Baština Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

RADOVI XXXI, knj. 12.

Grin, Ernest

1966

Akademija nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/items/60a95f89-de4e-4373-a768-3d02caca85d9

Preuzeto s Baštine Akademije nauka i umjetnosti Bosne i Hercegovine

https://bastina.anubih.ba/

AKADEMIJA NAUKA I UMJETNOSTI BOSNE I HERCEGOVINE

RADOVI

KNJIGA XXXI

ODJELJENJE MEDICINSKIH NAUKA

KNJIGA 12.

ANU BiH АНУ БиХ

Urednik
ERNEST GRIN,
redovni član Akademije nauka i umjetnosti
Bosne i Hercegovine

SARAJEVO
1966

WOLFGANG KRETSCHMER

PROBLEMI ŠIZOFRENIJE U MLADIH*

(Primljeno na sjednici Odjeljenja medicinskih nauka, održanoj 10. III 1967. god.)

Rekli bismo da šizofrenije adolescentnog doba predstavljaju za nas čvrst i samo po sebi razumljiv sastavni deo saznanja naše psihijatrijske dijagnostike i prakse. Ipak, već jedan letimičan pogled na današnju literaturu pokazuje nam da to nije slučaj. U stvari, duševni poremećaji u mladima sačinjavaju najteže poglavlje kliničke psihijatrije, zbog čega nalazimo najrazličitija mišljenja u odnosu na njihovu dijagnozu, prognozu i terapiju. To je, kao što je opštepoznato, povezano sa činjenicom da se ovde mora uzeti u obzir, pored fiziološke, psihološke, psihopatološko-sistematske i specifično-lične tačke gledišta — i factum vreme, tačnije rečeno: razvitak kao nadređeni princip. To, svakako, nije srećna okolnost, jer pomenuti factum od samog početka dovodi u pitanje svaki jednostrani tok pregleda ili lečenja. Mi nalazimo da je osnovni problem: u kojoj su meri psihoze adolescentnog doba u toku sazrevanja čoveka kao takve određene i šta proizlazi iz toga u smislu njihove sistematske podele i lečenja.

Pri takvom neugodnom stanju stvari, treba da nam je, pre svega, jasna činjenica da je danas priznata grupa šizofrenih poremećaja prvobitno bila, i mogla da bude otkrivena samo zbog toga što je postala upadljiva kao mladalačka bolest. Jedan pogled u prošlost naše discipline treba da nam pokaže kako je do toga došlo. To je utoliko potrebnije što još mali broj lekara čita radove iz ranijih vremena, a još manji broj izvlači iz pročitanog potrebne teoretske i praktične zaključke. Jedno od prvih svedočanstava daje nam engleski neuroanatom Willis (već u 18. veku), koji zapaža »da izvesni mladi ljudi koji su kao deca bili živahni, inteligentni i originalni, ... mogu u toku puberteta da pređu u stanje tupavosti«. Dakle: jedan bolesni kontrast u životnoj istoriji, čiju osovinu obrazuje jedan važan vremenski odsečak — pubertet. Značajni psihijatri francuskih kulturnih krugova 19. veka osvedočavaju se takođe o postojanju istog fenomena. Guislain smatra, zbog brojnog porasta duševnih oboljenja u adolescentnom dobu: »Od 17. godine života duševna bolest pripada zaista ljudskom rodu«. I Morel uočava najzad »životnu dob kao predisponirajući uzrok«. Sazrevanje je za njega »jedan kritičan period egzistencije«, jer »on stvara često u mladim ljudima jedan težak

* Predavanje održano u Akademiji 3. X 1966. godine.

prelazni period«. Odatle predstoji još samo jedan korak do zaključka da »otežani razvitak u pubertetu može da pod izvesnim okolnostima izazove ludilo«.

Da bismo razumeli sa koliko prostodušnosti pomenuti psihijatri u specifičnosti jedne faze razvitka vide uzrok duševnih poremećaja, moramo da se podsetimo da su misli o razvitku bile jedna od najvažnijih tema ne samo u doba racionalizma nego i u doba romantizma. Iza toga stoji velika figura Čeha Comeniusa, koji se s pravom smatra kao otac psihologije razvitka, a sa time i novije pedagogije. Ova tradicija oseća se još u delima velikih psihijatara sredine prošlog veka, iako je već tada mehanističko mišljenje prodrlo u medicinu i sve više potiskivalo misli o razvitku.

Ova misao se ipak nije nikada potpuno izgubila. Nju produžavaju i naučno formuliraju Kahlbaum i Hecker, psihijatri iz Görlitza, u drugoj polovini 19. veka. Tako je ona mogla da bude, doduše, zapostavljena, ali nikada više isključena. Kahlbaum zapaža sledeće: 1. da se u pubertetu učestalo pojavljuju duševna oboljenja i 2. da se ne jedan mali deo ovih poremećaja može izdvojiti i opisati kao jedna naročita, karakteristična grupa: hebefrenija i njena podgrupa — heboid. Pošto se ova slika, pre svega, zapaža pri kraju puberteta, Kahlbaum je zaključio bez daljeg da njeno nastajanje treba da bude u kauzalnoj vezi. Isto tako, samo po sebi je razumljivo, pretpostavljao je on dalje, da se staračke psihoze ne mogu objasniti i sistematizovati ako se ne uzmu u obzir naročiti biološki uslovi tog životnog doba, pre svega »fiziološke involucije«. Sa time je, za Kahlbauma, jasno da postoje psihoze »na podlozi jednog biogenetskog procesa« koje »su povezane sa jednom izrazitom fazom života«. Kahlbaum izričito dovodi u vezu ove psihoze sa telesnim poremećajima razvitka (mozak i periferija), ali ih oštro odeljuje od duševnih oboljenja koja mi danas označujemo kao egzogena. »U svim tim slučajevima individualni je razvitak u celini glavna podloga bolesti«. Dalje, u osnovi biogenetski uslovljenih oboljenja prvenstveno leže nasledni faktori. U opštim razmatranjima, dakle, uzeta je u obzir kasnija konstatacija da se kod šizofrenije često pojavljuju i telesni poremećaji sazrevanja i da ova duševna oboljenja, kao i poremećaji sazrevanja, stoje u naslednoj vezi. Ova ideja pokazuje neobičnu širinu kliničkog pogleda i biološkog gledanja ne samo za ono, nego i za današnje doba. Tako dolazi Kahlbaum u svojoj poznatoj sistematici psihijatrije do sledećeg zaključka: postoji jedna glavna grupa oboljenja »biogenetsko-sekundarne psihoze« ... »Njihova dijagnostička diferencijacija upravlja se prema naročitom, u osnovi označenom biogenetskom procesu. Ovako formulisana hipoteza razvitka psihijatrije ne znači, ovo treba da zapamtimo, da postoje psihoze koje se slučajno vremenski poklapaju sa periodima važnih preobražaja čoveka. Pri tome se poremećaji mnogo više shvataju kao rezultat samog procesa razvitka, kao što neko drveće donosi dobre, neko pak loše plodove, a da se pri tome ne zna zašto. Prema tome, bilo bi moguće da se duševna oboljenja interpretiraju u analogiji sa degenerativnim organskim oboljenjima. Naslućujemo da ova ideja, koja kao eho odzvanja iz Geteovog doba organske sheme oblika, nosi u sebi svu težinu fatuma, to utiče i na čovekovu egzistenciju. Pošto se čovek u pubertetu priprema da potpuno sazri, sa

