

100 godina shizofrenija, razvoj nozološkog entiteta i psihopatologije

100 Years of Schizophrenia, Development of Nosological Entity and Psychopathology

DALIBOR KARLOVIĆ^{1,2}

¹Klinika za psihijatriju KBC Sestre milosrdnice, Referentni centar za biologijsku psihijatriju Ministarstva zdravstva RH; ²Medicinski fakultet Hrvatskoga katoličkog sveučilišta

SAŽETAK _____ Povijest shizofrenija je povijest psihijatrije uopće. Iako je termin shizofrenija u uporabi 100 godina, bolesnici kojima bi danas bila dijagnosticirana shizofrenija bili su tijekom povijesti opisivani na najrazličitije načine, ali bitno je da su uvijek bili prepoznavani kao bolesni. U ovom tekstu osvrnut ću se na jedno stoljeće unazad, uz tek dotaknutu povijest shizofrenija prije toga. Važno je ovdje napomenuti da pisac ovog teksta dolazi iz Klinike za psihijatriju KBC Sestre milosrdnice, klinike koja je stasala na temeljima prvog predstojnika profesora Josipa Glasera i njegova učenika Vladimira Hudolina. Neophodno je to istaknuti jer je Josip Glaser učenik Eugena Bleulera, odnosno Ciriške psihijatrijske škole koju je prenio u našu sredinu. Lijepo je imati i u Hrvatskoj ustanovu koja je nastala na tradiciji klasične njemačke psihijatrijske škole koju mi, mlađi naraštaji, danas s ponosom baštinimo.

KLJUČNE RIJEČI: shizofrenija, povijest, Josip Glaser, Vladimir Hudolin, Eugen Bleuler

SUMMARY _____ The history of schizophrenia is in essence the history of psychiatry. Although the term has been in use for one hundred years, patients diagnosed as schizophrenic today have been classified in other ways in the past. What is important is that they have always been identified as ill. In this text, I will look back a century and touch on the history of schizophrenia prior to that time. It is important to note that the author of this text works at the Psychiatry Clinic of the Sisters of Charity Hospital established on the foundations of its first director, Professor Josip Glaser, and his student Vladimir Hudolin. Josip Glaser was Eugen Bleuler's student from the Zurich School of Psychiatry, which he introduced to our region. It is a great asset to have an institution in Croatia founded on the tradition of the classic German psychiatric school, which we, the younger generation, proudly practice today.

KEY WORDS: schizophrenia, history, Josip Glaser, Vladimir Hudolin, Eugen Bleuler

Uvod

→ Godine 2021. navršilo se sto godina otkad je Eugen Bleuler po prvi put upotrijebio naziv shizofrenija (točnije grupa shizofrenija) za nozološki entitet koji se i danas tako naziva. Povijest shizofrenija zapravo je povijest psihijatrije, a poznavanje psihopatologije shizofrenija znači i poznavanje psihijatrije. Paradoksalno, shizofrenije ne odgovaraju jednome etiopatogenetskom konstruktu ili ne predstavljaju jedan dobro konstruiran psihijatrijski poremećaj, dijagnozu s dobrom validnošću ili relijabilnošću. Bolje je govoriti o shizofrenijama kao „o radnoj dijagnozi“ otvorenoj svakoj korekciji u budućnosti (1).

Prigoda je ovdje citirati profesora Vladimira Hudolina koji u jednoj rečenici oslikava što shizofrenije znače za psihijatriju: „Povijest shizofrenija zapravo je povijest psihoza uopće, a može se reći i povijest psihijatrije, jer shizofrene psihoze čine veliku većinu teških psihijatrijskih oboljenja, pa su oduvijek bile centralni problem psihijatrije.“ (2)

Odmah od početka ovog teksta primjećujete da koristim

termin shizofrenije u množini. Nije to slučajno jer je sam Bleuler čvrsto držao da je riječ o grupi poremećaja, vrlo raznolikih u etiopatogenetskom smislu, ali sličnih (time i moguće različitih) kliničkih prezentacija. Zato i Bleuler govori o grupi shizofrenija u množini.

