

A SKIZOFRÉNIA ELFOGADOTTSÁGA

BACSKÓ NIKOLETTA¹ ÉS EMRI ZSUZSA²

¹ Biológia BSc szakos hallgató, Eszterházy Károly Egyetem

² Eszterházy Károly Egyetem, TTK Biológiai Intézet Állattani Tanszék,

3300 Eger, Leányka u. 6.

E-mail: emri.zsuzsa@gmail.com

Abstract

Schizophrenia is a chronic, often debilitating neuropsychiatric disorder associated with considerable morbidity. Recent molecular biological studies support the fact that it is a polygenic disease. Its positive symptoms (hallucinations, delusions, suspiciousness and conceptual disorganization) are associated with hyperdopaminergic neurotransmission in the mesolimbic dopamine pathway, while negative symptoms (social and emotional withdrawal, blunted affect) and cognitive deficits may be caused by hypodopaminergic activity in the mesocortical pathway.

Schizophrenia affects approximately 1% of the population, a well-known neuropsychiatric disorder although the accuracy of the general knowledge is very questionable. In a questionnaire we investigated how much people know about the disorder and what level would they integrate schizophrenic patients into the society. People with accurate knowledge about schizophrenia either were medics or knew well a person with this disorder. These people were cautious with the social integrability of schizophrenic people, although they could imagine their employment in jobs under constant control and with small responsibility. Others with less accurate knowledge about the disorder were against the integration of schizophrenic people, they were afraid of them, and associated them with uncontrollable aggressive behavior and dissociated personality. The media should help to form a more tolerant attitude towards people with neuropsychiatric disorders by providing more balanced information about these people.

Bevezetés

A pszichiátriai betegségek közül, talán a skizofrénia az egyik legismertebb és egyben a legjobban félreértett betegség. Ez nem meglepő, hiszen egy spektrumbetegségről van szó, melynek diagnosztikus kritériumrendszere sokat változott az elmúlt évszázad során (KASSAI-FARKAS 2002). A skizofrénia görög eredetű szó, mely fordításban „hasadt elme”-t jelent. Ezért a köznyelv gyakran tévesen úgy gondolja, hogy a skizofréniában szenvedő betegek több személyiséggel és tudathasadással rendelkeznek, pedig nem ezek a tünetek a betegség egyetlen kísérői. Sajnos nincs olyan tünet, amely egyértelműen kizárná vagy bebizonyítaná a betegség fennállását, bármelyik skizofréniára jellemző tünet előfordulhat más betegségek tüneteként is (http://www.hazipatika.com/betegsegek_a_z/skizofrenia/50). A diagnózist csakis tünetegyüttesek jelenlétével lehet felállítani. A skizofrén beteg képtelen összhangot teremteni az érzelmei, gondolatai és tettei között, inkább a mentális funkciók széteséséről vagy „hasadásáról” lehet beszélni.

A skizofréniában szenvedő betegek számára nehézséget jelent a mindennapi élet alapvető tevékenységeinek elvégzése. Sokaknak gondot jelent az összpontosítás és sérül a problémamegoldó képesség is, ami a munkateljesítmény rovására mehet (<http://drimmun.com/pszichiatriai-betegsegek/a-skizofrenia.html>). A szociális ranglétrán egyre lejjebb csúsznak, súlyosabb esetben a beteg napról-napra él, mintha nem létezne jövő a számára. Figyelme beszűkül, mások számára révetegység benyomását kelti, mintha a skizofrén beteg nem lenne teljesen jelen egy adott szituációban. A beteggel szinte lehetetlen érzelmi kapcsolatot kialakítani, közöny jellemzi, új kapcsolatok kialakítására embertársaival képtelen. Nem csak mások iránt mutat érdektelenséget, hanem önmaga iránt is. Az etikettet és szociális normákat gyakran nem veszi figyelembe. Súlyosabb esetekben a betegek alapvető biológiai szükségleteiket sem elégítik ki (pl. alvás, evés), egyszerűen megfelelnek róluk, így támogatásra van szükségük a mindennapokhoz. A saját állapotuk súlyosságát nem érzékelik. Kommunikációjuk is sérül, beszédük nem koherens, súlyosabb esetekben csak mozaikszerű gondolattöredékeiket közlik a külvilággal. Megfelelő családi háttér nélkül a betegek, a társadalom perifériájára sodródnak. Az elmúlt évtizedben, számos országban több pszichiátriai intézetet zártak be, a megmaradtakban pedig csökkentették az elhelyezhető betegek számát. Ennek köszönhetően a hajléktalanok körében megnőtt a pszichiátriai betegek száma. Mára a hajléktalanok és nyomorban élők jelentős része skizofréniában szenved (TRINGER, 2010).

Megbetegedések gyakorisága születési idő, nem és életkor szerint

A skizofrén betegek gyakran tél végén születnek (TRAMER, 1929), a téli hónapok jellemzői a vitaminhiány, vagy a hideg, a lehetséges etiológiai faktorok közé tartozhatnak. KENDELL és ADAMS (1991) elemezte 13661 skóciai kórházakban diagnosztizált skizofrén beteg születési idejét, és azt találta, hogy több skizofrén beteg született februártól-májusig. MEDNICH és munkatársai (1988) publikálták az 1957-es influenzajárvány utáni évben született, később skizofrén betegek számát, és ezzel a publikációval elindították a későbbi vírusetiológiai kutatásokat is. Számos teória jött létre a vírus-következményekkel kapcsolatban, de eddig általános érvényűt senki sem tudott prezentálni (BITTER és FÜREDI, 2000).

