

Dr. Kassai-Farkas Ákos

A szkizofrénia

Ha pszichiátriai betegségről beszélünk, mindenkinek először a szkizofrénia jut az eszébe. Hiszen a szkizofrénia a legismertebb, a legtöbb előítélettel kezelt betegség. Ez nem véletlen, hiszen ez az a kórforma, melynek diagnosztikus kritériumrendszer az egyik legváltozékonyabb.

Emlékeztetőül: *Bleuler* csoportosította **alap-** és **járlékos** tünetekre a betegséget. A négy alaptünet, a „négy A”-ként határozta meg, az 1) asszociációs zavarokban, 2) affektív zavarokban, 3) autizmusban, és az 4) ambivalenciában, ehhez a járlékos tüneteknek az érzécsalódásokat, a magatartászavarokat kapcsolta. *K. Schneider* **elsőrangú** (pl.: gondolatok felhangosodása, párbeszédes, vagy kommentáló hallucinációk, gondolatelvonás, gondolat beültetés) és **másodrangú** tüneteket különít el (percepció zavarok, tanácstalanság, hangulatingadozások, érzelmi elszegényedés). *Nyíró* kiemelte – rendkívül korszerűen –, hogy a szkizofrénia-fogalom valójában heterogén eredetű kórképcsoportot takar. Az egyik legújabb *Crow* besorolási javaslata: **I. típusú** (pozitív tünetes szkizofrénia) valamint **II. típusú** (negatív tünetes szkizofrénia).

A **szkizofrénia-spektrum**, mint betegség-kategória azt jelenti, hogy a kórkép legsúlyosabb állapotától a szinte a legenyhébb fokáig terjedő minden átmenetet magában foglal. E szemléletben három tünetcsoportot különítünk el:

Akut szkizofrénia tünetcsoport: nagyon hasonlatos a *K. Schneider* féle elsőrangú tünetekhez.

Téveseszmék: leggyakrabban üldöztetési tartalmúak, de nem ritkák az „elvont” filozófiai, vallási tartalmak, a befolyásoltatásos élmények is.

Érzécsalódások: akusztikus jellegűek, gyakran pszeudo-hallucinációk (pl. a beteg a fejében hallja), párbeszédeselek, vagy kommentáló jellegűek, előfordul, hogy a gondolatok fel-

hangosodnak, vagy saját gondolatait hallja vissza.

Fellazult asszociációk: széles határok között változhat, az enyhe inkoherenciától a gondolatöredékeken, neologizmáig is terjedhet.

Jellemző még a deperszonalizáció és derealizáció, mely az *éntudat* sajátos zavarát tükrözi.

Az *érzelmi állapot* is széles határok között váltakozik. Az inadekvát érzelmi megnyilvánulásoktól a tévelyhangulaton (*Wahnstimmung*) át a kontaktusképtelenségig terjedhet.

A *figyelem* is sajátos változásokat mutathat, melyeket a különböző pszichopatológiai élmények befolyásolnak.

Így *magatartása* is gyakran bizarr, normákat nem tartó.

Az **idült szkizofrénia tünetcsoportjára** jellemző az indítékszegénység, a passzivitás, az elhanyagoltság, meglassult és rövid verbális kommunikáció, szegényes mimika és pantomimika, esetleg katatóniás tünetek. Érzelmileg elsavárosodik, szociális kapcsolatai romlanak, izolálódik, deklasszálódik.

A **szkizoid tünetcsoport** esetében a klinikai képet az érzelmi élet zavarai és a szociális kapcsolatok hanyatlása jellemzi, autisztikus irányba fordul.

A fenti klinikai képek jelentik vagy jelenthetik a szkizofrénia diagnózisát. Nincs olyan tünete, mely egyértelműen megerősíti vagy kizárja a szkizofrénit. Változatlanul a fenti tünetek hosszú időn keresztül fennállása alapján állítható fel. Tehát a szkizofrénia diagnózisa szakmai megállapodásokon múlik, illetve ezek változása alapján változik. A DSM-III (Diagnostic Research Criteria, anno 1980) megjelenése óta az angolszász világban felére/hatodára csökkent az új szkizofrén betegek száma. Ilyen értelemben változott a BNO-10 kritériumrendszere is. Diagnózis akkor állítható fel, ha a típusos tüneteknek legalább fél éven keresztül észlelve legalább 1 hónapot tartanak. Hagyományosan 1%-a a népességnek szkizofrén.

