

Petra Bukovec¹, Lea Žmuc Veranič²

Psihopatologija: motnje zaznavanja

Psychopathology: Disorders of Perception

IZVLEČEK

KLJUČNE BESEDE: halucinacije, iluzije, motnje zaznavanja, duševne motnje, halucinogeni

Zaznavanje in odzivanje na dražljaje sta sposobnosti vsakega živega bitja. Kadar pri tem procesu nastanejo motnje, govorimo o motnjah zaznavanja. Poznamo široko paleto možnih vzrokov, vendar se v članku osredotočamo na motnje zaznavanja, ki so posledica duševnih motenj. Zaznavne motnje smo razdelili na elementarne motnje zaznavanja, zaznavne anomalije, iluzije, depersonalizacije in derealizacije ter halucinacije, ki smo jih razčlenili glede na senzorični aparat, na katerega se nanašajo. Opis klinične slike je podkrepjen s primeri bolnikov, kar nazorneje predstavi vsako izmed motenj in je lahko v veliko pomoč študentom pri študiju duševnih motenj in zdravnikom pri prepoznavanju in odkrivanju motenj zaznavanja.

ABSTRACT

KEY WORDS: hallucinations, illusions, sensory disturbances, mental disorders, hallucinogens

Detection and response to stimuli is the ability of every living being. When this process is interfered, we talk about sensory impairment. There is a wide range of possible causes of sensory disturbances. In this article we mainly focus on sensory impairment caused by mental disorders. In doing so, we divide disorders of perception into elementary perceptual impairment, sensory abnormalities, illusions, depersonalization, derealization, and hallucinations. These disorders were analyzed in relation to the sensory apparatus to which they relate. Descriptions of clinical pictures are substantiated by examples of patients, which more clearly present each of the disturbances and can be of great help to psychiatry students for their studies and to physicians for the diagnosis and detection of disorders of perception.

¹ Petra Bukovec, štud. med., Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Vrazov trg 2, 1104 Ljubljana; 5rabukovec@gmail.com

² Asist. Lea Žmuc Veranič, dr. med., Psihiatrična klinika Ljubljana, Studenec 48, 1260 Ljubljana; lea.zmuc@psih-klinika.si

UVOD

Psihopatologija je veda, ki se ukvarja s proučevanjem simptomov in znakov duševnih motenj. Proučevanje je multidisciplinarno, večinoma pa se z njo ukvarjajo psihiatri in klinični psihologi. Psihopatologijo razdelimo na razlagalno in opisno. Slednja opisuje, ocenjuje in med seboj razlikuje psihopatološke pojave (1–3).

Pri opisni psihopatologiji posamezne psihopatološke pojave zaradi lažje predstavljalivosti razvrščamo na motnje zaznavanja, predstav, pozornosti in osredotočenosti, spomina, mišljenja, inteligentnosti, zavesti, čustvovanja, potreb, hotenja, motorike, govora in izražanja (1, 2). Prispevek se osredotoča na motnje zaznavanja, za vsako vrsto zaznavnih motenj pa podaja primere bolnikovega doživljanja.

MOTNJE ZAZNAVANJA

Vsako živo bitje ima čutila, s katerimi zaznava dražljaje iz okolice in se nanje tudi odziva. Zaznavanje je sposobnost živega bitja, da s posebnimi čutili sprejme dražljaje iz okolja in jih pošlje v osrednje živčevje, kjer informacije ustrezno obdela in jih oblikuje v smiselno celoto. Kadar nastanejo motnje v opisani poti, govorimo o motnjah zaznavanja (1, 2). Vzrokov nastanka motenj zaznavanja je več. Lahko so nevrološkega izvora, na primer epilepsija, narkolepsija ali migrena z auro. Vzrok se lahko nahaja tudi v uporabi določenih drog (npr. amfetaminov) in v odtegnitvi zdravil, med katere spadajo zlasti sedativi, anksiolitiki in hipnotiki, ter alkohola (4). Izvor je lahko povezan tudi z duševnimi motnjami (5). Motnje zaznavanja delimo na elementarne motnje zaznavanja, zaznavne anomalije, iluzije, halucinacije, depersonalizacije in derealizacije (6).

Elementarne motnje zaznavanja

Elementarne motnje zaznavanja so motnje, pri katerih je okvarjen senzorični aparat. Kot take sodijo v področje nevrologije. Ob ele-

mentarnih motnjah je potrebno pomisliti tudi na psihiatrični vzrok, zato navajamo osnovno razdelitev (7).