Becslések szerint a Föld 1%-a érintett ebben a betegségben, különböző vizsgálati adatok szerint a férfi és nő arány egyforma. KRAEPELIN és BLEUER a nemi megoszlásokat vizsgálta és mindketten a férfi nem korábbi betegségkezdését fedezték fel. (BLEULER, 1911) A WHO kutatásai alapján a betegség kezdetekor a férfiak 25,3 évesek átlagban, a nők pedig 28,9 évesek. A férfiaknál a legnagyobb incidenciacsúcs 20-39 év között látszik, későbbiekben ez fokozatosan csökken. A nők esetében kritikus periódus a gyermekszülés és a menopauza előtti szakasz, 40-45 éves kor között gyakoribb, egy kisebb incidenciacsúcs jellemzi ezt az időszakot (BITTER és FÜREDI, 2000).

A skizofrénia tünetei

A BNO klasszifikációs rendszer foglalja össze a diagnosztikai kritériumokat a mindennapi klinikai használat és a kutatás számára. A rendszer azt az elvet követi, hogy az elsődleges tünetek közül legalább egynek jelen kell lennie, míg a másodlagos tünetek közül bizonyos számú tünet hiányozhat. A diagnózis korai felállítása fontos, mivel a korai antipszichotikus farmakoterápia javítja a prognózist, illetve a nem kezelt skizofrénia idejével arányosan nő a kedvezőtlen kimenetel esélye. A skizofrénia diagnosztikai rendszere sokat változott és a rendszer alakulása máig folyamatban van (BNO-10, 1995; BITTER és FÜREDI, 2000; RÉTHELYI, 2011).

A skizofrénia diagnózisának felállításához ki kell zárni a szervi betegségeket, illetve skizofréniát nem lehet diagnosztizálni alkohol, vagy pszichoaktív szerek hatása alatt lévő, vagy elvonási tünettől rendelkező személyeken. A betegség aktív periódusának minimum

egy hónapig kell tartania, habár egyes alcsoportokban az alcsoportokhoz tartozó tünetek 12 hónapos jelenlétére van szükség a diagnózishoz (BITTER és FÜREDI, 2000).

A tünetek pozitív és negatív tünetekre való felosztása CROW nevéhez fűződik (1980): a normális pszichés működéshez képest értelmezte a tüneteket: azok a pozitív tünetek, ahol a működésben többletet talált (pl. hallucináció), a negatív tünetek pedig azok, ahol a normális pszichés működés hiányát tapasztalta (pl. érzelmi üresség). Az utóbbi időszakban a skizofrénia negatív tünetei kerültek a kutatók érdeklődésének központjába, mivel ezekből a tünetekből legalább eggyel rendelkeznek a betegek, ezek a tünetek folyamatosan fennállnak és ezek a tünetek a betegség központi jellegzetességeire utalnak (VENTURA és mtsai, 2015).

A skizofrénia pozitív tünetei

Hallucinációk: inger nélkül keletkezett hamis észlelések. A betegek 70%-a észlel auditoros, 25%-a vizuális hallucinációkat. Előfordulhat parancs-jellegű auditoros hallucináció is, a hangok a beteget utasítják, illetve kommentáló képzelgés, ekkor a hangok az illető cselekedeteit, kinézetét becsmérlik (<http://semmelweis.hu/pszichoterapiasozsaly/2015/04/a-szkizofrenia-tunetei-es-kezelese>) (TRINGER, 2010).

Téveszmék: általában az én-re vonatkozó, megingathatatlan téves gondolatok, amelyek távol állnak a beteg kultúrájától. A beteg nem tud elvonatkoztatni saját magától, mindennek valamilyen üzenete van a számára. Tartalmukat tekintve lehetnek üldöztes téveszmék (paranoid skizofrénianál), vonatkoztatásos téveszmék, melyben a beteg azt képzei, hogy valaki üzenetet küld számára, megnyilvánulhat kóros szervérés formájában, a páciens például úgy érzi, hogy agyát kicserélték, vagy zsigerei átrendeződtek. Ezen kívül lehetnek még vallásos; nagyzasos; bűnösségi; hipochondriás; stb. téveszmék is. Súlyosabb esetekben identitásavara is lehet a betegnek (<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/chap-eng.php>), (TRINGER, 2010).

Bizarr/dezorganizált viselkedés: Az előző tüneteknél ritkábban jelentkeznek. A bizarr viselkedés jelentkezhet higiénés, viselkedésbeli és megjelenési hiányosságként, gyermeki butaságként vagy zaklatottságként. A katatónia a bizarr viselkedés extrém formája, ilyenkor az egyén egyetlen pozíciót tart fenn órákig, vagy napokig (<http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/chap3-eng.php>), (TRINGER, 2010).

A skizofrénia negatív tünetei

Érzelmi élet elszegényedése: Érzelmi élet eltompulását jelenti, gyakori a kiüresedtség érzése. A beteg arca merev, szemkontaktusa gyenge. Egészséges emberből sírást vagy nevetést kiváltó események nincsenek rá hatással, együttérzésre sem képes (<http://www.kalvaria.eoldal.hu/cikkek/reszletesen-a-skizofreniarol.html>), (TRINGER, 2010).

Anhedonia: Az öröm érzésének hiányát jelenti. Minden olyan örömforrás, mely az egyén korábbi életszakaszaiban fontos volt, elveszti szerepét. Az élvezetek átélési képességének csökkenésével a beteg kevesebb időt tölt a régebben kedvelt foglalkozásokkal, ezek helyett értelmetlen dolgokkal tölti az idejét. Ez az állapot az élet bármely területét érintheti, mint például a hobbit, a táplálkozást és a szexuális életet (<http://www.kalvaria.eoldal.hu/cikkek/reszletesen-a-skizofreniarol.html>), (TRINGER, 2010).