Tehát szkizofréniaira kell gondolni, ha a gondolkodás zavara (lásd

fentebb) kimutatható, az irányított-ság érzése megfigyelhető, érzécsalódások, téveseszmék jelentkezésekor, ha elszíntelenedő érzelmi életet találunk, ha az asszociációk fellazulnak, a pszichomotoros tempó meglassul, iniciatíva szegénység lép fel, mely miatt is romlanak a szociális kapcsolatok. A fenti tünetek bármelyike vagy bármilyen kombinációja a szkizofrénia gyanúját veti fel. A diagnózis felállítása pszichiáter számára sem mindig könnyű.

Leggyakrabban a kezelésbevétel igénye a hozzátartozókban merül fel, a megváltozott magatartás miatt. A korábban „szabályos” kliens viselkedése szemetszerűen megváltozik, vagy zavaró érzécsalódások teszik szükségessé a kezelést. Ritkán veszélyeztető magatartás is jelentkezhet. Az első interjúk során gyakran kiderül, hogy a betegség megjelenése előtt is személyisége kissé eltért a szokásostól, zárkózottabb, visszahúzó-dóbb, sérülékenyebb, érzékenyebb volt, mint a környezete. Gyakran arra is fény derül, hogy a betegség „kirobanását” megelőzően is voltak olyan „prodromális” jelek, érzelmi kitörések, érdeklődés markáns megváltozása, stb., ami általában utólag nyer jelentőséget. A vizsgálat során derül ki, hogy a környezet számára érthetetlen, bizarr magatartást gyakran az inkoherens gondolkodás jelenti.

Ahhoz, hogy klinikai szempontból megközelítően releváns diagnózist tudjunk felállítani, némi pszichopatológiai ismeretre van szükség. Elevenítsük fel azokat a fogalmakat, amelyeket az egyetemi képzés során szereztünk.

Három olyan pszichopatológiai jelenségcsoport van, melyet szükséges végiggondolni:

1. Az észrevevés (percepció) és a felfogás (appercepció) zavarai.
2. A gondolkodás zavarai
3. Az érzelmi élet zavarai

Az észrevevés és felfogás zavarai. A világ megismerése közvetlen és közvetett úton történik. A közvetlen megismerés az érzékszervi érzékeléssel, a közvetett pedig általában a beszéd segítségével történik. Nemcsak a külső világról, hanem saját működéséről is.

Dr. Kassai-Farkas Ákos
Nyíró Gyula Kórház
I. Pszichiátriai Osztály
1135 Budapest, Lehel út 59.

désünkről is a percepció útján szerezzük ismereteket. A *percepció* során keletkezett érzeteket a központi idegrendszer összeveti a korábban szerzett ismeretekkel és *felfogás* lesz belőle.

A belső szerveinkből érkező érzetek tudatosulás helyett a *közérzetben* integrálódnak. Az észrevezés zavarainak egyik csoportja az intenzitásbeli zavar, mely lehet csökkent (hipesztézia) és fokozott (hiperesztezia). *Hipesztéziát* leggyakrabban olyan esetekben észlelhetünk, ha a tudat éberségi szintje csökken. Ilyen helyzet figyelhető meg erős érzelmi igénybevétel, nagy intenzitású ingulatok kapcsán, de megfigyelhető gyengeelméjűek esetében is. A *hiperesztezia* inkább valamiféle kimerülés, súlyos senyvesztő betegség kapcsán jelentkezik.