Agnozije so motnje zaznav ob prisotnosti normalnih senzoričnih poti in centrov. Pojav je opisan tudi pri bolnikih z demenco. Opisujejo ga tudi kot napačno zaznavanje (angl. *misidentifications*), ki pa se razlikuje od misinterpretacij, ki jih v psihopatologiji opisujemo pri blodnjavih prepričanjih. Agnozije se kažejo v različnih oblikah, najpogosteje kot nezmožnost prepoznavanja sebe (npr. svoje podobe v ogledalu) in drugih oseb (npr. svoje zamenjajo za tujce), zaznavanje dvodimenzionalne slike kot tridimenzionalne (npr. sliko na televiziji doživljajo kot resničnost) in prisotnost občutka, da niso sami v prostoru (8).

Vidna agnozija je pogosto posledica obojestranske okvare zadajšnjega dela zatilnega ali senčnega režnja možganov. Kaže se z nezmožnostjo opisa predmeta, kljub temu da bolnik predmet jasno vidi. Posebne oblike vidne agnozije so barvna in prostorska agnozija ter aleksija. Slednja se običajno pojavi v adolescenci kot specifična izguba razumevanja zapisanih besed kljub predhodni zmožnosti branja. Za barvno agnozijo je značilna zmanjšana zmožnost razlikovanja barv. Obstajajo številni testi, s katerimi določimo barvno agnozijo, npr. prikaz predmetov, katerih barva se razlikuje od zanje značilnih barv (npr. vijolična pomaranča). Kadar bolnik takšnih primerov ne prepozna kot napačne, obstaja možnost barvne agnozije.

Prostorsko agnostični bolniki ne morejo umestiti predmetov v prostor, težave pa jim predstavljata tudi ocenjevanje oddaljenosti in zaznavanje premikanja predmeta.

Kadar bolnik dobro čuti predmet, ki ga drži v rokah, ne more pa določiti njegovih značilnosti (konsistence, oblike, teže) in pomenovati predmeta, govorimo o taktilni agnoziji. Bolnik prav tako ne more določiti položaja svojih udov in prstov, če mu jih premikamo, medtem ko miži.

Za slušno agnozijo je značilno, da bolnik sliši zvoke iz okolice (tudi govor), vendar le-teh ne razume. Sem spada tudi Wernickejeva afazija, imenovana tudi senzorična oziroma tekoča afazija.

V sklopu disociativnih motenj se pojavljata tudi psihogena gluhost in slepota, pri katerih bolnik ne sliši in ne vidi kljub neopravnosti čutilnih organov in poti (7).

Zaznavne anomalije

O zaznavnih anomalijah govorimo takrat, ko bolnik zaznava predmete popačeno. Pojavljajo se lahko na vseh čutnih področjih, vendar prevladujejo vidne zaznavne anomalije, med katere spadajo disopsije. Bolnik lahko vidi predmete povečane ali pomanjšane (makro-/mikropsija), drugačne (dismegalopsija) in poenostavljene oblike (elementarizacija), intenzivneje obarvane (metakromatopsija), enobarvne (monokromodisopsija) ter deformirane in premikajoče kljub statični postavitvi (kinestetična disopsija) (1, 2). Podobna občutja doživljajo ljudje z nevrološkimi okvarami, ki vplivajo na zaznavanje. Temu pravimo Toddov sindrom oziroma sindrom Alice v Čudežni deželi (angl. *Alice in Wonderland syndrome*). Pogosteje se pojavlja v otroštvu, in sicer z izrazitim vrhom med petim in devetim letom, tekom najstniškega obdobja pa izzveni. Pri tem sindromu opažajo nenormalno električno aktivnost v predelih možganov, odgovornih zlasti za vidno zaznavanje. Pojavlja se tik pred nastankom migrene, zato ga nekateri enačijo tudi z auro, ki je sicer značilna za migrenske glavobole (9).

Pri zvišani oziroma znižani jakosti občutka za dotik govorimo o hiper- oziroma hiposteziji. Kadar bolnik ne občuti ničesar, govorimo o anesteziji. Motnje zaznave dotika pogosto najdemo pri organskih okvarah (6).

Iluzije

Pri iluzijah gre za napačno zaznavanje zunanjih dražljajev. Tudi iluzije se lahko pojavijo pri različnih čutilih, vendar tudi med

njimi prevladujejo vidne iluzije. Toda ne gre vsake napačne interpretacije dražljajev proglasiti za patološko (7). Iluzije lahko nastanejo zaradi kvalitativnih motenj zavesti, pretiranega čustvovanja ali nepazljivosti (1, 2). So pogoste motnje zaznav, ki jih je zagotovo doživel že vsakdo, na primer ob opazovanju različnih podob, ki nam jih prikazujejo oblaki. Zdravi ljudje lahko doživijo iluzije npr. med hojo po temni cesti, ko jih je strah, za drevesom pa si gibanje grma napačno razlagajo kot podobo človeka (3).