Aszociális viselkedés: A beteg nem érez vágyat a másokkal való kapcsolat tartására. Gyakran bizalmatlanok és eltávolodnak a külvilágtól visszavonulva a saját belső világukba, ami egyrészt a tüneteik következménye, másrészt környezetük tüneteikre adott negatív reakcióinak köszönhető negatívak (BOBES és mtsai., 2010).

A beszédhajlandóság csökkenése: Külső szemlélőnek a skizofrén beteg a belső üresség gondolatát kelti, a kérdésekre rövid válaszokat ad és nem hajlandó a beszélgetésekre, gondolatainak verbális kifejezése nehezen megy neki (TRINGER, 2010).

Kognitív tünetek

A gondolkodás zavara a skizofrénia egyik leggyakoribb tünetei közé tartozik. A beteg gondolkodási sémája eltér az egészséges emberek logikájától. Beszéde összefüggéstelen és csapong a témák között, elveszíti célirányultságát. A beszéd lehet enyhén zavart, teljesen zavaros és érthetetlen egyaránt. A problémamegoldás, az összpontosítás és a memória-zavar is a kognitív tünetek közé tartozik. A beteg figyelme gyakran kihagy, elkalandozik. A lényeges és lényegtelen között nehezen tud különbséget tenni. Egyesek képtelenek az olvasásra koncentrálni, vagy a filmbeli cselekményekre figyelni. Mások nem tudják kizárni a zavaró körülményeket, vagy feladataikat elvégezni. Szinte lehetetlenné válik számukra a részletekre figyelő munka, a döntéshozatal és a bonyolult tennivalók elvégzése (JONES és mtsai., 2006; TOPOLOV, 2016).

Szucid gondolatok: Napjainkban ismert tény a skizofréniában szenvedők magas mortalitási rátája. Számos más, korábban súlyos népegészségügyi problémát jelentő betegségek halálozási aránya csökkent, míg a skizofréniáé változatlan maradt. A betegek jelentős hányadát életük legtevékenyebb időszakában sújtja a skizofrénia, és sajnos a betegség megakadályozza őket álmaik, céljaik megvalósításában. Ennek következtében sokszor összetörtnek, kétségbeesettnek érzik magukat, és öngyilkossággal próbálkoznak. A másik tényező, amely öngyilkossághoz vezethet a folyamatos kezelés, a gyógyulásba vetett hit elvesztése, korábbi öngyilkossági kísérlet, depresszív tünetek megléte. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkező betegek közt gyakoribbak az öngyilkos gondolatok a reményvesztettség és a dezintegrációtól való félelem miatt. Mivel a skizofrén emberek nem kommunikálják előre öngyilkossági szándékukat, így ennek megakadályozása is nehezebb, mint más pszichiátriai betegeknél. (BITTER és FÜREDI, 2000) Makkos szerint „*Szkizofréniában az öngyilkosság a vezető halálok, a skizofrén páciensek legalább 50%-ában jelentkeznek szucid gondolatok. Öngyilkossági kísérlet 20-40%-ban fordul elő, a betegek 4-13%-a befejezett öngyilkosság következtében hal meg.*” (MAKKOS, 2011). Az öngyilkossági kísérleteik sokszor drasztikusak (pl. öncsonkítás), ezért, váratlan drasztikus öngyilkossági kísérlet esetén az áldozat valószínűleg skizofréniában szenved. Vannak olyan esetek is, amikor a beteg éppen akkor végez magával, amikor állapota javult, amiatt, hogy ekkor képes realizálni betegségét, ekkor tudatosul benne, hogy milyen betegségfolyásra számíthat (CARLBORG és mtsai., 2010).

Egy amerikai kutatás 30 krónikus skizofrén beteg öngyilkosságait követte. A betegek 80%-a férfi volt, átlagosan 25.8 éves korukban követték el az öngyilkosságot, a betegség diagnosztizálását követően átlagosan 4.8 évvel. Az öngyilkosságoknak csak a 23.3%-a történt a kórházi kezelés alatt, 50%-át a kórházi elbocsátás utáni 3 hónapban hajtották végre, vagyis az öngyilkosságot jellemzően a kórházi kezelést követő javulás időszakában követték el. Az elkövetés módjai gyakorisági sorrendben általában a következők: lőfegyver, vonat elé ugrás, gyógyszer-túladagolás, önakasztás (ROY 1982). Az öngyilkosságot elkövető egyéneknél magasabb volt a depresszív szakaszok előfordulása. (CARLBORG és mtsai., 2010)

A skizofrénia kiváltó tényezői

A skizofrénia pontos kiváltó okai még nem ismertek, jelenlegi kutatások szerint környezeti, biológiai és genetikai tényezők állnak a háttérben. Az újabb molekuláris genetikai kutatások a betegség poligenetikus eredetére utalnak (International Schizophrenia

Consortium, 2009). A rokonsági fokkal arányosan nő a megbetegedés esélye, egy családban a skizofrénia halmozottan fordul elő (KASSAI-FARKAS, 2002). Környezeti tényezők közül a gyermek nem megfelelő nevelése is kiválthatja a betegséget, mint a túlságosan védelmező szülő, a túlzott érzelmi megnyilvánulások és kritikák, valamint a kettősenkötő szülő, mely azt jelenti, hogy a szülő szóban elfogadja, de magatartásában elutasítja gyermekét. Nem ritka a szokatlan hierarchia és szerepmegosztás a skizofrén beteg családjában és a nem megfelelő kommunikáció. További kockázati tényezők lehetnek a szülés közben fellépő komplikációk, születéskor jelentkező hipoxia, anya-újszülött közti vércsoport összeférhetetlenség, terhesség alatti vírusos megbetegedés (TRINGER, 2010). A skizofrénia kialakulása nagyvárosokban gyakrabban fordul elő. Ennek oka az lehet, hogy a nagyvárosokban csökken az önértékelés és gyakoribbak a reményvesztések. Minden olyan társadalom, mely versengésre biztatja tagjait, alacsony önértékelést alakít ki azokban az emberekben, akiknek be kell látniuk, hogy veszítettek, és ezeket az emberek sebezhetőbbek lesznek a pszichológiai problémákkal szemben (ARIETI, 1979).