Az *illúziók* és a *hallucinációk* a téves észrevezések. Az illúzió valamely külső inger hatására létrejövő téves észrevezés, tehát egyfajta ítélethamisítás. Az illúzió kialakulását segítheti a tudati szint csökkenése (hipnagóg állapot), az érzelmi feszültség valamint a figyelem beszűkülése. Egészséges individuumban ezt rendszerint korrigálja. Az érzékcsalódások ellenben külső inger nélkül létrejövő kóros észrevezések. Ilyenek tekinthető, pl. a *figyelmetlenségi illúzió*, mint a sajtóhiba, az *affektív illúzió*, mikor az indulat megváltoztatja az észrevezést. Ha a figyelem eltérésekor jelentkező észrevezés, melyben sem affektus, sem realitás-ítélet nincs, azt *pareidoliának* nevezük. Ez az a jelenség, amikor pl. a felhőkben alakot vélünk felfedezni. Kóros az illúzió akkor, ha a túlértékelt eszmék irányítják az észrevezést. A valódi hallucinációk a valóságos észrevezés minden tulajdonságával rendelkeznek, míg a pseudo-hallucinációk esetében az érzékelés egyes elemei hiányozhatnak, a beteg el tudja különíteni a valóságtól – szemben a valódi hallucinációval – ennek ellenére nem korrigálja, és kóros következtetések alapja lesz.

A belső szervi érzékelés zavaraiiban leggyakrabban testséma zavarok és kóros szervérzések (cönesztópátiák) fordulnak elő.

A tudat állapota nagyban befolyásolja az érzékcsalódások milyenségét. Ha a tudat világozottsága csökkent,

akkor gyakrabban fordul elő valódi hallucináció, pl. delíriumban, tiszta tudat mellett inkább pseudo-hallucináció alakul ki. Megkülönböztetünk vizuális, akusztikus, ízérzésbeli, szaglási, tapintási (*haptikus*) és egyéb hallucinációkat, de lehetnek továbbá elemiek, komplexek és multiszenzoriálisak. Az elemi vizuális hallucinációt *photopsianak*, az összetett *vizióknak* nevezzük. Ha zajt, bűgást hallucinálunk, azt *akoazmanak* nevezük, míg a hanghallásos hallucinációt *phonémának*. Néhány speciális hallucinációt meg kell említeni: a) *emlékezethallucináció* az a jelenség, ha a kliensnek olyan emlékképei vannak, amelyeket nem élt át. b) Hasonlóan speciális élmény a *deja vu* és *jamais vu* jelenség. c) Néha megfigyelhető a *pszseudológia phantastica*, amikor képzeletben született elbeszélést valóságként él meg. De hasonló a d) *confabuláció* is.

A gondolkodás zavarai. Gondolkodásnak egy helyzet által meghatározott feladat megoldására irányuló „belső tevékenységet” értjük. Ez a bonyolult folyamat az *emlékek* figyelembevételével, a *tanulás* során szerzett ismeretek *mérlegelésével*, a *képzetek* és *fogalmak* produktív összekapcsolásával történik. Beszélhetünk *személyközei* gondolkodásról, mely azt jelenti, hogy a gondolkodás személyes természetű és színezetű, többnyire egyedi jellegű. *Személytávoli* a gondolkodás akkor, ha közkinccset képező képzetekkel és fogalmakkal dolgozik, logikai szabályokat és társadalmi szokásokat követ. Ez mesterséges elkülönítés, többnyire hamonikusan egyensúlyban van a különböző szituációkkal. Ha ez a harmónia felbomlik, pszichopatológiai tünetként értelmezendő. Ha a személyközei gondolkodás kerül túlsúlyba, akkor a gondolkodás rendszerint nehezen korrigálható affektív torzulást szenved. Ekkor *katathymia*ról beszélünk. A katathymia önmagában nem kóros. Onto- és filogenetikailag ősi, megfigyelhető gyermekeknél, regresszív állapotokban és gyakrabban primitív társadalmakban.

A gondolkodási folyamat bonyolultsága miatt érdemes didaktikus szempontok szerint csoportosítani a gondolkodás rendellenességeit, melyek esetleg egy-egy elemre vonat-

koznak, de a gondolkodás egészét érintik.