završetkom tog perioda (a to je adolescencija) on mora u potpunosti da pokaže šta se zapravo u njemu nalazi, koje od mogućnosti samoobistinjenja: zdravo, poluzdravo ili bolesno. Tek kada smo ideje o razvitku razumeli, moći ćemo da ocenimo njihov pravi značaj, ali i njihove granice.

Ono što je teoriju Kahlbauma uzdiglo iznad nivoa jedne gole hipoteze, bio je prikaz posebnih simptomatskih obeležja klasičnih psihoza postpubertetskog doba. Ono čime su se one najviše odlikovale, bio je čin koji mi danas nazivamo konflikt sazrevanja. Mladalačke psihoze su drame sazrevanja u kojima bolesnik želi da postane čovek, ali to nije u stanju. Tako se naizmenično u njemu prelivaju dečje, ali i odraslomudrijaško, nezreli zahtevi, ali i visokomislene ocene. Bolesnik izgleda kao da se batrga između dve faze života. Tek je ovo zapažanje osmelilo Kahlbauma da potpuno formuliše tezu da je pubertet »podloga«, što znači bitni uslov ovog poremećaja. Pubertet ima, dakle, - današnjim jezikom rečeno - patogenetsku i patoplastičnu funkciju.

Razmotrimo sada detaljnije simptome mladalačkih psihoza. Pre svega, ovde imponira dečji aspekt ponašanja koje se može označiti kao preterano dečje reagovanje. Po Kahlbaumu to je »karakter nerazvijenog, nedozrelog, dečjeg, mladalačkog«. Moglo bi se reći: to je karakter nevaspitanog deteta. Primarno je pogođeno etičko ponašanje koje odstupa od uobičajenog u porodici. Bolesnici postaju aljkavi, manje negovani, uopšte nezainteresovaniji; ne poštuju zahteve ponašanja, takta, uljudnosti, ili se moralni nedostatak ispoljava u zadevanju, provokacijama i uopšte ometanju drugih osoba. Iza toga obično stoji negativizam, potreba da se drugima protivureči, ako ne i težnja da se nalozima suprotstavi ili pak, obrnuto, težnja za pribavljanje uvaženja od strane okoline (koketarija). Sve gore pomenuto izgleda kao da je utopljeno u karakterističnoj atmosferi neozbiljnog što se ispoljava čas kao ravnodušnost, čas - pretežno - kao šaljivost. Ovo su još Kahlbaum i njegov saradnik Hecker označili kao »šašavost«, ili »budalasto« i »nesređeno ponašanje«. Taj utisak još više se pojačava eventualnim čestim smeškanjem i telesnim ispoljavanjima koje je Kahlbaum označio kao »horeatiformne«, Hecker kao »nonšalantne, mlatarajuće, ćoškaste pokrete«.

Kao suprotnost ovom, deci svojstvenom ponašanju, koje neupućenom posmatraču imponira kao »loše vaspitanje«, »nevaspitanost«, Hecker je video, između ostalog, i »dostojanstveno, starmalo ponašanje«, pri čemu je kontrast sazrevanja naročito dolazio do izražaja. Naučnici dođoše tada konsekventno do zaključka da se kod ovih tipičnih psihoza između 18. i 22. godine života radi »o bolesno uveličanom i izobličenom povratku u doba šiparica i dečaka-neotesanka sa njihovim karakterističnim simptomima«.

Iz toga, naravno, proističe i pitanje da li je to, u razvitku inače uobičajeno doba koje može da nas naizmenično naljuti i uveseljava, nešto bolesno, ili šta bi to uopšte moglo da bude. Hecker daje na to jedan suptilan, prefinjen odgovor, koji je danas isto tako aktuelan kao i pre 80 godina: »Sa početkom puberteta bude se u duši....., podsticani od dosad nepoznatih osećanja, nizovi tamnih predstava koje sa postojećim dolaze u sukob i izazivaju čudnovatu smetenost. Novo Ja želi da se aktivno utisne u staro, ali ono, tako reći, ne nalazi prostor u posto-

jećim formama; da bi mogle da se prilagode novim osećanjima i predstavama, telo i duša rastežu se i šire uz nespretne obrte tamo-amo. Staro Ja u nedoraslim dečjim cipelama..... još ne dopušta da bude potisnuto i sada počinje borba, jedan osobeni sukob između misli i osećanja koji u celokupnom biću i ponašanju individue nalaze svoj izraz u popularnim nazivima »klipan, neotesanko« kod dečaka, »šiparičko doba« kod devojaka. To je vreme u kome se neposredno dodiruju najoštriji kontrasti, neuravnoteženo ispoljavajući se istovremeno ili naizmenično jedan za drugim. Sa izvesnom sanjarskom ozbiljnošću i zadovoljstvom u zanesenjačkim idejama i prerano zrelim razgovorima, povezuje se jedan specifični javašluk i sklonost prostačkim, ili čak frivolnim šalama. Pored nežnih osećanja nastupa često izvesna duhovna sirovost i neugladenost. Pre nego što se nova struktura uobličila i konsolidovala da bi mogla da primi nove sadržaje, ona deluje amorfno rasplinuta. Unutrašnjem i spoljnjem, mišljenju, govoru, kretanju i delanju nedostaje jedna čvrsta, sigurna, određeno uokvirena forma koju zapažamo kod dece kao i kod odraslih. Dolazi do izražaja, spolja i iznutra, izvesna rastrojenost«.

