

### 3.

## Razvoj koncepcije shizofrenija i poremećaja iz spektra shizofrenija

Dalibor Karlović • Ante Silić

### Uvod

U psihotične poremećaje iz spektra shizofrenija i drugih psihotičnih poremećaja spadaju: shizofrenija, perzistirajući sumanuti poremećaj, shizoafektivni poremećaj, shizotipni poremećaj, akutni psihotični poremećaj, shizofreniformni poremećaj, psihotični poremećaj uzrokovan psihoaktivnim supstancama, organski sumanuti poremećaj, katatonija te nespecificirani i neorganski psihotični poremećaj.

Za razumijevanje i razlikovanje psihopatologije unutar ove skupine psihijatrijskih poremećaja potrebno je poznavati povijesni slijed nastanka i korištenja terminologije kojom se opisuju kliničke slike. Drugim riječima, povijest razvoja kliničkog koncepta shizofrenija, ključ je poznavanja psihopatologije kako je danas definiramo i koristimo.



## Shizofrenije

### Povijest razvoja koncepta shizofrenija

Možemo reći da je povijest razvoja koncepta shvaćanja shizofrenija, povijest shvaćanja psihotičnih poremećaja uopće. Jednako kao i brojni drugi tjelesni sindromi, shizofrenija se otkad je pisanog traga definira, objašnjava i redefinira kroz vrijeme. Danas važeći dijagnostički kriteriji (DSM-5 i MKB-10) donose relativno jasne kriterije koji zadovoljavaju kriterije dobre kliničke prakse u dijagnostici ili potencijalnim istraživanjima. Ne smijemo upasti u zamku razmišljanja da je današnja praksa i najbolja praksa jer su brojne nesuglasice o samoj dijagnostici shizofrenije i danas aktualne. Možda je dobar primjer nesuglasica upravo pitanje postoji li shizofrenija oduvijek ili je bolest novijeg datuma. U pisanim tragovima koji datiraju i do dvije tisuće godina prije Krista, opisuju se stanja i ponašanja koja bi se danas vjerojatno dijagnosticirala kao shizofrenija. Thomas Crow kaže da je shizofrenija ono što definira ljudsku vrstu te da postoji otkad postoji ljudska vrsta kao takva. S druge strane, Fuller Torrey tvrdi da je shizofrenija do unazad 200 godina bila izrazito rijetka ili da uopće nije postojala te da se pojavljuje zajedno s industrijskom revolucijom. Bilo kako bilo današnji konsenzus jest da je shizofrenija stara bolest nepoznatog uzroka te da se s vremenom neke njene značajke mijenjaju (patoplastika). U mnogim udžbenicima povijest shizofrenije počinje s Emilom Kraepelinom koji je sindromu koji mi danas nazivamo shizofrenija dao ime *dementia praecox*, ili Eugenom Bleulerom, koji je *dementiju praecox* preimenovao u shizofreniju (Tablica 3.1).

**Tablica 3.1** Razvoj nazivlja shizofrenije kroz povijest

Autor	Godina	Naziv
Benedict Augustin Morel	1845.	démence précoce
Karl Ludwig Kahlbaum	1874.	versania tipica/katatonija
Ewald Hecker	1871.	hebefrenija
Emil Kraepelin	1899.	dementia praecox
Adolf Mayer	1904.	parergasija
Eugen Bleuler	1911.	grupa shizofrenija
Jakob Kasanin	1933.	shizoafektivni poremećaj
Kurt Schneider	1957.	simptomi prvog i drugog reda
Karl Leonhard	1960.	shizofreniformni poremećaj
Seymour Kety	1968.	shizofreni spektar
T J Crow	1980.	Tip I i II shizofrenije

U antičkom periodu također nalazimo terminologiju koja bi mogla opisivati shizofrenog bolesnika pa tako Hipokrat osim melankonije i manije upotrebljava i termin paranoja, ali ne u značenju koje tom terminu pripisujemo od Drugog svjetskog rata naovamo jer dolazi od grčkih riječi para i noia, što znači mimo razuma, nego u kontekstu kliničke prezentacije koju bismo danas opisali kao shizofreniju. U antičkom Rimu koristio se termin demencija (što bi opet značilo bez razuma), koji se upotrebljavao za osobe koje su bile do određenog trenutka normalnog, uobičajenog ponašanja da bi kasnije postale drugačije/abnormalne (bez razuma).