Halucinacije

Halucinacije so motnje zaznav, ki nastanejo brez pravih zunanjih dražljajev. Za razliko od drugih motenj zaznavanja, kot so npr. zgoraj omenjene iluzije, ki se lahko izrazijo zaradi utrujenosti, strahu ali stresa, so halucinacije vedno znak resne patologije. Zaznave lahko zajemajo kateri koli senzorični spekter, od vidnih, slušnih, taktilnih, vohalnih, ravnotežnih pa vse do ekstrakampinih halucinacij (5). Halucinacije so pogosto neprijetne narave, bolnik pa jih doživlja kot povsem resnične, zaradi česar ne more imeti uvida v bolezensko stanje. Delež bolnikov, ki ohranjajo kritičen odnos do halucinacij, je majhen. Bolnik ima lahko le eno vrsto halucinacij, pogosto pa jih doživlja več hkrati.

Vzrok organskih halucinacij je v organskih motnjah, kot so epilepsije in možganski tumorji, možne so tudi kot posledica delovanja psihoaktivnih snovi (10).

Vidne halucinacije (prividi)

Prividi so lahko enostavni ali kompleksni. Bolniki lahko zaznavajo zgolj svetlobo, pogosteje pa vidijo jasne podobe, ki lahko preidejo v prave scenske halucinacije (10). Pogosteje se pojavljajo v mraku. Vzroki za pojav vidnih halucinacij so raznoliki, npr. epilepsija (predvsem fotoni), nekatere oblike demence in deliriji različnih vzrokov (scenske halucinacije) (1, 2).

Pri ljudeh z zmernimi ali hudimi vidnimi okvarami perifernega ali centralnega

vida se pojavi Charles Bonnetov sindrom. To je fenomen vidnih halucinacij, ki se pojavi pri ljudeh brez drugih psihopatoloških pojavov. Pogosteje se pojavi pri starejših osebah, kar je najverjetneje povezano s pogostejšo okvaro vida v starejšem življenjskem obdobju. Nastane lahko spontano, ob slabšanju vida ali pojavu drugih sočasnih bolezni, kot so okužbe. Ta sindrom se običajno pojavi, ko je oseba pomirjena, na primer ob poslušanju glasbe ali po obroku, v človeku pa vzbudi občutek tesnobe, strahu ali jeze. Halucinacije so barvne in pogosto umeščene v zunanje okolje, ljudje pa so neredko kritični do doživljanja halucinacij. Patogeneza nastanka je neznana. V večini primerov halucinacije postopno izzvenijo v nekaj mesecih (3, 11).

Vzrok vidnih halucinacij pri zdravih ljudeh je lahko vidna deprivacija. Merabet in sodelavci so zdravim posameznikom zavezali oči za pet dni in kar deset od trinajstih oseb je poročalo o vidnih halucinacijah. Iz tega poskusa bi lahko sklepali, da je izguba normalnega vida lahko vzrok povečane vzdražnosti dela vidne možganske skorje. Ta pojav lahko primerjamo s pojavom fantomske bolečine pri amputiranih udih (12).

Motnja vida, pri kateri slike vztrajajo tudi po tem, ko je ustrezní dražljaj že prenehal delovati, se imenuje palinopsija. Pri osebah z normalnim vidom ta pojav imenujemo odsev, pri palinopsiji pa gre za doživljanje odsevov v tolikšni meri, da kmalu postanejo moteč dejavnik in onemogočajo normalno življenje. Poznamo dve vrsti palinopsije. Pri prvi je vidni pojav kratkotrajen in enake barve kot izvorna signalna slika. Druga vrsta traja dlje, barva slike pa je obrnjena, pri čemer je jakost odvisna tudi od časa izpostavljenosti prvotni sliki (13). Vzrok palinopsije je v okvari osrednjega živčnega sistema (senčni in zatilni reženi), zato se pogosto pojavi pri epilepsijah in možganskih tumorjih. Povezan je z jemanjem lizergida (angl. *lysergic acid diethyla-*

mide, LSD) ali zdravil, ki vplivajo na delovanje osrednjega živčnega sistema (3, 14).

Posebna oblika vidnih halucinacij so lili-putanske in brobdingnagijanske (guliver-ske) halucinacije. Pri prvih bolniki vidijo pomanjšane objekte ali/in majhne ljudi, pri drugih pa so predmeti ali/in ljudje veliki (3).