Biológiai tényezők közül a dopamin-elmélet a legfontosabb a betegség megismerésének szempontjából. A 70-es évektől egyre több bizonyíték halmozódott fel a skizofrénia és a dopaminrendszer kapcsolatára. A dopamin-hipotézist alátámasztó tény, hogy a plazmában mért homovanilinsav (dopamin metabolitja) mennyisége a pszichotikus tünetek alatt nagy koncentrációban van jelen és az állapot javulásával koncentrációja fokozatosan csökken. A ventrális tegmentális terület dopaminerg neuronjainak a működése változik meg, aminek következtében az úgynevezett fázikus felszabadulás (kisülés sorozatok kialakulása) nő meg, ezzel a mezolimbikus dopaminerg felszabadulás fokozódik. A mezolimbikus dopaminerg rendszer túlaktivitása a pozitív tünetek kialakulását magyarázza. Ugyanakkor a prefrontális kéregbe érkező dopaminerg tónus viszont csökken, ez az alulműködés áll valószínűleg a negatív tünetek és a kognitív problémák hátterében (MAKKOS 2011). A dopaminerg rendszer mellett a szerotoninerg pályák és a glutamáterg rendszer is fontos szerepet játszik a különböző tünetek kialakulásában (LI és mtsai, 2016).

Mai napig vitatott tény az, hogy a droghasználat kiválthatja-e a skizofréniát. Egyesek szerint a betegség kialakulását kábítószer rendszeres, vagy akár egyszeri használata is kiválthatja, ugyanis hallucinációt, téveszmét és szorongást okozhat, mely a későbbiekben a skizofréniához vezethet. A hallucinogén szerek pl. LSD, vagy kannabisz-származékok használata előbbre hozhatja a már lappangó betegség kezdetét, valamint a kábítószer-használat során növekvő dózis a pszichotikus tünetek megjelenésének valószínűségét növeli (HAM és mtsai., 2017). Több kutatás bizonyítja, hogy a rendszeres kannabisz-fogyasztók körében később nagy valószínűséggel alakul ki tartós pszichotikus

állapot és a skizofréniában szenvedő betegek körében is a marihuána a leggyakrabban használt kábítószer (ARSENEAULT, 2002, ANDREASSON, 1987). Annak ellenére, hogy a 1960-as évektől kezdve a kannabisz-használók száma évről évre nő, a skizofréniával diagnosztizált betegek száma stagnál, emiatt a marihuána-fogyasztás valószínűleg nem befolyásolja a betegség kialakulását (<http://www.orvosikannabisz.com/aktualitas/heti-kannabisz-es-skizofrenia-szamokban/>).

A skizofrénia kezelése

A beteg kezelésbe vétele általában a hozzátartozók beleegyezésével történik, mivel a páciens többnyire nem képes belátni a betegségének súlyosságát. A család a skizofrén beteg megváltozott magatartása és a pszichotikus tünetek megjelenése miatt fordulnak orvoshoz. Először az érdeklődés csökkenését veszik észre a hozzátartozók, amely dolgok régebben a beteg kedvenc időtöltései voltak. Később a közönytől és az érzelmi élet elsivárosodásáról, heves megnyilvánulásokról számolnak be a családtagok. A mai napig egységes terápiás előírás nem létezik a betegség kezelésére (TRINGER, 2010). Marder megfigyelései szerint a pszichoszociális kezelésben részesülők kisebb dózisu farmakoterápiát igényelnek és a megfelelően gyógyszerrel kezelt páciensek intenzívebb pszichoszociális kezeléseket is tolerálnak. (MARDER, 2000).

Gyógyszeres kezelések

A skizofréniával diagnosztizált beteget először általában tradicionális első generációs neuroleptikummal (pl. klórpromazin, haloperidol) kezelik. Átlagos adaggal kezdik, a gyógyszerkészítményt 4-6 hétig adják a betegnek, ezután állapítják meg a további dózist, vagy a gyógyszerváltást, az eredmények és a mellékhatások függvényében. Ha a gyógyszerváltás mellett döntenek, a pszichiáterek választása gyakran valamilyen második generációs gyógyszerre (pl. clozapin, risperdal) esik, melyek mellékhatás-profilja jóval kedvezőbb az előbb említett első generációs antipszichotikumokkal szemben, és legalább ugyanannyira hatékonyak.

Az akut fázisban a kezelték háromnegyede javulást mutat a kezelés hatására. Ha a páciens negatív tünetei vannak előtérben, akkor a második generációs antipszichotikumokat alkalmazzák (GYIRES és FÜRST, 2011). A gyógyszeres kezelés hatékonysága függ a beteg hozzáállásától is, fontos felvilágosítani az esetleges kellemetlenségekről és mellékhatásokról, melyek elriaszthatják őket a kezeléstől. Általában csak egyféle gyógyszert

adnak a betegnek, de ha nagyfokú feszültség és nyugtalanság jellemző rájuk, vagy, ha súlyosabb alvászavarokkal küszködnek, akkor az ilyen esetekben benzodiazepinek adására kerül sor (TRINGER, 2010).