Kao što su metafizika puberteta i fenomenalno poimanje ljudske egzistencije, koja je u stalnom kretanju i teško podleže fiksiranju, tako su i navodi H e c k e r a jedno majstorsko delo psihijatrijske literature koje teško da je dosada prevaziđeno. Šta proizlazi iz toga u odnosu na hipotezu o razvitku? Odgovor je trojak: prvo, pubertet donosi sa sobom izvesno labavljenje strukture ličnosti, što je za to doba normalna pojava; ona ipak stvara u mladih povećanu vulnerabilnost kao u raka samca koji se, nezaštićen, nalazi na putu između malog, starog i novog, velikog puževog oklopa u kome on traži zaštitu za svoje gracilno telo. Drugo, osobito su ugrožene one osobe koje su još pre puberteta bile nedovoljno telesno i duhovno razvijene (K a h l b a u m i H e c k e r u više mahova pozivaju se upravo i izričito na ovu činjenicu otežanog sazrevanja). Treće, mogućne su promene zbog jednog nepoznatog duševnog procesa koji će vulnerabilni puberalni organizam veoma snažno da pogodi: tada će se jedna prirodna drama sazrevanja i njeno nesigurno rvanje pretvoriti u bolesnu dramu. U tome slučaju - H e c k e r to još jednom vanredno formuliše - »fiziološki će se proces (pubertet) pretvoriti u patološku permanentnost, pri čemu pojave koje u nekom prelaznom periodu dolaze samo povremeno do izražaja ovde se probijaju u bolesno povećanoj meri«. To znači, recimo to još jednom jasno, da u pubertetskim psihozama normalne teškoće sazrevanja, prvo, ekstremno se povećavaju i, drugo, permanentno ostaju ili se bar njihov kraj ne može sagledati. U ekstremnim slučajevima drama sazrevanja, tako reći, zastaje. Tada ostaju »elementi koji se bore u položaju kao da se međusobno prepiru«. Ovo važi samo za defektna stanja.

K a h l b a u m razlikuje, dakle, dve vrste mladalačkih psihoza i to prema stepenu ispoljavanja i prema toku: prva, hebefrenija, može da dovede do žestokih uzbuđenja ili pak do potpune nepomičnosti i do apatije; sve zajedno dovode do blesavosti, — druga, heboid, može u pojedinim momentima da se snažno ispolji, ali ipak ona ostaje simptomatski u okviru opisanih odstupanja (nepristojnosti) i može često da pređe u potpuno izlečenje. Pošto K a h l b a u m tako nijansira teške

i lakše forme, on time ostaje veran organskom principu razvitka i spoznaje: da psihoze, kao i sve životne pojave, pokazuju kvalitativne i kvantitativne prelaze u njihovim manifestacijama, — dakle, ne mogu da se racionalistički podele u smislu jednog ili — ili.

Najzad, sa problemom razvitka srećemo se ponovo na mestu gde se, bez daljeg, ne nadamo, naime — u vezi sa terapijom. Govorio sam o fatalističkom zaključku koji proizlazi iz svake hipoteze o razvitku, ukoliko se proces smatra ireverzibilnim. Kahlbaum ne povlači ovu konsekvencu i to baš u ime principa razvitka. Njegova razmatranja dozvoljavaju da se shvate dva razloga za njegov terapeutsko aktivan stav; iako on ove razloge izričito ne pominje, oni se lako mogu spoznati. Svako, pa i lekar, nada se i veruje da jedno živo biće, naravno i pre svega čovek, uvek je u stanju da se menja, makar to bilo i u najmanjem opsegu. U slučaju Kahlbauma ovo verovanje se crpi, kao što je poznato, iz pedagoškog optimizma 18. i 19. veka. Drugi koren terapeut skog stremljenja, ne manje lepog i pre svega humanog, leži u spoznaji da su mladi u postpubertetskom dobu sposobni da rastu i zato je mogućno da se na njih utiče. Sposobnost sazrevanja znači istovremeno i sposobnost lečenja, moglo bi se zaključiti prema gore rečenom. Kahlbaum, kome stoje na raspoloženju samo umirujuće bromove soli, počinje, dakle, njegove mlade bolesnike da vaspitava, bahate drugačije nego strašljive. On im određuje jedan čvrsti dnevni raspored i pokušava na svaki način da abnormalnosti obiđe ili ujednači; da im obuzda volju i da je upravi u smislu celishodnog rada; duševno da ih razgali, obraduje. Ukoliko je to bilo moguće, prekinuto školovanje bilo je nastavljeno. Svakog dana dolazili su iz grada u bolnicu učitelji raznih teoretskih i umetničkih disciplina da podučavaju bolesnike. Uspeh, naravno, nije izostao. Kahlbaum je nazvao ovakvu organizaciju »lekarski pedagogium«, a njegova stremljenja antropagoškim ili psihagoškim.