A képzet- és a fogalomalkotás zavarai: gondolnunk kell arra, hogy érzékszervi fogyatékoságok esetében gyakran a képzetek kialakulása eleve akadályozott. Hasonlóan hiányos vagy zavart lehet a gondolkodás gyengeelméjűség esetében. Gyakran megfigyelhető, alacsony intelligenciájú emberek eleven, színes képzetanyaggal bírva, kevés vagy inadekvát fogalmakkal felruházva *szalon-idióta*-ként jelennek meg. Típusosan a szalon-idióta tudálféles, főlényes módon nagyszámú fogalommal dobálódzik, alaposabb odafigyelés után kiderül, hogy a fogalmi üresek, felszínesek, zavarosak. Szkizofréniában néha a beteg új fogalmakat alkot (*neologizma*), mely szónak csak a patológiai fogalomkörben van értelme. Ritkábban a neologizmákból felépített nyelvet használ a beteg (*onematopoesis*).

A gondolkodás tempójának zavarai: ide tartoznak a *formai zavarok*, mint pl. a gondolkodás *felgyorsulása*, mely általában jó közérzettel, *logorrhoeával* (fokozott beszédképesség) jár. Ha a gondolkodás oly mértékben felgyorsul, hogy a minőségi gondolkodás rovására megy, akkor beszélünk *gondolatrohanás*ról. A gondolatrohanás a beteg egészségesen nyújtott teljesítményéhez képest mindenképpen szegényesebb. Hangulatemelkedéskor gyakran *kritikátlan* jelenik meg ebben az egyébként olykor szellemes, ötletgazdag, a konvenciókat levetni képes állapotban. Ha a gondolatrohanás extrém mértékű és a kifejezési próbálkozás során érthetetlen szóáradatot tapasztalunk, az a *sekunder incoherencia*. Mánias állapotok gyakori tünete. A gondolkodás *meglátsulása*, ellentétben a felgyorsulással, *tematikus szegénység* jele. A gondolkodási folyamat üresjáratát kínzó tehetetlenségként éli meg, a meglassúbbodás, esetleg gátoltság, pl. a depresszióban meghatározó diagnosztikus jel.

A gondolkodás minőségi zavara: ebbe a fogalomkörbe tartozó eltérések rendszerint függetlenek a beteg hangulatától és az intellektuális színvonalától. Ide tartozik a *zárlat*, a gondolkodás elakadása. Ilyenkor a beteg, aki éppen jó hangulatú, kooperáló, jó motoros működésű egyik pillanatról

a másakra „elnémul” tiszta tudat mellett. Ez a csak a gondolkodásra korlátozódó zavar hosszabb-rövidebb idő alatt oldódik. Reziduális tünet nélkül elmúlik. Elkülönítendő az *affektív stuportól* („leblokkolás”), ami leggyakrabban érzelmileg felfokozott helyzetekben (pl. vizsga), emocionálisan labilisabb személyeknél szokott előfordulni. *Gondolatlóngásról* beszélünk, ha a gondolkodás folyamata öntörvényű, megállíthatatlan, gyakran lazább asszociációk kifogyhatatlan áradata. Szkizofréniában gyakori, hogy önmagukban értelmes mondatok és kijelentések minden logikai összerendezettség nélkül ömlenek, témához, szituációhoz nem köthetőek. Ez egyfajta inkoherencia, általában *elsődleges incoherenciának* mondjuk, mert csak a gondolkodászavarral van összefüggésben. Ha olyan mértékben elhatalmasodik, hogy már a beteg viselkedését is befolyásolja, *inkohereus zavartságról* beszélünk. A gondolkodás *kuszaságát* akkor írjuk le, ha az asszociációk véletlenszerűek, gyakran bizarrak, különcök, csapongók. Rendszerint a kusza gondolatoknak valamiféle transzcendens értelme felsejthető. A kuszaságban gyakran megfigyelhető a gondolattöredékek *összesűrítése*, vagy *hézagok* megjelenése a gondolattöredékek között, esetleg szavak, gondolatok ismétlései, *perseverációja*, vagy egyszerűen a gondolatmenet kisiklik, kizökken. Nemritkán egyfajta *modorosság* is megjelölhető.

A *gondolkodási műveletek és szakaszok zavarai* csoportban két fontos jelenség sorolható. *Paralógiás* a gondolkodás akkor, ha túllépi a helyzetben, feladatban indokolt határokat, a fogalmi kontúrok elmosódnak egyre több szempont úszik be mellékesen és a gondolkodás folyamatát összefoghatatlanná teszi. *Alogiás* a gondolkodás akkor, ha a szükséges gondolkodási lépések kimaradnak, a gondolkodás hiányos, darabos, töredékes lesz.