Krajem 14. i početkom 15. stoljeća opisuje se francuski kralj Karlo VI. Ludi (le Fol ili le Fou). Njegova biografija sadrži detaljne opise epizoda u kojima se njegovo "ludilo" vraćalo, smirivalo, pa opet pojavljivalo. I njega bismo danas vjerojatno dijagnosticirali kao shizofrenog. Krajem 18. stoljeća pojavljuju se detaljni opisi tzv. "opsjednutosti" osoba, koje bi danas vjerojatno bile dijagnosticirane kao shizofrenija. Kasnije, sve do 19. stoljeća bolesnicima koje bismo danas dijagnosticirali kao shizofrene, razni su autori pripisivali demencije, paranoju, monomanije, amencije, morije, versaniu tipica itd., ovisno o kliničkoj slici (mogli bismo reći prema vodećem simptomu). Početkom 19. stoljeća Phillipe Pinel (ponovo) koristi pojam demencija kao sinonim za ludilo.

Belgijski psihijatar Benedict Augustin Morel uvodi 1845. godine termin *démence précoce* za bolesnike kojima je psihička bolest počela u adolescenciji sa *sumanuto-stima*, bizarnim ponašanjem te je imala ireverzibilan i deteriorirajući tijek. Benedict Augustin za *démence précoce* ne smatra da je riječ o posebnoj dijagnostičkoj kategoriji ili nozološkom entitetu, već tim nazivom naglašava posebno izraženu skupinu simptoma u tada definiranom nozološkom entitetu, ludilu. Karl Ludwig Kahlbaum sličan poremećaj naziva *versania tipica* od 1874. godine i posebno opisuje simptome katatonije, za koju smatra da je simptom strukturne bolesti mozga. Kahlbaum opisuje da u katatoniji uz mentalnu deterioraciju postoje i simptomi mišićnog rigiditeta, stupor i verbigeracije, dok njegov učenik Ewald Hecker kasnije imenuje *hebefreniju* 1871. godine. Prethodno je *hebefreniju* Kahlbaum opisao 1863. kao kognitivno propadanje s početkom u adolescenciji i poremećajima u afektu i mišljenju, ali takvo stanje nije posebno imenovao, što je kasnije učinio Hacker.

U 19. i početkom 20. stoljeća psihijatrija se najintenzivnije razvija u Njemačkoj. Emil Kraepelin prihvaća Morelov naziv *dementia praecox* i uvodi ga prvi put 1899. godine u četvrtom izdanju svoga udžbenika psihijatrije. Kraepelin je grupirao ranije opise pojedinih kliničkih slika i spojio ih je u jedan nozološki entitet *dementiju praecox*. Krajem 19. i početkom 20. stoljeća termin *dementia praecox* doživio je toliku ekspanziju u Njemačkoj da je praktički bio opće prihvaćen kao sinonim za (bilo koje) ludilo. Kraepelin je bio učenik W. Griesingera, koji se bavio klasifikacijom psihijatrijskih bolesti, za koje je smatrao da su organskog porijekla, bolesti mozga,