Od ludila do *dementia praecox*

Nozološki entitet koji danas obilježavamo kao shizofreniju poznat je (i opisan) praktički otkad postoje pisane riječi. Još prije više tisuća godina spominje se termin „ludilo“ u Starom zavjetu u Ponovljenom zakonu 28:28: „Jahve će te udariti bjesnilom, sljepoćom i ludilom“ i 28:34: „Ludovat ćeš od prizora što će ih tvoje oči gledati“. Zanimljiv je biblijski podatak također iz Starog zavjeta o kralju Nabukodonosoru (Daniel 4:33) za kojeg bismo prema opisu današnjom terminologijom mogli reći da je bolovao od shizofrenije. Kralj Šaul bio je paranoidan, a jedan od prvih opisa paranoje svakako je odnos dva brata Kaina i Abela (1).

U grčko-rimskom razdoblju također nalazimo terminologiju

koja bi mogla opisivati shizofrenog bolesnika. U tom smislu Hipokrat, osim melankolije i manije, upotrebljava i termin paranoja (ne u kontekstu koji on danas predstavlja, nego prije u smislu ludila) jer dolazi od grčkih riječi *para* i *noia*, što znači mimo razuma ili, jednostavno, ludo. U Rimu se za isti grčki termin koristio termin demencija koji se upotrebljavao za osobe koje su bile do određenog trenutka normalnog, uobičajenog ponašanja i onda bi kasnije, u nekom vremenu, postale drugačije, abnormalne. Kasnije, do 19. stoljeća, kod bolesnika koje danas dijagnosticiramo kao shizofrene, dijagnosticirala se demencija, paranoja, monomanija, amencija, morija, *versania tipica* itd., ovisno o dominantnoj kliničkoj slici. Početkom 19. stoljeća **Philippe Pinel** koristi pojam demencija kao ekvivalent, sinonim, za ludilo (1, 3) (tablica 1.).

Belgijski psihijatar **Benedict Augustin Morel** (1809. – 1873.) uvodi 1845. termin *démence précoce* za bolesnike kojima je psihička bolest počela u adolescenciji sa sumanutostima, bizarnim ponašanjem ireverzibilnog i deteriorirajućeg tijeka. Morel je svoje opise temeljio na slučaju dječaka starog 14 godina koji je zapao u stanje melankolije, uz misli da će ga ubiti otac. Dječak je progresivno zaboravljao sve što je naučio i njegovo dotad dobro intelektualno funkcioniranje bitno je propalo. U njegovim aktivnostima pojavile su se besmislene radnje i inaktivnost. Kasnije, kad je Morel vidio dječaka, ustanovio je da je riječ o ireparabilnoj demenciji. Ovdje treba napomenuti da Morel za *démence précoce* ne smatra da je riječ o posebnoj dijagnostičkoj kategoriji ili nozološkom entitetu, već tim nazivom samo naglašava posebno izraženu skupinu simptoma u tada definiranom nozološkom entitetu, ludilu. Nekako u isto vrijeme u Škotskoj **T. S. Clauston** opisuje **adolescentno ludilo** (1 – 3).

Karl Ludwig Kahlbaum (1828. – 1899.) od 1874. ovaj pore-

mećaj naziva *versania tipica* 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 verbi-geracije, dok 1871. njegov učenik **Ewald Hacker** (1843. – 1909.) uvodi naziv **hebefrenija**. 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. Za hebefreniju smatra da je progresivna bolest (3).