Gondolkodási automatizmusokról beszélünk, mikor akaratlagosan nem befolyásolható jelenséget észlelünk, amikor vagy az ÉN nem ismeri el sajátjának, vagy a személyiség számára idegen, vagy közvetlenül nem értelmezhetőek, esetleg a személyiség számára értelmetlenek. Ide sorolha-

tóak a *hallucinációk* (lásd fentebb), a *tévelyötlet* egyfajta bizarr, megalapozatlan ötlet, mely relevanciája a beteg számára nem kérdéses. *Gondolatátvitelről* beszélünk, ha a megfogalmazott gondolatról a beteg úgy érzi, hogy nem a sajátja. Mintahogy a *gondolatelvonás* lehet a *gondolatelakadás* „racionális” magyarázata. Előfordulnak *anancasmusok*, amikor a beteg számára nem elfogadható, idegen, zavaró és logikátlan gondolatoktól nem tud szabadulni (egyfajta kényszeres jelenségről van szó). Ha kitöltik a „tudatot”, *formális gondolkodási kényszerekről* beszélhetünk (pl. arithomómánia (számolási kényszer), *kétkedési kényszerek*, *kényszerindítékek* (gyermek megölése), *ceremoniális kényszeres cselekvések* a nyomasztó *kényszeraffektusokat* könnyítik. Ezt a tünetspektrumot a beteg betegségi állapotként éli meg, szemben a téveseszmével. A *fóbiák* jelentősen befolyásolják a beteg viselkedését. A fóbia legyőzhetetlen félelmet jelent más ember vagy emberek számára természetes helyzetekben. Számtalan megjelenési formáját ismerjük. Leggyakrabban *zoophobia*, *anthropophobia*, *claustrophobia*, *agoraphobia*, *nykto-phobia*, *nosophobia*, *phobophobia*, stb. A gondolkodási automatizmusok mellett rendszerint marad hatékony logikus gondolkodási funkció is.

A *gondolkodás személyes evidenciáinak* nevezük azokat a jellegzetességeket, melyek nem felelnek meg az átlagos és elfogadottnak, de meghatározzák a beteg viselkedését. *Tévelygondolat* sok aktuális benyomást hordoz magában, a *kóros vonatkoztatás* több aktuális élmény között teremt patológiás kapcsolatot. *Kóros jeletőség tulajdonításról* akkor beszélünk, ha az aktuális észlelések segítik a patológiás tudattartalmak kibontakozását.

Téveszmék és túlértékelt eszmék fogalomköre, már elvezet minket a „téboly” világába. A *téveszmék* (doxazmák) nem mások, mint a kórosan meghamisított ítéletek. **Felhívom a figyelmet, hogy fontos különbséget tenni a tévedés, a hit és a hiedelmek és a téveszmék között.** Mik a téveszmék jellegzetességei?

1. A téveszméhez való mozdíthatatlan ragaszkodás, a szubjektív bizonyosság élménye.

2. Korrigálhatatlanság (a tévedést

a tapasztalat módosítja), a téveszme nem változik a „kényszerítő” tapasztalat ellenére sem.

3. A téveszmék tartalmai általában az abszurdak, a lehetetlenek.

4. Többnyire a téveszme-tartalmak énközeliek

A *túlértékelt eszme* annyiban különbözik a téveszmétől, amennyiben a tapasztalathoz bizonyos mértékig alkalmazkodik, látszólag „képlekenyebb”, de lényege az esetleges változás, módosulás ellenére változatlan. Mindig a személyes elem a domináns. A túlértékelt eszmék, mint jelenségek a mindennapi életben is, pl. az elvakult szerelmeseinél, fanatikusoknál. Akkor válnak, válhatnak kórossá, ha az irrealitása nő és korrelálhatatlansága csökken.