Tako smo u kratkim crtama upoznali jedan psihijatrijski sistem čija je glavna osovina misao o razvitku, a njegov motor u lekara — humanitarni optimizam. Hipoteza o razvitku je tako konsekventno i široko shvaćena da se pubertetske psihoze mogu simptomatski i genetski opisati kao zbivanje u toku nastanka čovekove ličnosti, što istovremeno uključuje i adekvatnu terapeutsku dimenziju kao izraz poverenja u sposobnost razvitka svega živog. Humanitarni optimizam teoretski i praktično jamči za jednu humanu perspektivu koja je izvan organsko-biološke. Mi to saznajemo na pojmu Ja, na koji naročito Hecker potpuno i realno ukazuje kao na središte čoveka koji se pati i stvara. Zapravo, čak i u nevolji puberteta spoznaje se Ja kao aktivno, »stvaralačko«, što znači kao aktivni centar, ne kao u materijaliste Griesingera i kasnije u psihoanalizi — kao predmet igre prirodnih sila, kao biće koje samo boluje, brani se, ili reflektorno reaguje kao prosto sastajalište centripetalnih snaga. Tako se shvatanje Heckera i Kahlbauma o hebefreniji kao mladalačkoj bolesti potpuno zaokružuje i svojom širinom pogleda dostojno je vremenu Getea. U svakom slučaju, imponiraće kao primer zaokruženosti dimenzija koje se međusobno dopunjuju.

Sada ćemo dotaći jednu drugu tačku gledišta, koja je bila u okviru dosadašnjih razmatranja uključena, ali sada zaslužuje da se posebno iscrpnije obradi. Klasične hebefrenije i heboidi bili su za Kahlbauma

primarno upadljivi sa jednom određenom stranom ljudske prirode, naime, sa poremećajem ponašanja, sa načinom ispoljavanja pokreta, sa osobenostima njihove strukture volje. Kada govorim o volji, pod tim podrazumevam formalni princip svakog pokreta, takođe i govornog, bez obzira da li se on izvodi namerno ili nenamerno. Iako Kahlbaum i Hecker nisu malo znali i rekli o unutrašnjim doživljavanjima pri mladalačkim duševnim oboljenjima, što je za nauku o šizofreniji od velikog značaja, težište njihovih razmatranja leži, nesumnjivo, na poremećaju volje. Ako Kahlbaum heboide, a takođe i početne faze hebefrenije, označava kao »moralno ludilo«, to treba shvatiti strogo deskriptivno, a da se time misli na odstupanje od korektnog socijalnog ponašanja, ne kao poremećaj ideologije. Hecker, uvek suptilan u svojim razmišljanjima, spoznaje da se poremećaj volje pokazuje kao promena forme toka pokreta, »da se glavni deo poremećaja kreće u formalnoj oblasti«. Time što on formu stavlja u središte svojih razmatranja, postaje mogućno da se u poremećaj volje uključe i govorna ispoljavanja, tok misli: građa rečenica je nekako usiljena, komplikovana ili nemarna u hebefreničara. Ovde se radi o jednom osnovnom problemu antropologije, a sa time i psihijatrije: da li je primarna volja ili doživljaj? Psihijatrijski rečeno: da li se bolesnik ponaša naopako zato što ima pogrešne ideje, ili abnormalno misli zbog toga što postoji poremećaj volje? — Prema današnjem stanju našeg saznanja, na ovo pitanje nije mogućno dati pravi odgovor, jer ono je samo po sebi prividno. Svakako da psihijatar ovo pitanje ne može da obiđe, utoliko više što su ga Scheling i Schopenhauer najbrižljivije pratili. Najviše ćemo se približiti problemu ako se zapitamo da li treba da razumemo kao predubeđenje naglasak na formalni aspekt volje kod Kahlbauma i Heckera, ili poremećaj volje zaista stoji u prvom planu kod hebefrenije. Za oba stava postoje argumenti. Najpre su kliničari u drugoj polovini 19. veka imali ambiciju da prema posmatranju telesnih pojava postavljaju dijagnozu i da se što je mogućno manje upuštaju u spekulacije o unutrašnjim doživljavanjima bolesnika. Drugo, jedva da je i bilo nekog psihološkog sistema, ili iz njega izvedenih testova pomoću kojih bi se mogla ova doživljavanja proučavati. U tome pogledu delovanje psihijatara bilo je ograničeno, odnosno suženo. Sa druge strane, nama je, kao i ranije, poznato da su tipične hebefrenije siromašne u bolesnim sadržajima predstava (sumanute ideje, halucinacije itd.), ali bogate u formalnim poremećajima telesnih pokreta, govora i opšteg ponašanja. Klasična nauka o hebefreniji, dakle, teško da je jednostrana, ukoliko je reč o inventarisanju fenomena. U odnosu na suštinu bolesti Kahlbaum je bio takav svestrani posmatrač i dovoljno stručno verziran da je mogao u zaključku 1890. da primeti: »Ova grupa je karakteristična po promenama čoveka u celini, naročito u duhovnom delu njegovih manifestacija, tako da se ovi slučajevi ne mogu prosto označiti kao parcijalni poremećaji, ili samo kao bolesti delanja«. Ovaj stav razlikuje se od stava Wernickea i Ziehena, koji bolest kao ispad pojedinih funkcija, dakle — subtraktivno, shvataju.

I pored potrebnih proširenja pojmova bolesti u smislu promena celokupne ličnosti, primer hebefrene grupe sa njenim akcentom na području volje ima trajno i načelno značenje za psihijatriju. Poznato je da smo kod teških psihoza isključivo, ili gotovo isključivo, upućeni na

posmatranje ponašanja, a sa time na analizu forme. Početne mladalačke psihoze najavljuju se, pre svega, preko lakših poremećaja ponašanja, i to pre nego što možemo da uočimo poremećaj intrapsihičkog doživljavanja. Najzad, mi smo uopšte kod svih psihičkih poremećaja upućeni na saradnju s pacijentom, ukoliko želimo da istražujemo njegov intimni svet doživljaja. Ponašanje, naprotiv, imamo stalno pred očima. Primat volje je, dakle, u psihijatriji, pre svega, pitanje svrsishodnosti. Za nas ne postoji nikakav drugi put osim onog koji vodi od spolja prema unutra. Ali i na terapeutskom području volja i forma nemaju manji značaj. Vežba i red u delanju su još uvek mogućni i kada ne postoji mogućnost razgovora sa bolesnikom. Red u delanju je obično povezan sa redom u doživljavanjima i onda kada ta povezanost nije tako jednostavna kao što nekad izgleda. Poremećaj ponašanja u hebefreničara (kao nevaspitanost), kao da poziva na disciplinirane i delanje. Pedagogika u psihijatriji nije nešto što je zastarelo, ona zapravo predstavlja nužnost.