## Shizofrenije

te se bavio sustavnim opisivanjem simptoma i znakova psihijatrijskih bolesti. On je pak za kliničku sliku koju danas nazivamo shizofrenija smatrao je da je riječ o primarnom ludilu koje je uzrokovano kognitivnim, a ne afektivnim propadanjem. Ovo ideju, koncepciju, psihičkih bolesti koje su primarno kognitivne, s jedne, odnosno primarno afektivne s druge strane, prihvaća njegov učenik Emil Kraepelin. Kraepelin je radio u bolnicama u Heidelbergu i Münchenu, a na njega je osim Griesingera snažno utjecao i njegov bliski kolega Alzheimer, koji je također radio s bolesnicima koji kognitivno propadaju, ali u starijoj životnoj dobi. Za psihijatriju je ovo bilo prijelomno razdoblje u kojem su izdvojene bolesti koje imaju afektivnu dimenziju od onih koje imaju kognitivnu dimenziju. One koje imaju kognitivnu dimenziju podijeljene su na one s ranim početkom i kasnim početkom. Kraepelin dalje na ovim temeljima gradi dihotomnu psihijatrijsku klasifikaciju psihičkih bolesti koja je aktualna još i danas: s jedne strane stavlja afektivni poremećaj ili manično-depresivnu psihozu, a s druge strane intelektualne/kognitivne poremećaje kao što su *dementia preacox* te staračka demencija (kasnije nazvana Alzheimerovom bolešću). Kraepelin je smatrao da su glavni pokazatelji *dementije preacox* početak u adolescenciji ili ranoj mladosti, dugotrajno deteriorirajući tijekom po tipu demencije uz prisutnost halucinacija i sumnutosti. Kraepelin uz dotad opisanu hebefreniju i katatoniju dodaje i kliničku sliku koju opisuje kao halucinatornu paranoju. Konačno Kraepelin u *dementiu preacox* ubraja halucinatornu paranoju, hebefreniju i katatoniju. Naknadno je dodao i *simplex* formu kao četvrti tip *dementije preacox*. Smatrao je da je *dementia preacox* jedna bolest, entitet, vjerojatno metaboličke ili endokrine etiologije. S druge strane bolesnici koji boluju od primarno afektivne bolesti, manično-depresivne psihoze imaju epizodično pojavljivanje bolesti, s periodima urednog funkcioniranja bez dugotrajno deteriorirajućih posljedica.

Ovdje je važno napomenuti da i u danas važećim dijagnostičkim kriterijima, kriterij tijeka uz kriterij ishoda ili rezultata poremećaja uz prisutnost određenih simptoma i znakova čini osnovu procesa dijagnosticiranja u psihijatriji. Kasnije u svojim radovima i sam Kraepelin ističe da ipak svi bolesnici koji boluju od *dementije preacox* nemaju nepovoljan ishod, nego neki imaju epizodični tijek poremećaja s povoljnijim ishodom. Upravo na ovoj osnovi Eugen Bleuler u svom djelu *Dementia preacox oder die Gruppe der Schizophrenien*, 1911. godine, mijenja naziv *dementia preacox* u shizofrenija. U svom poglavlju o *dementiji preacox* u Aschaffenburgovoj psihijatrijskoj raspravi, Bleuler kaže da je termin *dementia preacox* nepraktičan i predlaže da se zamjeni terminom shizofrenija. Naziv shizofrenija dolazi od grčkih riječi *shizos*=rascjep, i *frenos*=duša. Bleuler smatra da *dementia preacox*, sada nazvana shizofrenije, nije jedinstven klinički entitet, nego sindrom, dakle grupa različitih patofizioloških/patomorfoloških poremećaja sa sličnom kliničkom slikom koja nije nužno deteriorirajuća, nego može imati i povoljniji ishod te da intelektualno

propadanje nije u srži poremećaja, nego rascijep između afektivnog i misaonog života. Bleuler je pojam shizofrenije značajno proširio (prvi put uvodi pojmove kao što su alkoholna halucinoza, latentna shizofrenija i sl.). On prihvaća Freudovu psihodinamsku koncepciju te objašnjava shizofreni proces Freudovom terminologijom disocijacije. Shizofrene simptoma dijeli na primarne i sekundarne te navodi važnost premorbidne ličnosti i premorbidnog funkcioniranja. Bleulerov je stav bio bitno drugačiji od Kraepelinova u smislu da shizofrenija nije jedna bolest, već sindrom, grupa poremećaja, označena jednom zajedničkom karakteristikom: "posebnim načinom bivstvovanja u svijetu". Smatra da progresivan (dementni) tijek bolesti nije ni po čemu suštinska karakteristika, nego usputna karakteristika kod nekih bolesnika, iako veći broj bolesnika ima trajne deficite. Bleuler shizofreniju ne smatra potpuno definiranim poremećajem, nego sindromom koji može u budućnosti biti podložan korekciji.