»Opazujem ribiče, ki hodijo loviti ribe. Najprej se sprehodijo do bližnje avtobusne postaje, potem pa gredo dalje do Ljubljane, kjer lovijo ribe. Najraje pridejo ob vikendih, v soboto in nedeljo, ko imajo čas. Prideta gospod in gospa, pa enega sina imata in hčer, se mi zdi.«

»Starejša gospa vidi veliko ljudi okoli sebe – moške in ženske, debele in suhe. Ne pozna jih. Malo se jih boji. Ne govorijo, ne ve, kaj počnejo. Postaja jo strah, zato ponoči ne more spati. Okoli nje spita pokojni dedek in neznanec. Bega jo misel, da v nje-no stanovanje stalno prihajajo mačke, pred katerimi se brani z vrstico. Zadnje čase jo obiskujejo tudi psi.« (Charles Bonnetov sindrom)

»Tisti majhni možici so v moji sobi. Predvsem so tam ponoči, ko grem spat. Najprej skačejo okoli postelje, potem pa so tako predrzni, da pridejo k meni na posteljo in skačejo po njej in po meni. Običajno so modre barve. Nič ne rečejo. Strah me je.« (Liliputanske halucinacije)

Slušne halucinacije (prisluhi)

Slušne halucinacije so zaznave namišljenih zvokov različnih kompleksnosti. Lahko so preprosti poki, šumi, piski (akoazmi), pogosteje pa se pojavljajo kompleksnejši glasovi oseb. Bolniki lahko slišijo vedno isti glas, ki jim je bodisi znan ali pa tuj, ali pa se glasovi spreminjajo. Lahko slišijo tudi množico različnih glasov. Včasih slišijo glas, ki komentira njihova dejanja, misli, čustva, ali pa se dva glasova komentirajoče pogovarjata o bolniku (komentirajoči glasovi). Glas, ki ga slišijo, lahko prihaja tudi iz njih samih (10). Vsebina slušnih halucinacij je zelo različna. Pogosto so glasovi neprijetni,

kritizirajoči, žaljivi, srhljivi in ukazovalni. Slednjim pravimo imperativne halucinacije, ki lahko vodijo do agresivnega vedenja, usmerjenega v okolico ali proti sebi. Prijetne halucinacije, ko glas bolnika pohvali ali mu daje nasvete, so redkejše. Slušne halucinacije so značilne za bolnike s shizofrenijo (1, 2).

Med slušne halucinacije sodijo tudi glasbene halucinacije. Gre za zaznavanje glasbe brez dejanske prisotnosti le-te. Glasba, ki jo sliši bolnik, je lahko inštrumentalna, vokalna ali združenje obeh z bolniku domačo vsebino. Običajno slišijo različno glasbo, lahko pa tudi glasove. Nastanek glasbenih halucinacij je lahko posledica lokalne okvare v možganih, psihiatrične motnje, med pogostejšimi pa je tudi izguba sluha. Objavljene so bile različne raziskave, v katerih so želeli pojasniti, kako lahko izguba sluha povzroči tako kompleksne halucinacije (15, 16). V izogib stigmatizaciji ljudi, ki najpogosteje nimajo drugih psihopatoloških pojavov, je leta 2004 zdravnik Neil Bauman te vrste halucinacij poimenoval sindrom glasbenega ušesa (angl. *musical ear syndrome*, MES). Definicija MES je slušna zaznava netinitivnih fantomskih zvokov brez spremljajočih psihiatričnih težav. Običajno se simptomatika izrazi pri starejših ljudeh (dve tretjini bolnikov je starejših od 50 let). O prisotnem pojavu trikrat pogosteje poročajo ženske, kar pa ne pomeni, da je pojavnost MES pri ženskah trikrat pogostejša. Domnevajo, da so ženske bolj pripravljene spregovoriti o lastnih težavah in vztrajneje iščejo pomoč. Vzrok MES je še neznan, vendar sklepajo, da je možnih sprožiteljev več, med drugim tudi stres, stalen hrup v okolici, epilepsija, ki izvira iz senčnega dela možganov, gluhost, zdravila in droge ter depresija, pri kateri je tako pojavnost tinitusa kot MES precej pogostejša kot pri nedepresivnih ljudeh. Z zdravljenjem depresije lahko odpravimo tudi MES (17).

»Slišala je, da nekdo trka po vratih, vendar ni bilo nikogar. Nekdo je hodil tudi po podstrešju.«

»Upokojena učiteljica glasbe stalno sliši neko petje. Samo po sebi je to niti ne moti zelo, se pa pritožuje, da ne pojejo pravilno.«

»Vsak človek ima dva duha. Angel je na levi, demon pa na desni strani. Včasih se glasovi pogovarjajo med seboj. Prvi demon pravi: »Kaj je, kaj je?« »To je en pes,« mu odgovori eden izmed glasov.« (Ta opomba je namenjena bolniku, glas mu grozi, da ga bodo ubili.)

»Lantera me je prva obiskala, ima prijeten ženski glas. Po glasu sodeč bi je dal 50 let. Z njo se počutim varno. Ona je tista, ki je umirila in utišala Blaža. Njemu bi pripisal 20 let. On je težak! Resnično! Sedaj se je že bolj vame »ujahtal«, tako da je že bolj meni podoben. Me ne zbuja več, umiril se je. Ko je glasov veliko, se prestrašim in pridem k vam.«

Haptične halucinacije (halucinacije telesnih občutkov)

Haptične halucinacije so halucinacije občutkov na površini telesa (električne zaznave na koži), lahko pa tudi v neposredno dostopnih telesnih votlinah (občutek gomaženja žuželk v ustih) (6).

