatric clinics in Sarajevo illustrate that neuroses are in constant growth and increase in the course of a few last years and that the first admissions to the clinics of neuroses increased more than twofold from 1948 to 1959, i. e. from 4% to 8,5%.

The average age of patiens with neurosis amount to 35,1 vears, there being more females than males in every age of life.

The town population and the immigrants form villages into towns represent over two thirds of admitted patients with neuroses, and less than one third falls to village population.

The greatest percentage of patients with neuroses came from the category of economic equilibrium, while there were far fewer in number categories of economic dependence and of economic safety.

If we distribute neuroses according to professions of patients we find that 35% falls to clerks and officials, 17,5% to workmen, and only 5,5% to agrarian population. In those professions where there are approximately even numbers of males and females, women are afflicted with neuroses doubly as much as men, which can be accounted for by the present social status of women who have to cope with regular office duties as well as with household. One cannot escape noticing the high percentage of housewifes afflicted by neurosis, amounting to 15,7%, because of the fact that the vhole burden of household economy falls on their shoulders, beside rearing up and educating children.

Classing of patients according to their education: the greatest percentage falls to the illiterates and those having only elementary education, and the smallest percentage to those having University education. This statistical illusion can, howerer, easily be corrected if we take into account the distribution of education on the population as a whole, in which case it becomes clear that the neuroses are fairly distributed on various categories of education.

As regards matrimonial conditions, aur data show that the number of neuroses of married women is for one third bigger than the number of of married men, that the number of widows with neuroses equals six times that of males (which can be accounted for as loss of lives of males during the war); and finally that the number of neuroses of divorced women was found to be two and a half times bigger from that of divorced males, which perharps speaks of greater emotional laxity of married women, as well as of changed mutual relations of males and females in present society.

According to our data, life conditions in childhood have a decisive influence on the development of neuroses. In that respect according to our materials, about, 60% of all neuroses falls to those neuroses caused by psychical traumae in shildhood, especially at cross-pointes of transition of one phase of dovelopment into another, which all clearly points to the fact of enormous importance of a healhty and a harmonious family life and a correct education in childhood.

LITERATURA

1. Boehm, F.: Ehrebung und Bearbeitung von Katamnesen. Zbl. Psychother; *14, 17* (1942).

2. Bond, E., and F. J. Braceland: Prognosis in mental disease. Amer. J. Psychiat. *94,* 263—274 (1937).

3. Bürger — Prinz, H.: Endzustände in der Entwicklung hyperthymer Persönlichkeiten. Nervenarzt, *21,* 476—480 (1950).

4. Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie, 9. Aufl. v. M. Bleuler, Berlin: Springer, 1955.

5. Cobb, St.: Treatment of psychoneurosis and results of follow-up study. Mschr. Psychiat, Neurol., *120*, 316—325 (1950).

6. Claude, H.: La psychanalyse dans la thérapeutique des obsessions et des impulsions. Paris méd. *13*, 295—299 (1923).

7. Dührssen, Annemarie: Die Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie. Z. psycho-som., Med., *3*, 201—210 (1957).

8. Prof. dr D. Dimitrijević: O voljnim mehanizmima kod histerije. Med. pregl., jan. 1939.

Pitanje naše ratne neuroze. Vojno-sanitetski glasnik, 1945.

Neurastenija kao početna pojava kod drugih obolenja. Med. arhiv, sept. 1948.

O osnovnom poremećaju kod histerije. Medic. arh., sept. 1948.

Nagoni i njihovo kretanje kod neuroza. Medic. pregled, 1952.

La notin de Schizastenie et son aspekct clinicue, Annal. mec. — Psycholog., mars 1952.

Neuroze sa talamopatskim pojavama. Monografija, 98 str., Sarajevo 1954.

Šizastenija. Monografija, 52 str., Sarajevo, 1954.

Histerija kao neurodinamičan probl. Monografija, 95 str., Sarajevo 1956.

9. Eysenck, H. J.: The effect of Psychotherapy. An Evaluation J. cons. Psychol., *16*, 319—324 (1952).

10. Eysenck, H. J.: The scientific study of personality. London, 1952.

11. Frankl, V. E., et al.: Handbuch der Neurosenlehre und Psychotherapie, München u. Berlin: Uuban Schwarzenberg, 1961.

12. Freud, S.: Studien über Hysterie. Ges. Werke I, S. 140 u. 162.

Bemerkungen über einen Fall von Zwangsneurose. Ges. Werke VII, S. 463.