Bleuler se u to vrijeme deklarirao kod organski psihijatar (danas bi se vjerojatno predstavljao biološkim psihijatrom, međutim kako je njegovo vrijeme, vrijeme razvoja psihoanalize, psihodinamski koncepti djeluju na novu, Bleulerovu koncepciju shizofrenije. U to doba za Bleulera bismo mogli reći da je prvi kliničar koji je imao psihodinamski pristup u bolničkom sustavu. Osobno je poznao Freuda, Jung mu je bio asistent, a 1910. je napustio Švicarsko psihoanalitičko društvo.

Eugen Bleuler smatra da shizofrenija ima fundamentalne simptome ili primarne simptome koji se nazivaju i 4A. To su poremećaj Asocijacija, Autizam, Ambivalencija i poremećaj Afekta. Uz ove fundamentalne simptome Bleuler navodi i akcesorne simptome ili sekundarne simptome kao što su halucinacije, sumanutosti i katatoni simptomi (Tablica 3.2). Prema Kraepelinu, akcesorni simptomi su ključ postavljanja dijagnoze. Od fundamentalnih simptoma, poremećaj asocijacija Bleuler smatra vodećim, ako ne i patognomoničnim simptomima shizofrenije. Poremećaj asocijacija danas definiramo kao formalni poremećaj mišljenja (poremećaj

**Tablica 3.2** Fundamentalni (primarni) i akcesorni (sekundarni) simptomi shizofrenije po Bleuleru

<b>Fundamentalni/Primarni simptomi (4A)</b>	<b>Akcesorni/Sekundarni simptomi</b>
Ambivalencija	Sumanutosti
Autizam	Halucinacije
Poremećaj Afekta	Katatoni simptomi
Poremećaj Asocijacija	

## Shizofrenije

tijeka misli - disocirano mišljenje), koje Bleuler naziva i shizofrenim mišljenjem, te ga smatra moguće patognomoničnim znakom shizofrenije. Bleuler smatra da se fundamentalni simptomi shizofrenije mogu naći u svih bolesnika. S druge strane, akcesorni simptomi daju specifičnu kliničku sliku pojedinog bolesnika i uvjetuju razlikovanje pojedinih oblika shizofrenije. Akcesorni simptomi mogu se pojaviti i u drugih psihijatrijskih poremećaja i nisu karakteristični za shizofreniju. Sam Kraepelin u posljednjem izdanju udžbenika psihijatrije izbacuje termin *dementia preacox* i prihvaća naziv shizofrenija. Još jedna Bleulerova zasluga je premijerno uvođenje i definiranje pojma "autizam" u kontekstu shizofrenije.

Josip Glaser u svojim razmišljanjima na ovu temu navodi da je do podjele endogenih psihoza na demenciju prekoks i manično-depresivnu psihozu Kraepelin došao na temelju Kahlbaumove ideje koja kaže da bi se temeljem uspoređivanja najčešćih istovremeno prisutnih simptoma i samog tijeka bolesti vjerojatno mogla identificirati najprikladnija klinička jedinica. Kraepelin je vjerovao da će se s razvojem dijagnostike takve kliničke jedinice podudarati i u etiologiji i u anatomskom supstratu. Takav pristup podržavao je i Sigmund Freud vjerujući da će se s vremenom identificirati anatomske supstrate pojedinih sindroma ili čak simptoma. Takvo "apsolutno shvaćanje" ipak je napustio. Jaspers, koji kaže da je ideja apsolutne nezološke jedinice u psihijatriji zapravo ideja u Kantovu smislu: pojam zadatka čiji je cilj nedostižan. No ipak ta ideja danas čini okosnicu znanstveno-istraživačkog rada u neuroznanostima te je mjerilo stupnja našeg znanja. Nakon Kraepelina i Bleulera, koncept shizofrenije dalje razvija njemački psihijatar Kurt Schneider na osnovi vlastitih istraživanja koja objavljuje 1938. godine u časopisu *Nervenarzt*. Prema

**Tablica 3.3** Schneiderovi simptomi prvog i drugog reda

<b>Simptomi prvog reda</b>	<b>Simptomi drugog reda</b>
Ozvučene misli	Drugi poremećaji percepcije
Glasovi koji se svađaju ili diskutiraju ili oboje	Nagle sumanute misli
Glasovi koji komentiraju	Perpleksija
Iskustva somatske pasivnosti	Depresivne i euforične promjene raspoloženja
Umetanje misli ili druga iskustva utjecaja na misli	Osjećaji emocionalnog osiromašenja
Ozvučene misli	
Sumanute percepcije	
Druga iskustva koja uključuju volju, afekt ili impulse	