Dementia praecox

Posebno treba istaknuti njemačku psihijatrijsku školu koja je dala izuzetan doprinos razvoju psihijatrije u 19. i 20. stoljeću. Ovdje ističemo **Emila Kraepelina** (1855. – 1926.) koji prihvaća Morelov naziv (u latinskom obliku) *dementia praecox* i uvodi ga 1899. u četvrto izdanje svoga udžbenika psihijatrije (4). Naime, Kraepelin je sumirao dosadašnje opise pojedinih kliničkih slika i spojio ih je u jedan nozološki entitet, demenciju prekoks. Krajem 19. i početkom 20. stoljeća termin *dementia praecox* doživio je toliku ekspanziju u Njemačkoj da je praktički bio sinonim i u puku za ludilo. Kraepelin je bio učenik **Wilhelma Griesingera** (1817. – 1868.) koji se bavio klasifikacijom psihijatrijskih bolesti, za koje je smatrao da su organskog podrijetla, posljedica bolesti mozga, te se bavio sustavnim opisivanjem simptoma i znakova psihijatrijskih bolesti, dok je za poremećaj koji danas nazivamo shizofrenija smatrao da je riječ o **primarnom ludilu** uzrokovanom kognitivnim, a ne afektivnim propadanjem. Tu ideju, koncepciju psihičkih bolesti koje su primarno kognitivne i primarno afektivne, prihvatio je i 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

TABLICA 1. Promjene nazivlja shizofrenije i konceptualizacije poremećaja u 19. i 20. stoljeću

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

koji je također radio s bolesnicima koji kognitivno propadaju, ali u starijoj životnoj dobi. Dakle, za psihijatriju je ovo bilo prijelomno razdoblje u kojemu su izdvojene bolesti koje imaju afektivnu dimenziju od onih koje imaju kognitivnu dimenziju. Također, one koje imaju kognitivnu dimenziju podijeljene su na one s ranim početkom i kasnim početkom. Na tim temeljima Kraepelin gradi dihotomnu psihijatrijsku klasifikaciju psihičkih bolesti koja je aktualna još i danas – s jedne strane, afektivni poremećaj ili manično-depresivna psihoza, te s druge strane, intelektualni/kognitivni poremećaji kao što su *dementia praecox* i staračka demencija (kasnije nazvana Alzheimerovom bolešću). Kraepelin je smatrao da su glavni pokazatelji demencije prekoks početak u adolescenciji ili ranoj mladosti te dugotrajno deteriorirajući tijek po tipu demencije uz prisutnost halucinacija i sumanutosti. Kraepelin, uz dotad opisanu hebefreniju i katatoniju, dodaje i kliničku sliku koju opisuje kao **halucinatornu paranoju**. Konačno, Kraepelin u demenciju prekoks ubraja halucinatornu paranoju, hebefreniju i katatoniju. Kasnije je dodao i *simplex* formu kao četvrti podtip demencije prekoks. Smatrao je da je *dementia praecox* 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 razdobljima normalnog funkcioniranja bez dugotrajno deteriorirajuće posljedice. To predstavlja ključ i danas u dijagnosticiranju u psihijatriji gdje evolutivni kriterij ili, drugim riječima, kriterij tijeka uz kriterij ishoda ili rezultata poremećaja uz prisutnost određenih simptoma i znakova predstavlja temelj u dijagnostici u psihijatriji. Ipak, istini za volju, kasnije u svojim radovima i sam Kraepelin ističe da svi bolesnici koji boluju od demencije prekoks nemaju nepovoljan ishod, nego neki imaju epizodični tijek poremećaja s povoljnijim ishodom (4, 5).

Grupa shizofrenija

Eugen Bleuler (1857. – 1939.) u svom djelu *Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien* 1911. mijenja naziv *dementia praecox* u shizofrenija (5, 6). Naime, Bleuler je dobio zadatak da napiše poglavlje o demenciji prekoks za Aschaffenburgovu psihijatrijsku raspravu. Bleuler smatra da je termin *dementia praecox* nepraktičan i predlaže da se zamijeni terminom shizofrenija. Naziv shizofrenija dolazi od grčkih riječi *shizos* = rascjep i *frenos* = duša. Bleuler smatra da *dementia praecox*, sad nazvana shizofrenija, nije jedinstveni klinički entitet, nego sindrom – dakle, grupa različitih patofizioloških/patomorfoloških poremećaja sa sličnom kliničkom slikom koja nije nužno deteriorirajuća, nego može biti i s povoljnijim ishodom te smatra da intelektualno propadanje, to jest kognitivni deficit, nije u srži poremećaja, nego rascjep između afektivnog i misaonog života. Da citiram Bleulera: „Demenciju prekoks nazivam shizofrenijom zato što je jedna od njezinih najvažnijih