U svakom slučaju, od Kahlbauma se je pravac istraživanja upravio na suprotnu stranu. Sa razvojem psihologije, pre svega psihoanalize, sa diferencirajućim razvitkom projektivnih psiholoških testova - psihički sadržaji, afekti i motivi dolaze u centar pažnje, potiskujući pri tome elementarne probleme volje. U Kraepelinovim ispitivanjima Dementia praecox nalazimo još uvek ravnotežu između sadržaja i forme. Stransky (1903), uz mudru uzdržanost, stavlja akcenat na »intrapsihičku ataksiju«, poremećaj koordinacije između psihičkih područja, sa čime uspeva da u svoju definiciju uključi u jednakoj meri i doživljavanja i volju. Tek kod Bleulera pravac gledanja okreće se jednosmisleno ka intrapsihičkom životu. Njegov pojam »šizofrenije« odnosi se primarno na samodoživljavanja bolesnika, na njegove predstave, njegova osećanja. Šizofrenija je poremećaj opažanja, načina doživljavanja, mišljenja, iz čega se lako može izvesti i poremećaj volje. Shodno tome, hebefrenija, budući da je siromašna u patološkim sadržajima, nestaje iz centra pažnje i postaje nekarakteristična, sporedna forma šizofrenije. Od 1920. do 1960. to se opisuje na sledeći način u njegovom čuvenom psihijatrijskom udžbeniku: »Šizofrenije sa akcesornim simptomima različite vrste zadržale su svoj naziv hebefrenija, iako ovaj naziv nije prikladan sadašnjem pojmu« ..... ona obrazuje sada veliki lonac u koji se ubacuju sve one forme koje ne mogu da se uvrste u ostale tri«. Dakle — tako misle Bleuler, sen. i jun. — jedan zastareli termin za nekarakteristične šizofrenije. Ovo nejasno, ali i negativno opredeljivanje (nešto što se *ne može* uvrstiti), kao i brza likvidacija jedne oduvek očigledne i jasne slike pokazuju u kolikoj meri u Bleulerovoj oceni preovladava shvatanje intrapsihičkog života kao glavnog kriterija. Jedva da je bilo ikada primećeno da se sa ovim premeštanjem akcenta istorijski (možda i ontološki) red postavlja upravo naglavačke. Jer, hebefrenija i katatonija, sa njihovim težištem na sferi volje, obrazuju izlaznu tačku i preduslov nauke o šizofreniji, nikako obrnuto.

Na sličan način raspadaju se i misli o razvitku. Za Kraepelina je Dementia praecox još uvek i pre svega bolest adolescencije. Još 1909. on govori o »silovitim duševnim i telesnim preokretima u toku razvoja« kao mogućnom uzroku nastajanja ludila. Iako on ovu povezanost ne smatra »neprikosnovenom«, u zaključku kaže: »Još uvek, uz takvu uče-

stanost ovih oboljenja u vremenu između 18. i 25. godine života, ne može se odbaciti misao da ovo doba, iz bilo kog razloga, stvara naročito povoljne uslove za njihovo nastajanje«. I Stransky u svom već pomenutom radu dopušta da svaka mladalačka psihoza nosi u sebi psihološke osobenosti preokreta u pubertetu. Ipak, kratko vreme posle toga Eugen Bleuler konačno se odriče kauzaliteta razvitka. Način doživljavanja odlučan je za dijagnozu šizofrenije, a ne, dakle, razvojnotipični karakter. I od tada postulirani bolesnostvarajući, endogeni faktor čini usvajanje razvojnodinamičkog uzroka suvišnim. Nije nikakav slučaj da zajedno sa idejom o razvitku nestaju i postepeni prelazi između zdravog i bolesnog (heboid i hebefrenija). Od tog vremena psihijatri usvajaju ili ovako skraćeno shvatanje, ili pak ostaju pri kliničkoj slici koju su opisali Kahlbaum, Hecker i Kraepelin, ne shvatajući je bezuslovno na razvojnodinamički način. Interesovanje se više ne koncentriše na povezanost razvoja i psihoze, nego na zbir simptoma, na jedinicu bolesti: ako već postoje određeni simptomi, priključimo ih određenoj bolesti. Na ovaj način dijagnosticira šizofreniju većina psihijatara u svetu. Razvojna tačka gledišta primenjuje se samo na sindrom, ukoliko se zaista prati tok bolesti. Ali, ništa nam neće pomoći uključivanje dubinskopsihološke analize, na primer, u ovu perspektivu. Jer njome se konstatuju samo sadašnje posledice ranijih biografskih zbivanja, ali ne i proces nastajanja, razvitka. Od prvog svetskog rata dosada uvedene su u psihijatriju različite nove perspektive: psihoanalitička, fenomenološka, antropološka, egzistencanalitička. Sve su idejama razvitka, a time i psihopatologiji puberteta, samo uslovno prilazile. To dolazi naročito do izražaja kod psihoanalize. U poslednje vreme čuli smo navode za to pozvane Ane Freud »da je analitičko znanje o pubertetu još uvek krnje«. Ovo proizlazi naročito iz toga što za analitičara pubertet obrazuje samo jednu dinamičnu pozadinu koja dovodi do razvitka konflikata koji su nastali u detinjstvu. Sa ovim ograničenjem na intrapsihički doživljaj, ostaje autonomni proces sazrevanja, kvalitativno i kvantitativno kretanje nagona, na periferiji našeg radnog polja. Istovremeno postaje i formalni aspekt, labavljenje psihičke strukture, nevažan. Analitičar stoji pred jednom neočekivanom situacijom: »Mladi pacijenti padaju neposredno iz jednog afektivnog stanja u drugo, ispoljavajući protivurečne reakcije istovremeno ili naizmenično..... i ne ostavljajući ni mogućnost, ni vreme za sprovođenje uredne tehnike«. U stvari, ukoliko psihoanaliza samo motive i libidinozne ciljeve posmatra, i svoju tehniku primeni kao jedan prinudni ceremonijal, lečenje neće biti uspešno. Nasuprot tome, jedan prirodno orijentisan psihijatar spoznaće karakter bolesti i intuitivno se prilagoditi situaciji. Njemu je poznato da duševno poremećeni mladi ljudi često nisu raspoloženi za analitičke dijaloge, jer njihova energija je ili usmerena prema sopstvenom doživljavanju, ili pak ka neposrednom aktivnom odnosu prema okolini. U oba slučaja potrebno je manje pribranosti za unutrašnje probleme, nego za delovanje i stvaranje u spoljnjem svetu.