Schneiderovj koncepciji ne postoje patognomonični simptomi i znakovi shizofrenije nego samo karakteristični simptomi, oni koji se češće ili rjeđe pojavljuju u shizofreniji. Schneiderova koncepcija je prvi pravi pokušaj operacionalizacije dijagnostičke shizofrenije. Te simptome svrstava u simptome prvog i simptome drugog reda (Tablica 3.3). Ako bolesnik, prema Schneideru, ima bilo koji simptom prvog reda, dijagnoza shizofrenije je jasna. Navedeni simptom mora biti bez jasnog organskog uzroka. Na ovaj način je uvedena i hijerarhija simptoma prema kojoj organski (jasno definiran) uzrok uvijek ima prednost te je nadređen tzv. endogenom (onome koji nije jasno definiran) uzroku. Schneiderovi simptomi prvog reda bitno su drugačiji od fundamentalnih Bleulerovih simptoma (halucinacije i sumanutosti) koji su, prema Bleuleru, tek akcesorni simptomi shizofrenije. Ipak Schneiderovi simptomi prvog i drugog reda imali su bitan utjecaj na kasniji razvoj psihijatrijskih klasifikacija i na dijagnostičke kriterije (MKB-10, DSM-5).

Adolf Meyer smatra se ocem američke psihijatrije iako je rođen u Švicarskoj, a medicinu je studirao u Zürichu. Godine 1904. formulira svoju dinamičku (bio-psiho-socijalnu) koncepciju shizofrenije. Dinamička je jer osim bioloških uvažava i psihološke, ali i socijalne to jest okolinske faktore u razvoju bolesti. Za današnju shizofreniju, predlaže termin parergasija, koji nije nikada bio šire usvojen i proširen. Meyer kasnije kritizira Bleulerov koncept shizofrenije iz 1911. godine smatrajući da shizofrenija nije autonomni entitet, nego maladaptacija logičkom razumijevanju u oznakama bolesnikovih individualnih iskustava i specifične pojedinačne životne povijesti. Meyer naglašava da je shizofrenija (parergasija) progresivna maladaptacija pojedinca, navika na dezorganizaciju i pokušaj izbjegavanja poteškoća umjesto pokušaja da se ličnost susretne s odlučnom akcijom. Rezultat je dezorganizacija ličnosti i krajnji odmak od realiteta. Na taj je način započela široka, prvenstveno američka primjena termina shizofrene reakcije, koja je konačno u DSM-I pedesetih i šezdesetih, a kasnije i sedamdesetih godina 20. stoljeća, kroz DSM-II, bila dijagnostička kategorija kao takva (nije se koristila dijagnostička kategorija shizofrenija). Ipak od DSM-III do DSM-5 vraća se naziv shizofrenija, a dijagnostički kriteriji shizofrenije su temeljeni na Schneiderovim simptomima prvog reda odnosno Bleulerovim sekundarnim simptomima. Pomoću Bleulerovih fundamentalnih simptoma prema DSM klasifikaciji ne možemo postaviti dijagnozu shizofrenije. Schneiderovi kriteriji su u MKB-10 klasifikaciji još jasnije istaknuti, ali pomoću ove klasifikacije možemo postaviti dijagnozu shizofrenije i pomoću Bleulerovih fundamentalnih simptoma, kao što je u ovoj klasifikaciji zadržana i Bleulerova simplex forma shizofrenije. U MKB-8, 9 i 10 također se govori o shizofrenijama po Bleulerovu obrascu, a u DSM-III do DSM-5 govori se o shizofreniji kao jedinstvenom entitetu, opet prema Schneiderovj koncepciji.