karakteristika rascjep između različitih psihičkih funkcija, a nadam se da to i pokazujem. Iz čisto praktičkih razloga koristim imenicu u jednini, iako ona podrazumijeva, po svemu sudeći, više bolesti.“ (7) Bleulerov je stav bio bitno drugačiji od Kraepelinova, da ne kažem – suprotan. Prema Bleuleru, shizofrenija nije jedna bolest, već sindrom, grupa poremećaja, označena jednom zajedničkom karakteristikom: „posebnim načinom bivanja u svijetu“. Dementni, progresivni tijek nije ni po čemu suštinska karakteristika, nego samo usputna karakteristika nekih slučajeva, iako veći broj bolesnika ima trajne mentalne deficite. Nadalje, Bleuler shizofreniju ne smatra potpuno definiranim poremećajem, nego sindromom koji može u budućnosti biti podložan bilo kojoj korekciji.

Na Bleulerovu koncepciju shizofrenija utjecala je i psihoanaliza. Naime, doba je to razvoja psihoanalize i upravo dinamički koncepti djelovali su jednim dijelom na novu, Bleulerovu koncepciju shizofrenije. U to doba za Bleulera bismo slobodno mogli reći da je prvi pravi kliničar koji je psihoanalizu provodio u bolničkom sustavu. Osobno je poznao Freuda, njegov asistent bio je Jung, čijim je posredovanjem Bleuler prihvatio psihoanalizu i s kojim se kasnije razišao, a 1910. napustio je Švicarsko psihoanalitičko društvo (1, 6).

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 katatone simptome (tablica 2.). Sjetimo se da su ovi akcesorni simptomi prema Kraepelinu ključ postavljanja dijagnoze. Od fundamentalnih simptoma, poremećaj asocijacija Bleuler smatra da je vodeći, ako ne i patognomonični simptom shizofrenije. Zapravo poremećaj asocijacija je formalni poremećaj mišljenja, disocirano mišljenje, za koje Bleuler još kaže da je riječ o **shizofrenom mišljenju**, štoviše, možda i patognomoničnom znaku shizofrenije. Bleuler smatra da se fundamentalni simptomi shizofrenije mogu naći u svih bolesnika, a znatno rjeđe u drugih bolesnika. Nasuprot tome, 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. Naposljetku, u posljednjem izdanju udžbenika psihijatrije u redakciji Emila Kraepelina i sam Kraepelin umjesto *dementia praecox* prihvaća naziv shizofrenija (1, 2, 5, 6).

Nakon Bleulerove grupe shizofrenija

Kurt Schneider (1887. – 1967.), njemački psihijatar koji je radio u Münchenu, a kasnije u Heidelbergu, razvija koncepciju shizofrenije na temelju svojih istraživanja i objavljuje je 1938. u časopisu *Nervenarzt*. Prema Schneiderovoj koncepciji

TABLICA 2. Bleulerovi fundamentalni ili primarni i akcesorni ili sekundarni simptomi shizofrenije