Fenntartó terápia

Antipszichotikumokkal való kezelés nélkül a skizofrénia való visszaesés 70%, ezért fenntartó kezelést alkalmaznak az orvosok. A fenntartó kezelés idejére azt a neuroleptikumot választják, mely az akut fázisban (hallucinációk, téveszmék, súlyos magatartási problémák) bevált gyógyszer volt. A kezelést az első megbetegedés után 12 hónapig, a relapszus (visszaesés) után 2 évig ajánlott folytatni, további visszaesések után határozatlan ideig kell folytatni. Alkalmazhatnak *per os* (szájon át történő), illetve depot-készítményeket. A körülmények és a beteg együttműködése alapján választanak a fenntartó kezelés formájáról. A tartós hatású depot-injekciók megkönnyíthetik a család és beteg életét, hiszen nem kell figyelniük a rendszeres gyógyszeradagolásokra.

A kezelést végző személy és a beteg között gyakoribb a találkozás, így a kezelő az esetleges együttműködési problémákat hamarabb észreveheti és lépéseket tehet annak érdekében, hogy a beteg ne essen vissza a betegségbe. Természetesen a tartós hatású terápiának is megvannak az árnyoldalai, mint a súlyos mellékhatások hirtelen megjelenése, illetve az injekció beadási helyén kialakuló duzzadt, fájdalmas duzzanat, mely akár hónapokig is megmaradhat. (MAKKOS, 2011)

Mellékhatások

Az első generációs neuroleptikumok neurológiai mellékhatásai a következők lehetnek: parkinsonizmus, akatízia, disztónia, tardív diszkinézia. Mégis ezek a mellékhatások mellett is gyakran alkalmazzák az orvosok és ennek több oka is van. Egyrészt a betegek nagy részénél nem alakul ki az extrapiramidális mellékhatás (disztónia, akatízia, parkinsonizmus, tardív diszkinézia) és ezek jelenléte nélkül tolerálható a készítmény. Másrészt a skizofrénia pozitív tüneteinek megszüntetésére és enyhítésére igazán hatásosak. Végül ritkábban alakulnak ki olyan mellékhatások, mint a szedatív hatás és a testsúly-gyapardás, amely a második generációs készítményekre jellemző (BITTER és FÜREDI, 2000).

Pszichoterápia

A pszichotikus kórképek kezelése elsősorban antipszichotikus gyógyszerekkel történik, a gyógyszeres terápia nem váltható ki pszichoterápiával. A pszichoterápiás technikákat kiegészítésként alkalmazzák, a szociális készségek fejlesztése és az életminőség javítása céljából.

Individuális terápia: A hagyományos pszichoterápiáról (a beteggel érzelmi kapcsolatot kialakító terapeuta) elmondható, hogy önmagában a skizofrénia kezelésében nem működik. A skizofrén betegek egyik leggyakoribb tünetéhez tartozó aszociális viselkedés miatt. A beteg a terapeuta közeledését inkább fenyegetésnek érzi, sokkal szívesebben izolálódik el a világtól, saját belső világába vonulva. A terapeutának nagyon elfogadónak kell lennie és azt az érzést kell fenntartania a páciensben, hogy nem akarja őt megváltoztatni. Nagyon fontos az is, hogy a beteg világát tiszteletben tartsa. A terápia csakis akkor működik, ha a terapeuta és a beteg között kialakult a bizalom (TRINGER, 2010).

Magatartásterápia: célja az anomáliák korrigálása, nem kommunikáló betegek számára a kommunikatív készségek fejlesztése és a pozitív megerősítés, ha a kívánt magatartásformát alkalmazza. A terapeuta alkalmazhatja a jól bevált zsetonmódszer technikát pozitív megerősítésként, ennek lényege, hogy az elvárt viselkedés jutalmat, viszont a nem kívánt viselkedés büntetést von maga után. A jutalmat érő magatartást precízen meg kell fogalmazni a beteg felé, és ha elvégzi, akkor zsetonokat kap érte. Ezek a zsetonok később beválthatók a betegnek fontos „árucikkekre” pl. édesség, cigaretta. Ez remek lehetőség arra, hogy a pácienseket motiválják és a megcélzott viselkedési formákat teljesítsék (TRIXLER és TÉNYI, 2006; VIZIN, 2014).

Csoportterápia: az egyéni pszichoterápia után a betegeket kis csoportokba integrálják. A hospitalizáció első hetének végén kezdődik a csoportterápia, melyet általában 2-3 terapeutával végzik a terápiát, akik 6-10 beteggel foglalkoznak. (ARIETI, 1974). A skizofrén páciensekkel folytatott munka során a leglényegesebb az, hogy a pácienseknek olyan lélektani teret kell kialakítaniuk, melyben a páciensek a pszichózisukat megoszthatják, illetve a csoportot biztonságosnak, befogadónak érezzék, amit nem könnyű elérni, hiszen a betegek a csoport tagjaival szemben is bizalmatlanok. (TRIXLER és TÉNYI, 2005)

Művészetterápia: a művészettel a beteg adekvátábban tudja kifejezni az önérzetének torzulásait és a terapeuta is jobban megértheti páciense vívódásait az általa festett, vagy rajzolt művekből, így a beteg korrekciójában is jobban tud segíteni. A skizofréniasok festési vágya erős kontrasztban áll a világ egyéb dolgai iránti érdeklődés hiányával. Mivel a pácienseknek nagy nehézségeik vannak a verbális kifejezésben, gyakran a non-verbális formák célravezetőbbek, mind a terapeuta és a beteg számára is egyaránt. A művészetterápia révén a skizofrén beteg elérheti az egyre növekvő önkifejezési szabadságot és nem csak a kreativitása fejlődik, hanem az alkotás örömét is átélheti. Fontos megemlíteni a táncterápiát is a művészetterápia kapcsán. A táncterápia megadja a másik emberrel

való együttes mozgás örömét, illetve saját pszichikuma jobban tudatosul. Ez a terápia remek csoportfoglalkozás, hisz amikor a páciens felveszi a csoport ritmikus mozgását, akkor hallucinációik és téveszméik kevésbé foglalkoztatják őket. A táncterápiára is igaz a szabad önkifejeződés, gyakran olyan dolgokat tudatnak környezetükkel, melyeket szavakban nem tudnának kifejezni (ARIETI, 1979).