Antropologija, fenomenologija i daseinanaliza takođe polaze od subjektivnog stanja. Biološki supstrat sa njegovom unutrašnjom napetosti i u njegovom razvitku ovde uopšte ne mogu da se sagledaju. Postoje samo čovek i svet, ali nikakva psihofizička konstitucija. Tako

mi dolazimo do jednog finijeg razumevanja čak i psihotičkih fenomena. Pozadina ovih fenomena u prirodnoj strukturi koja je u stvaranju, u fazi razvitka, uzmiče od pogleda koji nije više klinički nego filozofski.

Sa konsekventnim praćenjem ove linije termin hebefrenija ne samo da je postao suvišan nego i neodrživ. I to ne samo zbog toga — kako Bleuler i drugi kažu — što hebefreni sindromi postoje i u odrasloj dobi, jer u osnovi takvih psihoza mogu da leže potpuno nezrele karakterne strukture u smislu nikada zaključenog puberteta. Bolje bi bilo da ovde govorimo o hebefreniformnim slikama. U svakom slučaju, ne sme se — kako je to oštroumno K. Schneider formulisao — deskriptivne sindrome jednostavno izjednačiti sa pojmovima razvitka specifičnog za svaku fazu. Treba da se složimo sa Schneiderom: jezički pojam i stručni pojam treba da se na najbolje mogući način poklapaju. Ali, hebefrenija znači mladalačko ludilo. Dakle, samo bi onaj psihijatar smeo da upotrebi termine heboid i hebefrenija koji je u stanju da oseti organski razvitak i ozbiljno ga shvati kao »uobličenu formu koja živi i razvija se« (Gete). Ova sposobnost kao da je u proteklom vremenu nestala u korist čiste neuropatologije ili subjektivnih refleksija.

U poslednjih 80 godina, dakle, predmet interesovanja premeštao se od forme ka doživljaju i sadržaju, ili od objektivnog prema subjektivnom. Dinamičke misli o razvitku bivaju potiskivane od statičnih koncepcija sistematizacije simptoma. U nešto boljem slučaju, na mesto prirodne dinamike procesa sazrevanja i involucije, došla je psihološka dinamika motiva. Sa ovim promenama došlo se do obilja psiholoških saznanja koja do 1900. nisu postojala. Istovremeno je psihijatrija gubila misaono bogatstvo, životnost i ideološku zaokruženost ere Kahlbaum—Hecker (nasleđivanje, telesni razvitak, razvitak karaktera, ljudski duh kao odgovarajuća stvaralačka volja). Samo je jedan naučnik spoznao u punom obimu dubinu i dalekovidost zamisli toga vremena i preuzeo njeno nasleđe: E. Kretschmer. On polazi konsekventno od ideja o razvitku. Zdrav i bolestan su strukturni sastav, obličje. To obličje podređeno je procesu postajanja (sazrevanju i starenju). Čovek se, dakle, suočava sa jednim autonomnim prirodnim procesom postajanja u kome se ostvaruje jedan plan razvitka. Nasuprot toj autonomiji postajanja u vremenu, čovek se može probijati sâm samo u uskim granicama: ubrzavajući, usporavajući i delimično preinačavajući ovaj proces. Ova situacija je već sama po sebi dramatična, jer čovek nije u stanju da ovu autonomiju prirodnog procesa jednostavno preuzme, nego mora da se samopotvrdi i oblikuje svoj život. Ova naprasnost se pretvara u određenim prilikama u tragediju, ako čovek dospe u protivurečnost sa svojom prirodnom strukturom, ukoliko spoljni zahtevi premašuju njegove sopstvene mogućnosti, ili ukoliko njegove prirodne snage stoje nepomirljivo jedne nasuprot drugima. Takva opasnost naročito je velika u vreme puberteta, jer u to vreme telesno-duševni supstrati narastaju, eventualno u napadnoj formi. Kao delove tih supstrata smatramo naročito telesne organe i nagone. Ukoliko svi delovi tih supstrata ne sudeluju jednako u razvitku, dolazi do konflikta, jer mogućnostima i željama suprotstavljaju se inhibicije i strahovi. Treba da se uzme u obzir da pri tome postoji protivurečnost između dečje nagonske želje: biti vođen i vezivati se za roditelje, sa jedne strane, i, sa druge pak strane, novih nagona

samopotvrđivanja i erotičnog vezivanja. Na ovaj način, tamo-amo rastrzane između starih i novih nagona prvenstveno su osobe kod kojih drama sazrevanja vodi do neuroze ili pak psihoze šizofrenog kruga. Zbog čega se jednom kod otežanog sazrevanja doživljava samo kriza, a drugi put nastaju neurotični ili čak psihotični simptomi, nije nam poznato. Takozvani teški doživljaj kao spoljni podsticaj često nismo u stanju da nađemo. Mora se, dakle, kao što je to radio K a h l b a u m, hipotetski računati sa činjenicom da postoji jedan naročiti faktor oboljevanja koji zahvata fiziološki proces puberteta, što u to doba dovodi često do teških i trajnih oštećenja zbog naročite vulnerabilnosti mladog čoveka. Autonomni prirodni procesi sazrevanja pretapaju se, dakle, prema ovom teoretskom gledištu, u jedan fatalni preokret dinamične strukture ličnosti i na toj podlozi rastu rdavi plodovi ometanih i otkočenih nagona, straha i samoprecenjivanja, i, najzad, osećajne praznine. U produženju ovih iz organskog sveta uzetih predstava K r e t s c h m e r je uočio tekuće prelaze između, tako reći, nečujnog normalnog sazrevanja, pubertetske krize sa njenim pedagoški još savladivim poremećajima ponašanja i labilnim raspoloženjima — i heboida kao umerenog, ali sa običnim pedagoškim sredstvima nesavladivog bolesnog potresa osnove ličnosti, te, najzad, hebefrenije kao izražene psihoze. Ne samo zdravi, nego i bolesni organizam sledi zakonima razvitka živog, prikazuje se, dakle, u stepenima uobličenja.