## Shizofrenije

Američka psihijatrijska škola donijela je još neke novine u konceptualizaciji shizofrenije. Tako je Jakob Kasanin 1933. godine definirao i shizoafektivnu psihozu kao još jednu formu shizofrenije na temelju opservacije devet bolesnika. Kod tih bolesnika primijetio je uz shizofrene simptome i one afektivne te naglu pojavu poremećaja kao i bolji oporavak. Četiri godine kasnije norveški psihijatar Gabriel Langfeld obilježava posebnu skupinu bolesnika kojima bolest počinje naglo i brzo se povlači ili s jako dobrom prognozom, bez rezidualnih simptoma, kao shizofreniformni poremećaj, koji kasnije ulazi u DSM klasifikacijski sustav (od DSM-III). Langfeldova zamisao je bila da odvoji "prave" shizofrenije koje imaju lošiju prognozu i deteriorirajući tijek od onih s boljim prognostičkim ishodima. Ernst Kretschmer, njemački psihijatar zastupa ideju da je konstitucija od važnosti za razvoj psihijatrijskih poremećaja pa je, po Kretschmeru, astenička građa predispozicija za razvoj shizofrenije.

Dimenzionalni koncept shizofrenije počeo se razvijati sedamdesetih godina 20. stoljeća, kada je razvijena faktorska analiza kao statistički alat. Prve analize izdvojile su dvije dimenzije simptoma shizofrenije, pozitivne simptome i negativne simptome. Današnji dimenzionalni pristup simptomima shizofrenije izdvaja pet dimenzija simptoma: pozitivne simptome, negativne simptome, kognitivne simptome, depresivne/anksiozne simptome i agresivne/impulzivne simptome. Dimenzije simptoma shizofrenije su zapravo skupine simptoma koje se najučestalije pojavljuju u shizofreniji. U zadnjim desetljećima 20. stoljeća počinje se upotrebljavati pojam shizofreni spektar. Pojam shizofrenog spektra uvodi Seymour Kety s ciljem genetičkih istraživanja shizofrenije. Shizofreni spektar po Ketyju obuhvaća hard dio spektra: shizofreniju akutnu ili kroničnu, dok soft dio spektra čine paranoidna stanja, paranoidni poremećaj ličnosti, shizoidni i shizotipni poremećaj ličnosti. Danas se pojam shizofrenog spektra susreće u DSM-5 klasifikaciji. Osamdesetih godina 20. stoljeća Timothy Crow donosi podjelu shizofrenija na dva tipa. Crow zapravo temeljem Bleulerovih stajališta da je shizofrenija sindrom različitih poremećaja, odnosno da ne postoji jedna shizofrenija, nego shizofrenije donosi svoju kategorizaciju. Treba imati na umu da je to doba prodora neuroslikovnih metoda (prvenstveno CT-a) u kliniku. S druge strane dimenzionalni pristup je formiran (tada primarno pozitivna ili primarno negativna forma shizofrenije). Crow sjedinjuje dimenzionalni pristup s nalazima neuroslikovnih metoda, prvenstveno CT-a i donosi dva tipa shizofrenije, tip I i tip II. Tip I shizofrenije ima akutni početak i povoljniji ishod. U kliničkoj slici prevladavaju pozitivna dimenzija simptoma, halucinacije, sumanutosti i formalni poremećaji mišljenja. Bolesnici povoljnije reagiraju na antipsihotike i nemaju morfološke promjene mozga. Kod shizofrenije tipa II prema Crowu, početak bolesti je polagan, šaljajući, a ishod je nepovoljniji. Ovi bolesnici u kliničkoj slici imaju dominantno negativne simptome, autizam, avoliciju, anhedoniju, siromaštvo ver-