»Starejša gospa je prišla na pregled k dermatologu zaradi nepojasnjenih kožnih sprememb. Predpisano mazilo ji ni pomagalo. Kasneje je navajala občutek, da ji iz kože lezejo črvički.«

Cenestetične halucinacije (halucinacije telesnih občutkov)

Med cenestetične halucinacije uvrščamo halucinacije občutkov znotraj telesa. Bolniki pogosto poročajo o premikih organov znotraj telesa, o odsotnosti le-teh ali o odsotnosti celotnega telesa. V določenih primerih bolniki navajajo vsebnost čipov v telesu, ki nadzirajo njihova dejanja. V to skupino halucinacij sodijo tudi motnje v doživljanju telesne sheme, tako imenovane disshematične halucinacije (1, 2, 6).

»Najprej je bilo še vse v redu, potem pa mi je v sredinec leve noge vbrižgal strup,

ki je šel prav do srca. Tega sicer nisem videl, vendar vem, kaj se je zgodilo. Čutil sem, da so žilice v nogi postale tanke. Noga je bila čisto zasidrana, nepremična, boleča.«

»Strgal sem nek pomemben list, zato mi je sveti Peter vzel srce. Čutim, da ga nimam. Lantera mi ga želi vrniti, a kako naj to stori? Srce je drago, Blaž pa mi ga ves čas uničuje. Pa glavo mi je odsekal. Tudi to je bilo hudo. Še dobro, da so me sestavili nazaj. Veliko dela so imeli z mano.«

»Poleg tega ima v trebuhu trakuljo, ki ji povzroča težave. Čuti, kako se premika. Po začetnem zdravljenju z antipsihotikom pove, da je trakulja še vedno v trebuhu, vendar se je skrila za jetra in miruje.«

Olfaktorne halucinacije (halucinacije vonja)

Večinoma gre za neprijetne vonjave, ki si jih bolniki različno razlagajo. Te razlage so pogosto negativne, kar stopnjuje bolnikovo sumničavost do svojcev in ostalih ljudi, saj jih halucinacije vodijo v prepričanje, da jim drugi želijo slabo (10).

»Sosed mi nagaja, v stanovanje mi spušča plin, ki smrdi po gnilem. Zlasti ponoči, že večkrat sem ga vohala. Ne vem, zakaj mi tako nagaja, saj mu nisem naredila ničesar.«

»Smrdim po gnilem in moj vonj zastruplja druge. Zdravnik ni naredil ničesar, da bi ga pozdravil.« (Bolnik z depresijo)

Gustatorne halucinacije (halucinacije okusa)

Halucinacije okusa pogosto nastopajo skupaj z olfaktornimi halucinacijami. So precej redkejšje od zgoraj naštetih vrst halucinacij (10). Pojavljajo se pri epilepsiji, migreni, pri bolnikih z depresijo ali manijo.

»Jedel je kosilo, vsa hrana je imela okus po čebuli, tudi jabolko, ki ga je pojedel po kosilu.«

Halucinacije občutka za ravnotežje

Halucinacije občutka za ravnotežje so redke. Pogosto gre za občutek lebdenja, letenja, padanja ali vrtoglavice. Patofiziološko so povezane z motenim proženjem nevro-

nov predvsem v interparietalnem žlebu in zadajšnjem delu zgornje senčne vijuge (7).

»Ulenspiegel se je zagledal v Nelo, vzdignila sta se, zlezla na okensko polico in se spustila v širni prostor. Čutila sta, da ju zrak nosi kakor voda ladje.«

Pseudohalucinacije

To so prividi oseb, predmetov ali dogajanj, pri katerih lahko bolnik presodi neresničnost doživetij. Lahko vidi stvari, ki jih dejansko ni, vendar pa je nezmožen opisati specifičnost zaznav (1, 2, 7).

»Z zaprtimi očmi lahko cele ure opazuje obraze in cele postave oseb, ki jih je videl tistega dne, obraze starih znancev, ki jih že dalj časa ni srečal, in povsem neznane osebe. Vidi jih s svojimi očmi, vendar to niso tiste zunanje telesne oči, temveč druge, notranje.«

Hipnagogne in hipnopompne halucinacije

Ti vrsti halucinacij sta povezani s spanjem. Občasno so s spanjem povezane tudi zgoraj omenjene pseudohalucinacije. Za hipnagogne halucinacije je značilno, da se pojavljajo, ko oseba tone v spanec, medtem ko hipnopompne halucinacije nastanejo ob prebujanju. Zajameta lahko zelo širok spekter zaznav, od vidnih in slušnih do taktilnih. Obe vrsti sta neškodljivi in se pojavljata tudi pri zdravih ljudeh. Kadar ima bolnik organski vzrok halucinacij, jih je precej težko ločiti od delirantnega stanja, saj je bolnik v sanjskem svetu in posledično zmeden in dezorientiran, hkrati pa doživlja scenske halucinacije, ki vsebinsko ustrezajo čustvenemu stanju bolnika (1, 2, 6).