Pri ovom dinamičko-biološkom načinu razmatranja ne čudi nas ako K r e t s c h m e r takođe pripisuje prvenstvo volji ispoljenoj u formama pokreta. Ako sa svojim razmatranjima polazim od duševno-telesne strukture (govorili smo već o prednostima jednog takvog stava), ne mogu tada da počnem sa samosvesti ili sa predstavama. Nalazimo se već u oblasti forme i — pošto se forma koja živi pokreće — u oblasti stila pokreta. Baza toga stila je struktura volje (bez obzira na to da li se radi o pokretima udova, tela, lica ili govora) koju takođe možemo da označimo kao karakternu strukturu. Već po napetosti mišića, tempu, ritmičnom sastavu, razlikuju se ovi stilovi kod svakog pojedinog čoveka, kod svake pojedine bolesti. Pošto svaki međuljudski odnos, prema tome i lekarski, polazi od spoznaje pokreta, takvo shvatanje strukture volje postoji kod svakog pregleda. Tako su kod K r e t s c h m e r a klasične pubertetske psihoze postale uzoran primer psihijatrijskog pregleda uopšte. Ko ovde stil volje — kako u telesnim pokretima, tako i u opštem ponašanju — analizira, često može ispravnu dijagnozu da postavi i u slučaju da ništa ne zna o unutrašnjim doživljavanjima.

To, izvesno, ne znači da bi istraživanja psiholoških i personalnih povezanosti postala sporedna stvar, šta više ona često odlučuju o terapiji. Ali, pre svega, otkriva nam ponašanje kao takvo, bez govora, već mnogo o psihičkom životu. Ili obrnuto: treba da mislimo na osnovno psihološko iskustvo da spoljni utisak, dakle — i pokret, može da prevari. Mladi bolesnik može nešto sasvim suprotno da demonstrira sa svojim neotesanim ponašanjem od onoga što želi. Psihijatar ne sme da bude impresioniran takvim ponašanjem, on treba utoliko brižljivije da ispita dublji smisao ponašanja. Sa time u vezi, kao kod hebefrenija, K r e t s c h m e r govori o fasadnim psihozama, čime treba da bude označena protivurečnost između ispoljavanja i intrapsihičkog života. A sa time smo stigli

i do problema psihoterapije. Mladom psihotičnom bolesniku je potrebno razumevanje i pomoć. Kod dobronamernog lečenja nestaje sa jednim udarcem ravnodušna ili naduta fasada. Pomoć se sastoji, pre svega, potpuno u smislu K a h l b a u m o v i h zapažanja, u razvijanju strukture volje, u disciplinovanju, u podržavanju svrsishodne delatnosti. U aktivitetu, u kretanju, čovek nalazi već sam po sebi sigurnost i potvrdu samosvesti. Ostaje i tada uvek dovoljno vremena za razgovor.

Po K r e t s c h m e r u, dakle, mogu i moraju pri tome da budu upotrebljena sva terapeutska sredstva psihologije. Ali, doživljaji i predstave bolesnika ne posmatraju se i ne obrađuju se sami za sebe, nego se - pre svega - odnose na strukturu volje. Tako psihologija ne može da lebdi u vazduhu. Jedna - tipično klinička metoda razlikuje se načelno od jedne duhovno-naučne (psihološke ili filozofske) analize karaktera.

Heboidne i hebefrene slike previđaju se često, naročito u početku bolesti: kao histerije, neuroze, psihopatije, simulacije. One dospevaju, ako i uopšte dospeju, tek kasno do psihijatra, a mnogo češće »imaju sa njima posla učitelji, teolozi, policija i sudovi« (Hess, Görlitz). Danas je opasnost naročito velika da se ne previde kao neuroze, kao što bi to mogao da bude slučaj kod analitičara koji nema potrebnog psihijatrijskog iskustva. Ljudski motivi, naime, ne razlikuju se od onih koji postoje kod pravih neuroza u stadijumu sazrevanja. Pojave su raznovrsne. Mladalačka pomeranja strukturne podloge mogu se sakrivati iza maničnih ili depresivnih slika. One mogu da budu sa katatonim ili paranoidnim prizvukom, — najzad, mogu da pređu u jednostavnu blesavost ili u dramatičnu paranoidno-halucinatornu šizofreniju. Nama je potrebno često sve naše psihijatrijsko znanje da bismo mogli sa ovim neodređenim i promenljivim slikama da izađemo na kraj, jer one obično ne ulaze u jednostavne tabele simptoma. Dijagnozi ne treba, znači, prići od strane krutih jedinica bolesti, nego postepeno, kružeći od sindroma i krugova formi do jedne slobodne individualne sinteze.

Takođe se i lečenje nalazi pred teškim zadacima i zahteva od nas da smo i fiziolozi, i dubinski psiholozi i pedagozi. I taj zahtev dolazi pred nas, iako mi jedva da igde posedujemo naročita odeljenja za veći broj duševno poremećenih mladih ljudi, niti smo dostigli nivo »lekarskog pedagogiuma« K a h l b a u m a. Iz tih razloga, ne samo zbog psihijatrijske teorije, ne bi smelo pitanje mladalačkih psihoza da nam bude ravnodušno.

Ovim izlaganjem hteli smo da se podsetimo na jednu oblast psihijatrije, bogatu problemima, jer ona predstavlja jedan od najtežih poslova koje bismo trebali da savladamo. Ali, taj teški posao će moći razumeti samo onaj koji je u stanju da se uživi u procese života i koji ne zahteva da se život potčinjava teoretskim šemama. Težak je i zbog toga što se moraju pratiti različite tačke gledišta zajedno, a to je vrlo neugodno. Ovo poglavlje mladalačkih psihoza takođe nas je dovelo do jedne klasične tradicije koja se upravo u borbi sa ovim problemima razvijala, potvrdila i donela plodove. Nije slučajno da je ova tradicija povezana sa najznačajnijim nemačkim duhovnim stremljenjem — idealizmom Geteovog doba. Ono ostaje uvek mlado jer polazi od celog organizma i postajanja Ja koje ne samo pati nego želi da stvaralački deluje u svetu.