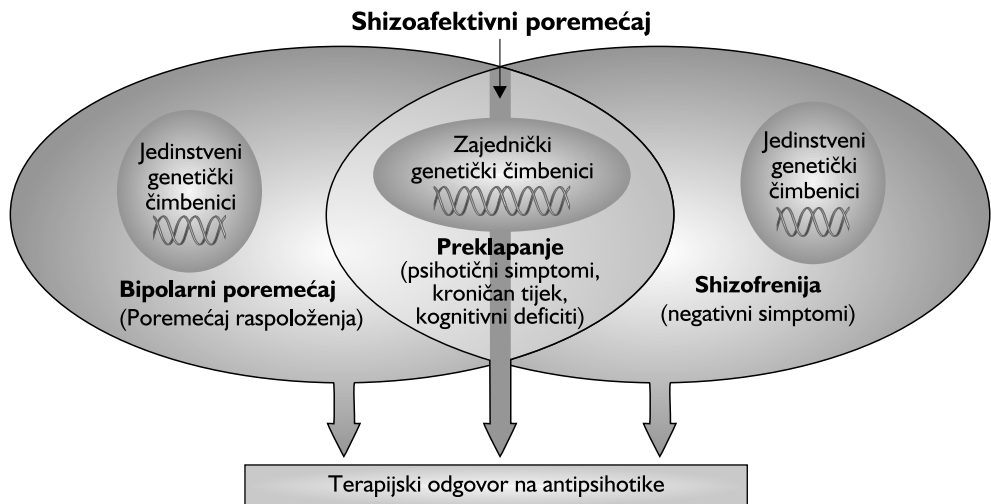


balnog i afektivnog izraza. Loše reagiraju na psihofarmake (antipsihotike) i imaju morfološke promjene mozga, najčešće atrofiju kore i proširenje likvorskih prostora.

## Hipoteza o kontinuumu psihoze

Kraepelin u svojoj dihotomnoj klasifikaciji shizofreniju odvaja kao zaseban klinički entitet od poremećaja raspoloženja (bipolarni afektivni poremećaj i depresivni poremećaj). S druge strane u suvremenim psihijatrijskim klasifikacijama definiran je i shizoafektivni poremećaj koji je svojevrsna poveznica između shizofrenije i poremećaja raspoloženja, jer u jednog bolesnika istodobno mogu biti prisutni i simptomi shizofrenije i poremećaja raspoloženja. Neka genetička istraživanja pokazuju da bolesnici sa shizofrenijom imaju veći broj rođaka sa simptomima bipolarnog poremećaja ili depresivnog poremećaja ili obrnuto. Također istraživanja pokazuju da su isti geni uključeni u patofiziologiju jednog i drugog poremećaja.

Posebno je intrigantna činjenica da smo u svakidašnjoj kliničkoj praksi suočeni s mijenjanjem kliničke slike u jednog te istog bolesnika na način da bolesnik u jednom trenutku može imponirati kao psihotična manija, a ishod i tijek bolesti pokazuju da je riječ o shizofreniji pa smo i sami primorani mijenjati dijagnoze. Kraepelinov učitelj, Griesinger tvorac je psihijatrijske klasifikacije prema kojoj je shizofrenija



Slika 3.1 Kontinuum psihoze

## Shizofrenije

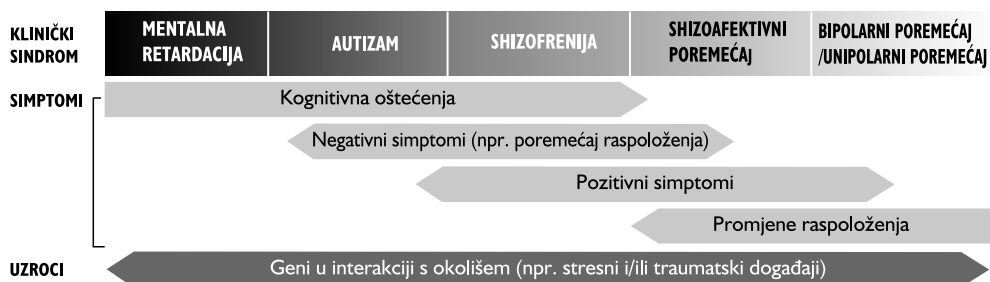
bipolarni poremećaj i depresija jedinstvena bolest, to jest da su u podlozi radi o jedinstvenom procesu. Polazište za ovo istraživanje je hipoteza o kontinuumu psihoze, prema kojoj shizofrenija i poremećaji raspoloženja nisu odvojeni i međusobno neovisni entiteti, već nastaju na osnovi jedinstvenog, bolesnog procesa. O utjecaju niza okolinskih čimbenika ovisi koja će klinička slika unutar jedinstvenog patofiziološkog procesa biti prezentirana. Klinička prezentacija psihičkog poremećaja u određenog bolesnika ovisi o stupnju izraženosti patofiziološkog procesa. Tako shizofreniju prema ovoj hipotezi možemo opisati kao jedan ekstremni klinički entitet unutar kontinuuma, a afektivne poremećaje kao blaže oblike tog jedinstvenog kontinuuma psihičkih bolesti.