»V trenutku, ko je zaspal na tečaju sproščanja, se je prikazala slika obale z valovi, ki je bila bolj živa, kot je to običajno v sanjah. Imel je občutek, kot da bi se za trenutek v resnici nahajal ob neki obali. Doživetje je bilo tako presenetljivo, da se je v hipu zbudil.«

Ekstrakampine halucinacije

Ime je izpeljanka latinskih besed *extra* (zunaj) in *campaneus* (polje), kar pomeni, da gre

za privide izven vidnega polja. Bolniki pogosto navajajo, da vidijo stvari za seboj (20).

»Šla sem po hodniku, za mano pa je hodil vnuk. Ko sem se obrnila, ga nisem več videla. Ne vem, kam se je skril.« (Bolnica z demenco z Lewyjevim telesci)

Halucinacije ob senzorični deprivaciji

So halucinacije pri zdravih posameznikih, ki so daljši čas prikrajšani za določeno vrsto senzoričnih dražljajev (glej Charles Bonnetov sindrom, MES).

Ob senzorični deprivaciji lahko nastane Ganzfeldov efekt, ki je pojav, povzročen z izpostavitvijo osebe homogenemu, nespremenljivemu stimulacijskem polju. Največ raziskav je bilo narejenih na področju vida, pri katerih oseba strmi v polje enotne barve. Ker možgani dalj časa dobivajo nespremenljive signale iz oči, prekinejo vnos teh informacij, rezultat tega pa je slepota; oseba vidi zgolj črmino. Podoben učinek dosežemo s senzorično deprivacijo (18).

Depersonalizacija in derealizacija

Osebnost utemeljujemo s štirimi Jaspersovimi zakonitostmi, ki so:

- sem ena sama oseba,
- to delam jaz,
- vseskozi sem ena in ista oseba in
- jaz sem jaz, ne ti niti to, kar me obdaja.

Kadar se doživljanje sebe spremeni v kateri koli izmed navedenih štirih značilnostih, govorimo o depersonalizaciji (7). Za depersonalizacijo velja, da obstajajo obdobja, v katerih se bolnik počuti ločenega od lastnega telesa ali lastnih miselnih procesov, kot bi bil zunanji opazovalec. Obdobja lahko trajajo različno dolgo, od nekaj ur pa vse do nekaj tednov. Običajno se začne v adolescentni dobi. Bolniki doživetje opisujejo kot sanjavo stanje s stalno prisotnim uvidom. Počutijo se ločene od lastnih misli, čustev in identitete. Prav tako jih spremlja občutek mehaničnosti – imajo občutek, da pri dejanjih opazujejo samega sebe, pri

tem pa nimajo nadzora nad situacijo. Doživljanje sprememb samega sebe je subjektivno in pogosto neprijetno, kar bolnika prestraši. Občutek tujega dela ali celotnega telesa imenujemo somatopsihična depersonalizacija, ki se lahko stopnjuje v anozognozijo, pri kateri bolnik zanemarja del telesa, ker meni, da le-ta ne pripada njemu (19). Kadar so porušene vse štiri zgoraj omenjene zakonitosti, govorimo o avtopsihičnih depersonalizacijah. Pri disociativni motnji identitete pride do pojava multiple osebnosti, za katero je značilna prisotnost dveh ali več različnih identitet. Pri okvarah temenskega režnja se pojavi avtoskopija: pojav, pri katerem oseba gleda samega sebe od zunaj, kljub temu pa čuti vsak dražljaj v telesu (1, 2). Pojav depersonalizacij je pogostejši pri ženskah. Prehodno depersonalizacijo lahko doživijo tudi povsem zdravi ljudje, zlasti ob hudem pomanjkanju spanja ali zastrupitvi s halucinogeni. Visoka pojavnost prehodne depersonalizacije je znana pri ljudeh, ki so bili v življenje ogrožajoči situaciji. Tako moramo biti pri postavljanju diagnoze precej previdni in upoštevati zelo hude, kronične in ponavljajoče se oblike depersonalnih doživetij (19).

Derealizacijo definiramo kot motnjo zaznave sveta okoli osebe. Bolniku svet postane neznan. K derealizaciji prištevamo alopsihično depersonalizacijo (1, 2).