Lényeges tudnunk, hogy a tév- és túlértékelt eszmék a személyközelgi gondolkodás eredményei. Ha a kórosan megváltozott hangulati élet következtében alakulnak ki, akkor *holothym téveszmékről* beszélünk, ha a vágyak nyernek kóros színezetet, akkor *katathym téveszmékről* van szó. Ha a beteg explorációja során nem követhető a téveszmék eredete, *elsődleges téveszméknek* nevezük, míg a *másodlagos téveszmék* a pszichés „élet” történéseiből levezethetőek. Gyakran észleljük a *téveszmerendszerek* kialakulását. Ennek kidolgozottsága természetesen függ a beteg intellektuális képességeitől, logikai készségétől. A téveszmék, túlértékelt eszmék, a téveszmerendszer megléte nem okoz minden esetben összeegyeztethetetlen konfliktust a valósággal („kettős könyvelés”). Fontos tudnunk, hogy a téveszme tartalma önmagában sohasem határozza meg a téveszmét. A leírásokban gyakran mégis a téveszme tartalma/jellege szerint csoportosítunk, így beszélünk *egodiasztóléről* és *egoszisztóléről*. Az előbbiben az „Én kibővül”, gyakran a beteg számára pozitív, kedvező éménnyel jár, ilyenek pl.: *megalomániás doxazmák*. A nagyzá- sos tartalmak sokszor holothymek vagy a direktben hatnak a beteg hangulatára, viselkedésére. Megkülönböztetünk vallásos (*religiózus*), származási (*genealógiai*), feltalálásos (*inventarius*) tematikákat, melyekben időnként bádár megfogalmazásokat is nyernek. Az utóbbiak többnyire „Én szűkítéssel” járnak, a beteg számára a megélés szintjén is károsak, ártalmasak *mikromániás doxazmák* csoportjába tar-

toznak. Ezek is gyakran *holothymek*. Depresszióban is megfigyelhetünk *bűnöségi, önvádlassos* vagy *hypochondriás* téveszméket. Gyakoriak a *nihilisztikus* tartalmak, mikor vagy egyes szervei működésében, esetleg saját létében is kétkedik. Ha a téveszme nem „befelé”, hanem „kifelé” irányul, jelennek meg a leggyakoribb formák az üldöztetéses (*perzekútoros*) doxazmák, melyek valamilyen hallucinátoros élményalappal rendelkeznek. A mindennapi praxisban találkozunk *eratomán doxazmákkal* (szerelmi vagy féltékenységi tévely) vagy a perlekedési téveszmével (*querulátoros*). A tartalomból etiológiai következtetést nem lehet levonni.

Az érzelmi élet zavarai. **A klinikumban, ahogy a mindennapi életben is az érzelmeink több szinten befolyásolják életünket. Megkülönböztethetünk értékelő és szabályozó funkciókat.**

➤ Mindenki valamilyen szubjektív viszonyulással van a világhoz (személyekhez, tárgyakhoz, körülményekhez, szituációkhoz). Az a viszonyulás lehet *pozitív* vagy *negatív értékelés*, ezen belül lehet *intenzív* vagy *kevésbé intenzív*. A *vitális* (holothymias) *érzelme* nagy valószínűséggel a vegetatív funkciókhoz kötötten „veleszületetten” alakulnak, a *szociális érzelmek* a személy szocializációjához kötötten működnek. A vitális érzelmek általános tör-

vényszerűségeket mutatnak, míg a szociális érzelmek egyediek és csak a viselkedés, a verbális kapcsolat során ismerhetők fel. Az érzelmek értékelő funkciója kondicionálással, dekondicionálással (viselkedésterapiák) alakíthatóak.

➤ A *szabályozó funkció a hangulatban* nyilvánul meg (euthymia, dysthymia), mely az aktuálisan, egyidőben meglévő különböző intenzitású és minőségű érzelmek eredménye. Ismert mindannyiunk számára, hogy az érzelmi élet a különböző megközelítések kutatásai alapján a limbikus rendszerhez (Papez kör), a diencephalonnal való kapcsolat a vegetatív funkciók, a formatio reticuláris az aktiváltsági szint (éberségi szint), a neocortex kapcsolat a tudatos és automatikus cselekvések szabályozásában játszik szerepet. A személyiség fejlődése szempontjából fontos, mert a gyermekkorban retardált emocionalitás infantilizmushoz vezet. A biológiai kutatások további részleteket tisztáztak a szorongás és félelem valamint az adrenalin kapcsolatáról (Cannon), a depressziók és chatecholamin összefüggésekről (Schildkraut), valamint legújabban a szerotonin, noradrenalin szerepéről.