Psihopatološka slika (klinička prezentacija) je presudna u dijagnostici i u terapiji shizofrenije. Proučavanje psihopatologije shizofrenije donosi nam osnove psihopatologije svih psihotičnih poremećaja (iz spektra).

Stransky je 1914. g. upotrijebio termin "intrapsihička ataksija" kojim je opisivao najvažniju psihopatološku karakteristiku shizofrenije. Opisuje je kao pomanjkanje koordinacije između emocija i mišljenja. Janet je upotrebljavao izraz "detachment", a Ziehen "Zerfahrenheit".

Karl Jaspers u svojoj "Općoj psihopatologiji iz 1913. g. govori o metodološkom pristupu psihičkim simptomima koji obuhvaća doživljavanje simptoma, uživanje u njega i njegovo razumijevanje. Jaspers se zalaže za raščlambu pojedinačnog simptoma i za stapanje tako dobivenih elemenata u fenomen općeg. To je temelj fenomenološkog pristupa u psihopatologiji, koji uključuje otkrivanje simptoma, njegov opis, doživljavanje, uživanje i razumijevanje. Prema Jaspersu, tek razumijevanjem čovjeka koji je psihički promijenjen nastaje nova kvaliteta međuljudskih odnosa.

U dimenzionalnom pristupu u psihijatriji, psihičke bolesti leže na spektru u kontinuitetu djelomično preklapajuće simptomatike i uzroka



**Slika 3.2** Dimenzionalni pristup

## Literatura

- Andreasen NC. DSM and the death of phenomenology in America: an example of unintended consequences. *Schizophr Bull.* 2007;33:108-12.
- Black DW, Andreasen NC. *Introductory textbook of Psychiatry.* 6th ed. American Psychiatric Publishing 2014.
- DSM-5, Dijagnosički i statistički priručnik, 5. Revizija DSM-5, Naklada Slap, Američka psihijatrijska udruga, 2014.
- Gabbard, GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice,* 4th ed 2005 American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gelder M, Harrison P, Cowen P. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry.* 5th ed. Oxford University Press 2007.
- Glaser J. *Opća psihopatologija.* Karlović D. *Prikaz života i rada Josipa Glasera.* Prvo izdanje. Naklada Slap. Jastrebarsko, 2017.
- Jaspers K. *Opća psihopatologija.* Deveto nepromijenjeno izdanje. Hrvatsko psihijatrijsko društvo, Klinika za psihijatriju "Vrapče", Matica hrvatska. Zagreb, 2015.
- Karlović D. *Psihijatrija.* Naklada Slap. Jastrebarsko, 2019.
- Kirkbride JB, Fearon P, Morgan C, Dazzan P, Morgan K, Tarrant J, et al. Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes: findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry* 2006;63(3):250-8.
- Kraepelin E. *Manic-depressive insanity and paranoia.* New York: Arno Press; 1976. xv, 280 p. p.
- Kraepelin E. *Psychiatrie: ein Lehrbuch für Studi[e]rende und Aerzte.* New York: Arno Press; 1976.
- Lavoslav G. *Povijest medicine.* Zagreb: Školska knjiga; 1978.
- Lieberman JA, Perkins D, Belger A, Chakos M, Jarskog F, Boteva K, Gilmore J. The early stages of schizophrenia: speculations on pathogenesis, pathophysiology, and therapeutic approaches. *Biol Psychiatry.* 2001; 50:884-97.
- Micale MS, Porter R. *Discovering the history of psychiatry.* New York: Oxford University Press; 1994.
- Royal College of Psychiatrists. *History of psychiatry.* Chalfont St. Giles, Bucks, England: Alpha Academic, in collaboration with the Royal College of Psychiatrists; 1990.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry.* 11th ed. Wolters Kluwer 2015.
- Schneider K. *Klinische Psychopathologie.* 8., erg. ed. Stuttgart,: Thieme; 1967.
- World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders.* Oxford: Oxford University Press; 1992.