FUNDAMENTALNI/PRIMARNI SIMPTOMI	AKCESORNI/SEKUNDARNI SIMPTOMI
ambivalencija	sumanutosti
autizam	halucinacije
poremećaj afekta	katatoni simptomi
poremećaj asocijacija	

ne postoje patognomonični simptomi i znakovi shizofrenije, nego samo karakteristični simptomi, oni koji se češće ili rjeđe pojavljuju u shizofreniji. Schneiderova je koncepcija prvi pokušaj operacionalizacije dijagnostike shizofrenije. Te simptome svrstava u **simptome prvog i simptome drugog reda** (8, 9) (tablica 3.). Ako bolesnik, prema Schneideru, ima bilo koji simptom prvog reda, dijagnoza shizofrenije je jasna. Schneiderovi simptomi prvog reda bitno su drugačiji od fundamentalnih Bleulerovih simptoma. Dapače, Schneiderovi simptomi pretežno su simptomi halucinacija i sumanutosti koji su prema Bleuleru tek akcesorni simptomi shizofrenije. Ipak, Schneiderovi simptomi prvog i drugog reda imali su bitan utjecaj na kasnije psihijatrijske klasifikacije i dijagnostičke kriterije (posebno MKB-10) (2, 8, 9).

Adolf Meyer (1866. – 1950.) rođen je u Švicarskoj, a medicinu je studirao u Zürichu. Međutim, Meyer se smatra ocem američke psihijatrije jer je već u mlađim danima otišao u SAD. Već 1904. iznosi svoju dinamičku koncepciju shizofrenije. Dinamička je jer, osim bioloških, uvažava i psihološke (što će kasnije biti i Bleulerov temelj), ali i socijalne, to jest okolinske faktore u razvoju bolesti. Za današnju shizofreniju, ondašnju demenciju prekoks, predlaže termin **parergasija** koji nikada nije bio šire usvojen i proširen. Meyer kasnije kritizira Bleulerov koncept shizofrenije iz 1911. Meyer smatra da shizofrenija nije autonomni entitet/entiteti, nego maladaptacija logičkom razumijevanju u oznakama bole-

TABLICA 3. Schneiderovi simptomi prvog i drugog reda

SIMPTOMI PRVOG REDA	SIMPTOMI DRUGOG REDA
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
sumanute percepcije	
druga iskustva koja uključuju volju, afekt ili impulse	

snikovih individualnih iskustava i specifične pojedinačne životne povijesti. Meyer naglašava da je shizofrenija (ili parergasija, kako ju on naziva) 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 izlaz iz realiteta. Drugim riječima, shizofrenija nije entitet, nego reakcija pojedinca, odnosno shizofrena reakcija. Time je 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, a ne shizofrenija. Od DSM-III vraćen je naziv shizofrenija, a i dijagnostički kriteriji shizofrenije prvenstveno su oni temeljeni na Schneiderovim simptomima prvog reda, odnosno Bleulerovim sekundarnim simptomima. S pomoću Bleulerovih fundamentalnih simptoma prema DSM klasifikaciji ne možemo postaviti dijagnozu shizofrenije. Schneiderovi kriteriji su u MKB-10 klasifikaciji još jasnije istaknuti, ali s pomoću ove klasifikacije možemo postaviti dijagnozu shizofrenije i pomoću Bleulerovih **fundamentalnih** simptoma, kao što je u ovoj klasifikaciji zadržana i Bleulerova *simplex* forma shizofrenije (1, 2, 5).

Američka psihijatrijska škola donijela je još neke novine u konceptualizaciji shizofrenije. Tako je **Jacob Kasanin** (1897. – 1946.) 1933. definirao i shizoafektivnu psihozu kao još jednu formu shizofrenije na temelju opservacije devet bolesnika sa shizofrenijom. Kod tih bolesnika primijetio je uz shizofrene simptome i dominaciju afektivnih simptoma te naglu pojavu poremećaja i bolji oporavak. Četiri godine kasnije norveški psihijatar **Gabriel Langfeld** (1895. – 1983.) obilježava posebnu skupinu bolesnika kojima bolest počinje naglo i brzo se povlači ili s jako dobrom prognozom, bez rezidualnih simptoma, kao one sa **shizofreniformnim poremećajem**, koji kasnije ulazi u DSM klasifikacijski sustav (od DSM-III). Langfeldova zamisao bila je da odvoji *genuine* shizofrenije koje imaju lošiju prognozu i deteriorirajući tijek. **Ernst Kretschmer** (1888. – 1964.), njemački psihijatar, posebno zastupa ideju da je konstitucija od važnosti za razvoj psihijatrijskih poremećaja, astenička građa predispozicija je za razvoj shizofrenije (1, 2, 5). Od koncepata shizofrenije svakako je posljednjih desetljeća zanimljiv dimenzionalni koncept. Dimenzionalni koncept shizofrenije počeo se razvijati sedamdesetih godina 20. stoljeća kada je statistička metodologija, faktorska analiza, ušla u psihologiju. Prve analize izdvojile su dvije dimenzije (dva faktora) simptoma shizofrenije, **pozitivne simptome** ili dimenziju i **negativne simptome** ili dimenziju. Današnji dimenzionalni pristup simptomima shizofrenije izdvaja pet dimenzija simptoma: pozitivne simptome, negativne simptome, kognitivne simptome, depresivne/anksiozne simptome i agresivne/impulzivne simptome shizofrenije. Dimenzije