WOLFGANG KRETSCHMER

PROBLEME DER SCHIZOPHRENIE BEI JUGENDLICHEN

ZUSAMMENFASSUNG

Man vergißt leicht, daß die heute allgemein anerkannte Gruppe der endogenen Schizophrenien nur deshalb entdeckt werden konnte, weil sie vorwiegend als Jugendkrankheit auffiel. Traditionelle Bezeichnungen, wie Hebephrenie und Dementia praecox, zeigen dies deutlich. Daß die Pubertät eine bedingende und prägende Rolle spiele, vermutete man im 19. Jahrhundert aus zwei Tatsachen:

1. Die eigentlichen schweren Geisteskrankheiten, die eventuell zu bleibenden Persönlichkeitsveränderungen führen, beginnen um die Zeit der Geschlechtsreife und häufen sich statistisch während der Adoleszenz.

2. Ein Teil dieser Krankheiten bietet Charakterzüge, die man als eine karikaturhafte Steigerung normaler puberaler Verhaltensauffälligkeiten ansehen kann.

Während praktisch alle Psychiater bis Kraepelin eine (zumindest partielle) pathogenetische Bedeutung der Reifung anerkennen, ist es das besondere Verdienst von Kahlbaum und Hecker, deren pathoplastischen Einfluß herausgearbeitet zu haben. Kahlbaum begründet zudem mit seinem »Ärztlichen Pädagogium« die moderne Erziehung und Psychotherapie jugendlicher Geisteskranker. Mit E. Bleulers Schizophrenielehre tritt der Entwicklungsgedanke in den Hintergrund. Anstelle des autonomen Reifungsprozesses rückt die psychologische Dynamik, anstelle der Form (Verhaltensstörungen) der seelische Inhalt (Struktur des Innenlebens und Motive) in den Mittelpunkt des Blickfeldes. Damit zerfällt der Begriff der Hebephrenie. Nur E. Kretschmer hält konsequent und fast uneingeschränkt am Kahlbaumschen Konzept von Entwicklung und Form fest, ohne deshalb Bleulers Erkenntnisse in Frage zu stellen. Ähnlich Kahlbaum unterscheidet er Krankheitsstufen (Krise, Heboid, Hebephrenie) und betont damit die Relativität des Gegensatzes endogen-psychogen, der vorwiegend logisch von Belang ist, während sich die Lebensgesetze in Übergängen darstellen. Traditionell klinisch ist auch der Primat (nicht die Ausschließlichkeit!) des Willens (bzw. des Charakters) gegenüber den Vorstellungen (Motiven). — Die seit Bleuler sonst angebotenen psychiatrischen Hypothesen (Psychoanalyse, Phänomenologie, Daseinsanalyse, Anthropologie) haben ihrem Standpunkt gemäß nur wenig Zugang zum Entwicklungsdenken (werdende Gestalt) gefunden. — Beim heutigen Stande unserer Erfahrungen können wir in Heboid und Hebephrenie formal, d. h. vom Verhalten her akzentuierte wohlcharakterisierte Syndrome erkennen, die häufig eine pathogenetische und pathoplastische Affinität zum Reifungsalter annehmen lassen. Umgekehrt muß bei jeder Schizophrenie in der Jugend auf die phasenspezifische Gestaltung der Symptome geachtet werden. Die puberale körperlich-seelische Umwälzung hat als eine anderen gegenüber gleichberechtigte diagnostische Dimension zu gelten.

LITERATURVERZEICHNIS

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer bis 10. Auflage 1960.

Freud, A.: Probleme der Pubertät. In: Federn u. Meng »Psychoanalyse und Alltag«. Bern—Stuttgart: H. Huber 1964.

Hecker, E.: Die Hebephrenie. Arch. Path. *52*, 394 (1871).

Hess, E.: Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen. Cbl. Nervenheilk. Psychiatr. Ref. *28*, 436 (1905).
Über Heboidophrenie. Neur. Cbl. 25, 478 (1906).

Kahlbaum, K.: Die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte der Psychopathologie. Sammlg. klin. Vorträge, Hrsg. R. Volkmann. Innere Medizin Nr. 45, 1127—1146 (um 1880).
Über Heboidophrenie. Allg. Zschr. Psychiat. *46*, 461 (1890).
Über jugendliche Nerven- und Gemütskranke und ihre pädagogische Behandlung in der Heilanstalt. Allg. Zschr. Psychiatr. *40*, 863 (1884).

Kraepelin, E.: Psychiatrie. Leipzig: J. A. Barth bis 8. Auflage 1913.

Kretschmer, E.: Der puberale Instinktwandel. Münch. Med. Wschr. *101*, 595 (1959).
Schizophrenien und Pubertätskrisen und ihre seelische Führung. Mschr. Psychiat. Neurol. *125*, 562 (1953).
Körperbau und Charakter. 25. Auflage. Berlin: Springer 1967.

Kretschmer, W.: Die entwicklungspsychologischen Zusammenhänge im Aufbau der Hebephrenie. Congr. Report II. Internat. Congr. Psychiatry Zürich 1957. *1*, 215.
Die Neurose als Reifungsproblem. Stuttgart: Thieme 1952.

Langen, D. u. A. Jaeger: Die Pubertätskrisen und ihre Weiterentwicklung. Arch. Psychiat. Zschr. ges. Neurol. *205*, 19 (1964).

Morel, B. A.: Traité des maladies mentales. Paris: Masson 1860.

Schneider, K.: Kraepelin und die gegenwärtige Psychiatrie. Fortschr. Neurol. Psychiat. *24*, 1—7 (1956).

Stransky, E.: Zur Kenntnis gewisser erworbener Blödsinnsformen. Jb. Psychiat. Neurol. 1903.
Schizophrenie und intrapsychische Ataxie. Jb. Psychiat. Neurol. *36*, 1 (1914).