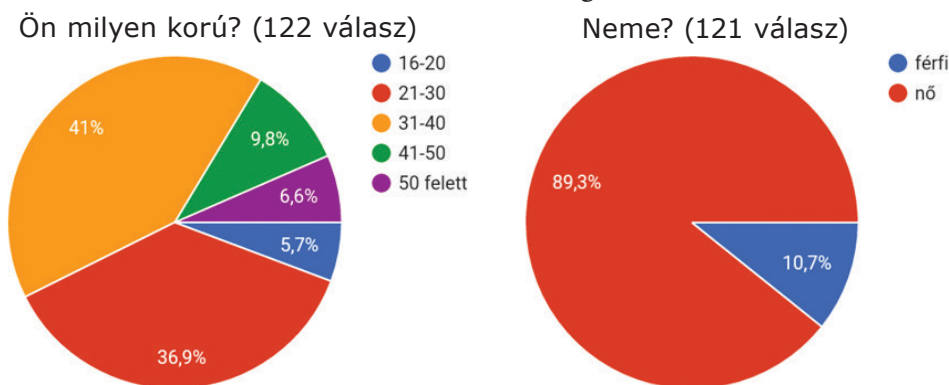
A skizofrénia elfogadottsága

Az elmebetegek megítélése a különböző történelmi korokban mindig is változott. Egyes mentális állapotokat nem minden korban értékelték betegségként. Sajátos, mágikus, vallásos színezetben jelentek meg és az adott kor embere a tünetek alapján ítélte meg a betegséget. A középkor folyamán a beteg sorsa attól függött, hogy téveszméi milyen természetűek voltak. Egyeseket tisztelték, másokat üldözték vagy betegnek tartották téveszméik miatt. A lykantropiás betegeket, akik állatnak képzelték magukat, kifejezetten üldözték, mert azt gondolták, hogy az illető állatokkal közösül. Az epilepsziát viszont „szent betegségnek” tekintették. Előfordult, hogy vasba verték és különböző tortúráknak vetették alá a mentális betegeket a középkor folyamán. Nem volt ritka az sem, hogy boszorkánynak, vagy eretneknek minősítették és kivégezték őket. A reneszánsz, majd a felvilágosodás kora nagy változást okozott a skizofrénia megítélésében. Előtérbe került az orvosi szemlélet és háttérbe a vallási megítélés. Az elmebetegeket tébolydákba zárták, ahol embertelen körülmények uralkodtak. Az intézmények célja a deviánsan viselkedők izolálása a társadalom többi tagjától. Majd a XIX. században elindult egy mozgalom, mely a mentális betegek emberi bánásmódját tűzte ki célul. Toleráns időkben az elmebetegek többsége családjukkal maradhatott. A toleránsabb idők után következtek a XX. század nagy diktatúrái, melyek nem tűrték el a devianciát és pszichiátriai betegek tízezreit pusztították el és érvénybe lépett az eutanázia törvénye. A szovjetrendszerben pedig a politikailag máshogy gondolkozó egyéneket elmeegógyintézetekbe zárták és megkapták a skizofrénia diagnózisát (TRINGER, 2010). A XXI. században a személyes szabadságjogok kerültek előtérbe, korlátozásokra csak végső esetben kerül sor. A többi mentális betegséggel együtt a skizofrénia megítélése változik, de a közvéleményre elsősorban ható média a skizofréniát még mindig a tudathasadással és fokozott agresszióval kapcsolja össze, emiatt a betegeknek kirekesztettséggel nagyfokú társadalmi előítéletekkel kell megküzdeniük (http://addictus.blog.hu/2016/11/18/skizofrenia_tevhitek_a_teveszmerol).

A skizofrénia elfogadottságának vizsgálata kérdőív segítségével

Kérdőívemben arról gyűjtöttem információt, hogy az emberek mennyire ismerik a skizofrénia betegségét, és mennyire elfogadóak a betegséggel szemben, illetve, az elfogadás mértéke függ-e ismereteik pontosságától. Kérdőívemet internetes felületen készítettem el és megosztás után 122 ember töltötte ki. A válaszadók zöme 21-40- év közötti nő volt (1. ábra), nagyrészüik felsőfokú végzettségű volt (2. ábra), és foglalkozásukat tekintve változatos képet mutattak. A kérdőívet kitöltők iskolázottsága magasan az országos átlag felett volt, foglalkozásuk szerint változatos képet mutattak. 45% felsőfokú végzettségű kitöltő mellett valószínű, hogy az érettségizettek egy része éppen valamelyik felsőoktatási intézményben tanul. Emiatt a kérdőívben tükröződő vélemények és ismeretek leginkább a felsőfokú végzettségűekre jellemzőek.

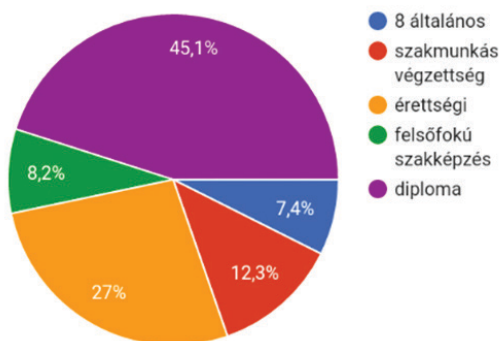
1. ábra: A kérdőívre válaszolók kor és nem szerinti megoszlása.



A kérdőívet zömében 21-40 éves nők töltötték ki, emiatt következtetésem is az ő ismereteiket és skizofréniairól alkotott nézetüket tükrözi.