Nacrhwort zum, »Bruchstüsk einer Hysterie-Analyse«. Ges. Schriften, VIII, S. 115—126.

Nachshruf zur Analyse des kleinen Hans. Ges. Werke VIII, S. 264—265.

Vorwort zu M. Eitingon: Bericht über die Berliner Psychonalytische Poliklinik. Ges. Werke XIII, S. 441.

13. Gutheil, E.: Ergebnisse der aktiven analytischen Impotenztherapie. Z. Sexualwiss., *14*, 412—426 (1928).

14. Harris, A.: The prognosis of anxiety states. Brit. med. J., 649—654 (1938/II).

A comparative study of results in neurotsic patients treanted by two different methods. J. ment. Sci., *100*, 718—721 (1954).

15. Jngham, H. V.: A statistical study of familial relationships in psychoneurosis. Amer. J. Psychiat., 106, 91—98 (1949).

16. Jakovljević V.: Prilog proučavanju sociopsihogeneze neurotičkih ličnosti. Sociologija, 2—3, 55—84 (1960).

17. Kraulis, W.: Zur Vererbung der hysterischen Reaktionsweise. Z. ges Neurol. Psychiat., 136, 174—258 (1931).

18. Knight, K. P.: An Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. Amer. J. Psychiat., 98, 434—446 (1941).

19. Kronfeld, A.: Uber psychische Impotenz. Nervenarzt, 2, 521—532 (1929).

20. Klajn, V., u. D. Petrović: Klinička psihoterapija, Neuropsihijatrija, Zagreb, 5, 34—41.

21. Langfeldt, G.: The prognosis in schizophrenia. Acta psychiat. scand. Suppl., 110, Copenhagen, 1956, 66 S.

22. Ljunberg, L.: Hysteria. A. Clinical, prognostic and genetic study. Acta psychiat. scand. Suppl. 112, Vol. 32, 162 (1957).

23. Massermann, J. H., and H. T. Carmichael: Diagnosis and prognosis in psychiatry. With a follow-up study of the results of short-term general hospital therapy of psychiatric cases. J. ment. Sci. 84, 893—946 (1938).

24. Meggendorfer, F.: Klinicshe und genealog sche Untersuchugen über »Moral instanity«, Z. ges. Neurol. Psychiat., 66, 208—231 (1921).

25. Neustatter, W.: The results of fifty cases trated by psychotherapy. Lancet 228, 796—799 (1935).

26. Rüdin, E.: Ein Beitrag zur Frage der Zwangskrankheit, insbesondere ihrer hereditären Beziehungen. Arch. Psychiat. Nervenkr., 191, 14—53, (1953/54).

27. Rümke, H. C.: Das Problem der Neurose. Bull. Schweiz. Akad. med. Wiss., 4, 1—27 (1948).

28. Ristić, F.: Psihoneuroze danas. Savremena medicina, *2*, 151—163, Beograd — Zagreb, 1960.

29. Schmitz, H.: Erfahrungen mit der individualpsychologicshen Behandlung nach Adler. Z. ges. Neurol. Psychiat., 112, 793—806 (1928).

30. Stokvis, Berthold: Psychotherapeutische Ergebnisse. Z. Psychother. med. Psychol., 2, 262—263 (1952).

31. Shenken, L.: Borderline states. J. nerv. ment. Dis., 123, 466—472 (1956).

32. Slater, E.: The neurotic constitution — a statistic study od 2000 neurotic soldiers. J. Neurol. Psychiat., 6, 1 (1943).

33. Stokholm, H.: Our concept of neurosis. A brief critical comment. Acta psychiat. scand. Suppl. 108, 363—366 (1956).

34. Weiters Beobachtungen zum Verlauf der Zwangskrankheit. Mschr. Psychiat. Neurol., 133, 80—94 (1957).

35. Wyrsch, J: Krankheitsprozess oder psychopathischer Zustand? (Beitrag zur Kenntnis der schizoiden Psychopathen). Mschr. Psychat Neurol., 103, 193—214 (1940).

АНУ ВіН АНУ БиХ