»Lahko bi rekel, da ga čutim. Najprej ga nisem, ampak sem vedel, da je z menoj. Neki je pač mora živeti. Bom tako povedal, jaz sem Prešeren, Blaž je pa moj glažek. Joj, ta Blaž je tak hudiček, kar v soseda se je zaletel in mu vzel reaktivne palice. Otroci so taki lumpi, jaz pa sem trpel. Kar slabo mi je bilo, tako me je bilo strah.«

Halucinogeni

Halucinogeni so snovi, ki vplivajo na različne receptorje v osrednjem živčnem sistemu. Nanje delujejo tako, da miselne procese naključno pospešijo ali upočasnijo in s tem povzročijo spremembe, ki povzročijo pojav

halucinacij. Predstavniki halucinogenov so lahko naravni (snovi v muškatnem oreščku, amanitini in faloidin v zeleni mušnici, muscimol in ibotenska kislina v rdeči mušnici, psilocibin v gologlavkah in podobnih gobah) ali pa polsintetični oziroma sintetični halucinogeni, kamor sodijo fenciklidin (angl. *phencyclidine*, PCP), LSD, ketamin in kanabis. Dokazano je, da lahko uporaba kanabisa pri genetsko ranljivejših osebah sproži pojav shizofrenije (5). Pri dolgotrajni rabi halucinogenov lahko povzročajo akutne ali kronične psihotične epizode, prav tako vplivajo tudi na miselne procese, zmanjšajo sposobnost učenja, poslabšajo kratkotrajni spomin in zmožnost koncentracije. Povzročajo lahko fizične učinke, kot so pospešena srčna akcija, povišan krvni tlak in običajno tudi povečan apetit. Možen je hiter razvoj tolerance. Ljudje, ki so odvisni od halucinogenov, pogosto poročajo o ponovnih doživetjih (angl. *flashbacks*), ki se lahko pojavijo tudi več tednov po zadnjem uživanju halucinogene snovi (1, 2).

Duševne motnje, pri katerih se pojavljajo motnje zaznavanja

Med pogostejše duševne motnje, pri katerih se pojavljajo motnje zaznavanja, sodijo shizofrenija, shizoafektivna motnja, akutne in prehodne psihotične motnje različnih vzrokov, bipolarna motnja, depresija s psihotičnimi simptomi, delirij, demenca pri Alzheimerjevi bolezni, demenca z Lewyjevimimi telesci in duševne motnje, povezane z rabo psihoaktivnih snovi (zastropitev, alkoholna halucinoza).

Shizofrenija sodi med težje duševne motnje. Bolezen se pojavi običajno pri mlajših bolnikih, njen potek pa je kroničen. Za postavitev diagnoze shizofrenije je potreben pojav značilnih simptomov, ki ustrezajo merilom Mednarodne statistične klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov. Med halucinacijami se najpogosteje pojavljajo slušne halucinacije, ki so pogosto negativne, ukazovalne ali grozeče in lah-

ko bolnika pozivajo tudi k agresivnemu vedenju. Redkeje se pojavljajo vidne, taktilne in cenestetične halucinacije. Poleg opisanih motenj zaznavanja imajo bolniki s shizofrenijo še druge psihopatološke pojave. Uvid in kritičnost do bolezni sta pogosto odsotna, zato je take bolnike težko zdraviti, saj pogosto ne želijo sodelovati v procesu zdravljenja.

Motnje zaznavanja se pojavljajo tudi pri demencah, ki so kronične oblike motenj višjih kortikalnih funkcij, ki prizadenejo zlasti starejše ljudi. Motnje zaznavanja so del vedenjskih in psihičnih sprememb pri demenci. Pri teh bolnikih je pogostejši pojav vidnih in scenskih halucinacij. Izrazita motnja zaznav je agnozija, ki bolnikom onemogoči prepoznavanje lastnega videza (npr. v ogledalu) in bližnjih svojcev (napačne prepoznave oz. misinterpretacije).

Za delirantno stanje so prav tako značilne vidne halucinacije. Običajno se delirij razvije hitro, zanj pa so poleg motenj zaznavanja značilne tudi motnje pozornosti, zavesti, mišljenja in čustvovanja. Pri bolniku z delirijem se običajno pojavijo vidne, slušne in scenske halucinacije, lahko pa tudi iluzije (1, 2, 21).

Bolniki z depresijo in bipolarno motnjo doživljajo motnje zaznave, ki so običajno v skladu s trenutnim razpoloženjem (depresivnim ali maničnim).