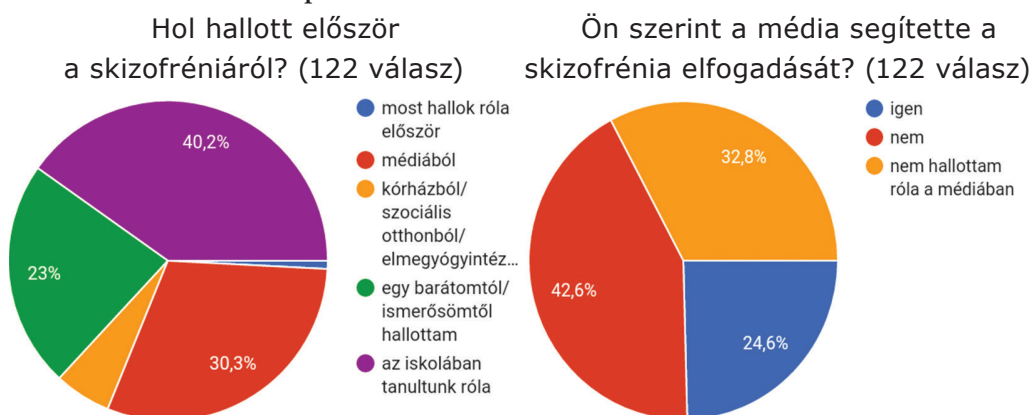
2. ábra: A kérdőívre válaszolók iskolai végzettsége

Önnek mi a legmagasabb iskolai végzettsége? (122 válasz)



A kérdőívet zömében diplomások töltötték ki. Több kérdést is feltettem annak érdekében, hogy megtudjam, az emberek mennyire ismerik a betegséget és összességében elmondható, hogy nagyon keveset tudnak róla, általában elutasítóak, vagy tartózkodóak. Két ember válaszolt minden skizofréniaival kapcsolatos kérdésre helyesen, és mind a ketten egészségügyben dolgoznak. Arra a kérdésre, hogy a média segítette-e a skizofrénia elfogadásában nemleges választ adtak (3. ábra).

3. ábra: Skizofréniaival kapcsolatos ismeretek forrása



A válaszadók zöme az iskolában tanult róla, de sokan először a médiából hallottak a skizofrénia betegségről. A jobb oldali ábra azt mutatja, hogy a válaszadók többségének véleménye szerint a média nem segítette a betegség elfogadottságát.

Talán, ha a média jobban felvilágosítaná az embereket a mentális betegségekről, a közvélemény megváltozna és humánusabban, toleránsabban közelednénk feléjük.

A mentális betegségek egyik legsúlyosabb terhe mind a társadalom, mind a család felé, hogy a mentális betegekkel szemben a munkaadók az indokoltnál bizalmatlanabbak, nem szívesen alkalmazzák őket. A skizofrénia ma még nem gyógyítható, és a kezelésekkkel sem mindig lehet a betegek állapotát stabilizálni (Millier és mtsai., 2014). A két kitöltő, aki egészségügyben dolgozva jól ismeri a betegséget, tartózkodó volt a skizofréniasok társadalmi integrálása tekintetében. Az egyikük alkalmazná a skizofrén beteget, de csakis olyan munkára, ahol állandó ellenőrzése alatt tarthatja, a másik semmiféle munkára nem alkalmazná őket. Valószínűleg ők a problémákkal találkoznak főleg, ilyenkor van szükség ismételt orvosi beavatkozásra, a problémamentes időszak az egészségügyben kevésbé hangsúlyosan jelenik meg. A skizofréniaival kapcsolatos kérdésekre több, mint 90%-ban jó választ adók közül a legtöbben magasabb arányúnak jelölték meg a kórházi kezelésre

szorulók számát, mint amennyi az a valóságban, a megjelölt 40-60% helyett kevesebb, mint 20%-uk szorul kórházi kezelésre. Arra a kérdésre, hogy alkalmaznák-e őket nemleges, vagy állandó ellenőrzés alatti választ adták. Arra következtek ezekből a válaszokból, hogy a társadalmi elutasítottság, előítélet miatt a betegek, amíg tudják, titkolják betegségüket, emiatt ismerőseik, sőt sokszor a család is csak a betegség előrehaladott állapotában szerez arról tudomást. Valószínűleg emiatt is gondolják a valóságnál súlyosabbnak a betegséget. Ehhez társul a média által festett túlzó kép is, ami tovább növeli a betegekkel elutasítottságát és a velük kapcsolatos előítéleteket. A BME OMIKK „Munkavédelem - Ergonómia” c. folyóiratában Prof. Molnár Mária Judit, a Budai Egészségközpont neurológusa-pszichiátere szerint az orvosok megfelelő gyógyszerekkel kordában tarthatják a betegséget és a skizofrén beteg a család és a kollégák támogatásával visszatérhet a munka világába. Sőt, még a középvezetői pozícióban is megállhatja a helyét, ha megfelelően kezelt a beteg (http://www.hazipatika.com/psziche/szkizofrenia/cikkek/mi_es_szkizofrenia/a_szkizofrenia_lefolyasa/20120327163030). A 60%-nál kevesebb helyes választ adókról elmondható, hogy még tartózkodóbbak a skizofréniasok munkáltatása szempontból, mint a 60%-nál több helyes választ adók. Valamint azt is fontos megemlíteni, hogy a 60%-nál kevesebb helyes választ adó válaszolók zöme véleménye szerint a skizofrénia nem gyógyítható gyógyszerekkel, illetve gyógyszer szedése mellett is köz-és önvészélyesek lehetnek, vagyis ők általában félnek tőlük.