Negatív érzelmi állapot a legmeghatározóbb megnyilvánulása a *vitális szorongás érzése*. Szorongás ismeretlen ingerre jelentkező bizonytalanság

néhány hónapos kortól kezdődően; kisgyermekkorától a biztonságérzet hiánya; teljesítmény elégedetlenség-érzés iskoláskortól; pubertástól a személyiség autonómiájának és presztízének elégtelensége alakítja ki. Ez az érzés gyakran, szinte meglepetés-szerűen lepheti meg a beteget és öngyilkossági kísérletet, öngyilkosságot is okozhat. Az *ambivalencia* az az élmény, amikor ugyanaz a kiváltó ok egyszerre kellemes és kellemetlen élményt is jelent. A *Wahnstimmung* (révület) gyakran a betegség kezdetén jelentkezik egy nehezen körülírható sejtelmesség formájában. Az érzelmi élet elsivárosodása, az érzelmi reakciók csökkenése vagy hiánya is gyakori. Ilyen helyzet figyelhető meg a szimpátiák és antipátiák abnormális eltorzulásaikor. Megfigyelhető néha autisztikus tünet is, mikor érzelmi elszigetelődés, befelé fordulás, visszavonulás. Motiválatlan, indokolatlan **félelemi indulati reakciók** jelentkezhetnek, melyek különböző brutális jellegű haragot okozhatnak. Amnéziával (részleges vagy teljes) is járhatnak.

Tapasztalatunk szerint a tünetek sokszor könnyen felismerhetők, máskor csak sejtethetők. Gyanú esetén érdemes minél hamarabb szakemberhez fordulni a betegség korai felismerése végett és hogy mérlegelni lehessen a terápiás lehetőségeket.

Stigmák nélkül

Dokumentumfilm a szkizofrén betegek társadalmi re-integrációjáért

A fővárosi Puskin Moziban november 7-én került bemutatásra az „Aggódunk érted...” sorozat újabb dokumentumfilmje Váczi Szabó Márta forgatókönyvírásában, „Szkizofrénia” címmel. A film támogatóinak képviselőiben Dr. Harangozó Judit, az Ébredések Alapítvány titkára és Dr. Romány Anna, a Johnson&Johnson gyógyszerdivíziója, a Janssen-Cilag vezérigazgatója kiemelték a média felelősségét a szkizofrén betegekkel kapcsolatos általános társadalmi felfogás alakításában. A Janssen Cilag meghirdetett egy sajtópályázatot, amelynek témája a szkizofrén betegek destigmatizációja.

A film fontos célja a szkizofréniában szenvedő betegek és hozzátartozóikkal szemben kialakult előítéletek csökkentése és a szkizofrén betegek bátorítása az ismételt társadalmi beilleszkedésre.

A vetítést követően a szervezetek képviselői, betegek és hozzátartozók egyaránt kifejtették véleményüket a stigmatizáció, a megbélyegzés, kiközösítés ellen.

A film orvos szereplői és a bemutatóra meghívott szak-

emberek: Prof. Dr. Arató Mihály, Dr. Harangozó Judit és Prof. Dr. Tringer László elmondták, hogy a terápia mellett a gyógyulási folyamat szempontjából létfontosságú a család, az egészséges emberek megértő támogatása is. A pszichiáter által irányított rehabilitációs foglalkozások, a sortársakkal való találkozásnak és fejlesztő programoknak otthont adó nappali klubok, a családterápia, a munkarehabilitációs tréningek lehetősége mind-mind egy-egy lépéssel közelebb viszik a hétköznapi élethez való visszatérés felé a betegeket, ám az erőfeszítések sikerét nem ritkán az egészséges emberek befogadóképességének hiánya akadályozza.

Például a filmben szereplő szkizofréniában szenvedő székesfehérvári fiatal lány édesanyja és testvére aktív közreműködésével ma már ismét teljes értékű emberként folytathatja életét, egyetemi tanulmányait. S ezzel így lennének sokan, ha a betegség mellett nem kellene még embertársaink által rájuk süttött bélyeggel is együtt élniük.