ZAKLJUČEK

Motnje zaznavanja nastanejo, kadar pride do motenj v procesu sprejemanja dražljajev in odzivanja nanje. Vse motnje zaznavanja niso nujno patološko stanje; primer nepatološke oblike zaznavnih motenj so iluzije, ki jih je najverjetneje doživel že vsak izmed nas. Po drugi strani so halucinacije vseh oblik vedno patološke. Le-te so lahko sprožene s psihoaktivnimi snovmi ali pa so posledica duševnih oz. nevroloških bolezni. Med motnje zaznavanja uvrščamo še elementarne motnje zaznavanja, zaznavne anomalije, depersonalizacije in derealizacije.

Natančno opisani primeri duševnih motenj lahko študentom pomagajo pri boljši prepoznavi patoloških stanj, kar lahko dolgoročno prispeva k manjšemu številu sprejemanj bolnikov. Ne glede na področje medicine se bomo vedno srečali tudi z duševnimi bolniki, zato je pomembno, da se študentje že tekom študija naučijo prepoznati najosnovnejše duševne motnje.

ZAHVALA

Pričujoči članek je nastal na pobudo psihiatra prof. dr. Aleša Kogoja, ki mu je prežgodnja smrt onemogočila vsebinsko sodelovanje pri članku. Nadaljevali smo z njegovo idejo. Upamo, da se članek izkaže za koristno in poučno branje, kar bo največji poklon njegovi ideji.

LITERATURA

1. Dernovšek MZ. Simptomi in znaki duševnih motenj. In: Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, et al. Psihijatrija. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 2013. p. 110-40.
2. Rus Makovec M. Odvisnost od psihoaktivnih snovi. In: Pregelj P, Kores Plesničar B, Tomori M, et al. Psihijatrija. Ljubljana: Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana; 2013. p. 164-95.
3. Oyeboode F. Pathology of Perception. In: Oyeboode F. Sims' symptoms in the mind. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2008. p. 87-110.
4. Hallucinations. Encyclopedia of mental disorders [internet]. Chicago: Advameg; c2000-2016 [citirano 2014 Apr 27]. Dosegljivo na: <http://www.minddisorders.com/Flu-Inv/Hallucinations.html>
5. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
6. Tomori M, Zihel S. Psihijatrija. Ljubljana: Littera picta; 1999.
7. Bras S, Cvetko B, Kobal M, et al. Psihijatrija. Ljubljana: Državna založba Slovenije; 1986.
8. Burns A. Misidentifications. Int Psychogeriatr. 1996; 8 (Suppl 3): 393-7.
9. Lanska JR, Lanska DJ. Alice in Wonderland syndrome: somesthetic vs visual perceptual disturbance. Neurology. 2013; 80 (13): 1262-4.
10. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
11. Patient: Charles Bonnet Syndrome [internet]. Leeds: Patient; c1997-2016 [citirano 2014 Apr 27]. Dosegljivo na: <http://www.patient.co.uk/doctor/Charles-Bonnet-Syndrome.htm>
12. Merabet LB, Maguire D, Warde A, et al. Visual hallucinations during prolonged blindfolding in sighted subjects. J Neuroophthalmol. 2004; 24 (2): 109-13.
13. Wisconsin State Journal: Curiosities: Light after images called »palinopsia« [internet]. Madison: Wisconsin State Journal; c2016 [citirano 2014 Apr 27]. Dosegljivo na: http://host.madison.com/wsj/news/local/ask/article_6631c6e4-1f6b-11e0-a91f-001cc4c03286.html
14. Canafoglia L, Morbin M, Scaioli V, et al. Recurrent generalized seizures, visual loss, and palinopsia as phenotypic features of neuronal ceroid lipofuscinosis due to progranulin gene mutation. Epilepsia. 2014; 55 (6): 56-9.
15. Kumar S, Sedley W, Barnes GR, et al. A brain basis for musical hallucinations. Cortex. 2014; 52: 86-97.
16. Colon-Rivera AH, Oldham AM. The mind with a radio of its own: a case report and review of the literature on the treatment of musical hallucinations. Gen Hosp Psychiatry. 2014; 36 (2): 220-4.
17. The Center for Hearing Loss: Musical Ear Syndrome: The Phantom Voices, Ethereal Music & Other Spooky Sounds Many Hard of Hearing People Secretly Experience [internet]. Stewartstown: The Center for Hearing Loss Help; c2016 [citirano 2014 May 12]. Dosegljivo na: <http://www.hearinglosshelp.com/articles/mes.htm>

18. Wackermann J, Pütz P, Allefeld C. Ganzfeld-induced hallucinatory experience, its phenomenology and cerebral electrophysiology. *Cortex*. 2008; 44 (10): 1364–78.
19. Andreasen CN, Black WD. *Introductory textbook of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2001.
20. Bleuler E. Extracampine Hallucinationen. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*. 1903; 25: 261–4.
21. Ebert HM, Loosen TP, Nurcombe B. *Current diagnosis & treatment: psychiatry*. New York: McGraw-Hill Medical; 2008.

Prispelo 20. 2. 2015