simptoma shizofrenije zapravo su skupine simptoma koje se najučestalije pojavljuju u shizofreniji. (op. Za detaljnije opise pojedinih dimenzija simptoma vidjeti poslije pod Klinička slika.) U posljednjim desetljećima 20. stoljeća počinje se upotrebljavati pojam **shizofreni spektar**. Pojam shizofrenog spektra uvodi **Seymour Kety** (1915. – 2000.) u sklopu 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 J. Crow** donosi podjelu shizofrenija na dva tipa. Crow zapravo na temelju 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 već je formiran (tada primarno pozitivna ili primarno negativna forma shizofrenije). Crow sjedinjuje dimenzionalni pristup s nalazima neuroslikovnih metoda, prvenstveno CT-a i predlaže dva tipa shizofrenije – **tip I i tip II**. Tip I shizofrenije ima akutni početak i povoljniji ishod. U kliničkoj slici prevladava pozitivna dimenzija simptoma, halucinacije, sumanutosti i formalni poremećaji mišljenja. Bolesnici povoljnije reaguju na antipsihotike i nemaju morfološke promjene mozga. Kod shizofrenije tipa II početak bolesti je polagan, šaljajući, a ishod je nepovoljniji. Ti bolesnici u kliničkoj slici imaju dominantno negativne simptome, autizam, avoluciju, anhedoniju, siromaštvo verbalnog i afektivnog izraza. Loše reaguju na antipsihotičku terapiju i imaju morfološke promjene mozga, najčešće atrofiju kore i proširenje likvorskih prostora (1, 2).

LITERATURA

1. Karlović D. Psihijatrija. Naklada slap, Jastrebarsko, 2019.
2. Hudolin V. Psihijatrija. Stvarnost, Zagreb, 1986.
3. Karlović D, Peitl V, Silić A. Shizofrenije. KBC Sestre milosrdnice i Naklada Slap, Zagreb – Jastrebarsko, 2019.
4. Kraepelin E. Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studi[e]rende und Aerzte, Verlag von Johann Amrositus Barth, 1899.
5. Glaser J. Problem shizofrenije u svjetlu nosologije. Neuropsihijatrija 1965;4:226-41.
6. Glaser J. Eugen Bleuler. Liječnički vjesnik 1940;62:48.
7. Bleuler E. Lehrbuch der psychiatrie. Springer Verlag, Berlin Heidelberg, 1937.
8. Glaser J, Karlović D. Opća psihopatologija. KBC Sestre milosrdnice i Naklada Slap, Zagreb – Jastrebarsko, 2017.
9. Schneider K. Klinische psychopathologie, Thieme Verlag, Stuttgart, 1962.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

prof. dr. sc. Dalibor Karlović, dr. med.
Klinika za psihijatriju KBC Sestre milosrdnice
Vinogradska 29, 10 000 Zagreb
e-mail: dalibor.karlovic@gmail.com

PRIMLJENO/RECEIVED:

26. lipnja 2023./June 26, 2023

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

29. lipnja 2023./June 29, 2023