Azoknál az embereknél, akiknek az ismeretségi körében előfordul skizofrénias, a legtöbben a betegség kialakulásának leggyakoribb életkorát hibázták el. Közülük a legtöbben a gyermekkort jelölték meg helyes válaszként. Zömük alkalmazná a betegeket olyan munkára, melyek nem járnak nagy felelősséggel és olyan munkákra, melyeknél állandó ellenőrzés alatt dolgoznak.

Összegzés

Összességében elmondható, hogy a betegségről az emberek ismeretei hiányosak, legtöbben a manapság már ritka, gyógyszerekkel nehezen kordába tartható formájáról tudnak csak a skizofrénianak, és emiatt félnek ezektől a betegektől. Ebben valószínűleg szerepe van a médiának is, mivel média hírek formájában főleg ezek a szélsőséges esetek jelennek meg.

Kiegyensúlyozottabb tájékoztatással valószínűleg javítani lehetne ezen a helyzeten, ami nagyban javítaná a betegek és családjuk életminőségét is.

Irodalomjegyzék

- Andreasson, S., Allebeck, P., Engstrom, A., Rydberg, U. (1987) Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts. *Lancet*, 987:1483-6.
- Arieti, S. (1979) *Understanding and Helping the Schizophrenic*. A Touchstone Book, New York.
- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A., Moffitt, TE. (2002) Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis. *British Med J*, 325:1212-3.
- Bitter, I., Füredi, J. (2000) *Szkizofrénia*. Medicina, Budapest.
- Bleuler, E. (1911) *Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias*. International University Press, New York.
- BNO-10 (1995) *A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása*. Tizedik revízió I.-II. kötet. Népjóléti Minisztérium.
- Bobes, J., Arango, JC., Garcia-Garcia, M., Rejas, J., CLAMORS Study Collaborative Group (2010) Prevalence of negative symptoms in outpatients with schizophrenia spectrum disorders treated with antipsychotics in routine clinical practice: findings from the CLAMORS study. *J Clin Psychiatry*, 71:280-286.
- Carlborg, A., Winnerbäck, K., Jönsson, EG., Jokinen, J., Nordström, P. (2010) Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*, 10:1153-64.
- Crow, TJ. (1980) Positive and negative schizophrenic symptoms and the role of dopamine. *Br J Psychiatry*, 137:383-6.
- Gyires, K., Fürst, Zs. (2011) *A farmakológia alapjai*. Medicina Könyvkiadó Zrt., Budapest.
- Ham S., Kim, TK, Chug S, Im HI. (2017) Drug abuse and psychosis: new insights into drug-induced psychosis. *Exp. Neurobiol.*, 26:11-24.
- International Schizophrenia Consortium, Purcell, SM., Wray, NR., Stone, JL., Visscher, PM., O'Donovan, MC., Sullivan, PF., Sklar, P. (2009) Common polygenic variation contributes to risk of schizophrenia and bipolar disorder. *Nature*, 460:748-52.
- Jones, PB., Buckley, PF., Kessler, D. (2006) *Schizophrenia*. London: Elsevier, Churchill and Livingstone, 7-18.
- Kassai-Farkas, Á. (2002) A szkizofrénia. *Hippocrates*, 4:392-395.
- Kendell, RE., Adams, W. (1991) Unexplained fluctuations in the risk for schizophrenia by month and year of birth. *Br J of Psychiatry*, 158:758-763.
- Li, P., Snyder, GL., Vanover, KE. (2016) Dopamine Targeting Drugs for the Treatment of Schizophrenia: Past, Present and Future. *Curr Top Med Chem*, 16:3385-3403.
- Makkos Z (2011) Második generációs antipszichotikum a szkizofrénia hosszútávú kezelésében. PhD értekezés. Semmelweis Egyetem http://phd.semmelweis.hu/mwp/phd_live/vedes/export/makkoszolta.d.pdf

- Marder, R. (2000) Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia, *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 407:87-90.
- Mednich, SA, Machon, RA, Huttunen, MO, Bonett, D (1988) Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Arch. Gen. Psych.*, 189-192.
- Millier, A., Schmidt, U., Angermeyer, MC, Chauhan, D., Murthy, V., Toumi, M., Cadi-Soussi, N. (2014) Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. *J Psychiatr Res*, 54:85-93.
- Réthelyi, J. (2011) A szkizofrénia diagnózisa Bleulertől a DSM-V-ig. *Neuropsychopharm Hung*, 13:193-203.
- Roy, A. (1982) Suicide in chronic Schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 141:171-7.
- Topolov, MK., Getova, DP. (2016) Cognitive impairment in schizophrenia, neurotransmitters and the new atypical antipsychotic aripiprazole. *Folia Med*, 58:1.
- Tramer, M. (1929) Über die biologische bedeutung des Geburtsmonats, insbesondere für die Psychosenerkrankung. *Neurochirurgie und Psychiatrie*, 24:17-24.
- Tringer, L. (2010) A pszichiátria tankönyve. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Trixler, M., Tényi, T (2006) A szkizofrénia pszichoterápiája. Medicina Könyvkiadó, Budapest.
- Ventura, J., Subotnik, KL., Gitlin, MJ., Gretchen-Doorly, D., Ered, A., Villa, KF., Helleman, GS., Nuechterlein, KH. (2015) Negative symptoms and functioning during the first year after a recent onset of schizophrenia and 8 years later. *Schizophrenia Res*, 161: 407-413.
- Vizin, G. (2014) A viselkedésterápia módszerei és hatótényezői gyermek és felnőttkorban. <http://semmelweis.hu/klinikai-pszichologia/files/2012/06/dr.-Vizin-Gabriealla-Viselked%C3%A9ster%C3%A1pia-m%C3%B3dszerei-%C3%A9s-hat%C3%B3s%C3%A9nyez%C5%91i.pdf>