

Pasztorális Medicina

alapismeretek
jegyzet

Előadó: P.Török István osbm

A jegyzet a PPKE hallgatói számára készült, bármilyenű sokszorosítása tiltott.

Anno: 2010 - 1-ő félév.

Bevezető

A tanfolyam célja az alapvető pszichopatológiai alapismeretek megszerzése. Az *első része* a pszichiátriai rendellenességek klinikai megnyilvánulásaival, a tünetekkel, szimptomákkal, szindrómákkal valamint a védekező mechanizmusokkal foglalkozik. A tanfolyam *második részében* pedig a legsúlyosabb pszichopatológiákról fog szólni, amelyek során tipikus eseteket elemzünk közösen.

Patológiáról akkor beszélhetünk amikor a „**természetes értékekben**” zavarok, rendellenességek alakulnak ki. Mit is értünk természetes értékek alatt: azt, amikor az embernek megvan az a képessége, hogy önmagával, másokkal, a saját munkájával „**értelemszerű békében**” éljen: tudjon tehát jól pihenni, aludni, legyen elég idegzete, legyen elviselhető egyén mások számára, tudjon dolgozni, legyen elégséges memóriája, intelligenciája...egyszóval az életet megfelelő, rendes módon tudja élvezni.

A „természetes értékek” veleszületett képességek. Ha tehát patológiáról van szó, akkor ezeket a természetes értékeket éri 'valamilyen' kár, sérülés.

Pszichiátriai vagy orvosi rendellenességek?

Nem ugyanaz egy „pszichiátriai” és egy „orvosi” (medicinális) eset! Miért? Először is egy pszichiátriai eset megállapításához és megértéséhez a páciens panaszainak **sokkal szélesebb „kontextusát”** kell figyelembe vennünk. Csak úgy tudjuk a depressziós szimptomákat kiértékelni s megérteni, ha a páciens interperszonális világát, munkában való szerepét, családi életét is megvizsgáljuk.

Másodszor, a pszichiátriai tünetek és szimptomák természetét s azok kifejezését **megváltoztatják, átalakítják a páciens** erői, megküzdő képességei, pszichológiai védekezései, olyannyira, hogy a klinikai kép végső soron **inkább egy egyensúlyi helyzetet** rajzol fel a pszichopatológia és a pszichológiai erők között.

Harmadszor, a pszichiátria, a pszichiátriai pszichopatológia sokkal **jobban hagyatkozik rá** a páciens „belső állapotaira”, „szubjektív tapasztalataira”, mint a medicina. Ezért is van úgy, hogy a pszichiátria belső, szubjektív tapasztalatokra való ráhagyatkozása kevésbé megbízható, nem kavantifikálható annyira, mint pl. a vérnyomás.

Predisponáló tényezők

Genetikai tényezők: több rendellenesség előfordulásában komoly szerepet kapnak a genetikai, örökletes tényezők, pl. skizofrénia, bipoláris rendellenességek, alkoholizmus, függőségek eseteiben.

Méhen belüli (intrauterin) tényezők: a gyerek fejlődésének irányát méhen belül is sok minden negatív irányba fordíthatja (az anya alkoholizmusa). A méhen belüli környezet sok rendellenességnak teszi ki a születendő gyereket, s ezek megjelenhetnek beszédben, nyelvben, figyelem-hiányban stb.

Alkati tényezők: kutatások szerint születéskor, de születés után néhány órával már meg lehet állapítani azt, hogy két gyerek mennyire eltér egymástól temperamentumában. Különböző aktivitási szintjeik, külső ingerekre adott reakcióik vannak, különböznek biológiai ritmusaikban (pl. alvás), az külső ingerekhez másképpen közelítenek, vagy azoktól másképpen vonulnak vissza, más és más alkalmazkodási képességekkel rendelkeznek (ki gyorsabban, ki lassabban alkalmazkodik), másképpen koncentráltak, figyelnek. Hajlamosak vagyunk ezért könnyű vagy nehéz temperamentumú (természetű) egyénként jellemezni őket.

Fiziológiai tényezők: ezen sérülések lehetnek hosszantartó problémák vagy szerzett problémák eredményei. Metabolikus, toxikus, fertőzős, fizikai betegségből eredő sérülések nyomot

hagyhatnak s az egyént jobban kiteszik a pszichiátriai zavaroknak. Pl. egy vírus változásokat idézhet elő a megismerési folyamatokban, a személyiségben, a hangulati állapotban (HIV).

Környezeti tényezők: komplex kapcsolat áll fenn a pszichiátriai szimptómák keletkezése és a különböző életesemények (különösen a negatív, előre kiszámíthatatlan, ellenőrizhetetlen, fenyegető események) között. Nem mindenki reagál hasonlóan a katasztrófákra, a bebörtönzésre, a koncentrációs táborokra, a gyászra, a válásra, a másokat, hozzá közelálló személyeket érintő komoly traumákra, pszichikai történésekre. Ezek a környezeti tényezők főleg a fejlődés korai szakaszaiban lehetnek traumatikusak (más ha egy 3 éves gyerek veszi el szüleit, s más ha egy 35 éves felnőtt). A környezeti tényezők pozitívan is kifejthetnek hatást: egy stabil, jól élő család megóvhatja, megvédheti a gyengébbeket, a sérülésekre jobban kitett egyéneket.

Tünetek, szimptómák, szindrómák

A klinikai jelenségek két legfőbb kategóriái a **tünetek** és a **szimptómák** (eredeti jelentése: valami más helyett van, valami mást szimbolizál). Mi a különbség közöttük: a szimptómák olyan zavarok, melyeket a **páciens észlel**, viszont azokat nem biztos, hogy más személy is észreveszi. A tünet viszont az, amelyet a **páciens vizsgáló észlel** a vele való találkozás vagy a vizsgálat folyamán.

A tünetek és a szimptómák minden rendellenesség esetében **lehetnek specifikusak** (csak abban a bizonyos rendellenességre jellemzőek, s ezáltal lehetővé teszik a diagnózis felállítását), de sajnos **non-specifikusak** is (megnehezítik a diagnózis felállítását), így pl. a depressziós hangulat sok betegségcsoport jellemzője lehet (major depresszióskizofrénia, személyiség-rendellenesség, hangulati rendellenesség).

A tünetek és a szimptómák szindrómákba vagy rendellenességekbe „csoportosúlhatnak”. A szimptómákat különféleképpen oszthatjuk csoportokra, alcsoportokra: állapotbeli – jellembeli; elsődleges – másodlagos; formai – tartalmi.

A szimptómák **állapotbeli – jellembeli** megkülönböztetés arra utal, vajon az mennyire tartósan van jelen a személy esetében. Ha pl. egy gyerek gyerekkorában hosszú időn keresztül aggodalmaskodott, mindennel kapcsolatban katasztrófikus gondolkozásmódot alakított ki, minden környezeti változásra idegesen reagált, mondhatjuk azt, hogy szimptómái jellembeliek. Viszont, akinél 9 hónapon keresztül szorongásos szimptómái voltak, szorosan kapcsolódva depressziós rendellenességeihez, s ezek – mivel csak 9 hónapig voltak jelen – inkább állapotbeli szimptómák.

Az **elsődleges – másodlagos** megkülönböztetés a okokra, az időszakvenciára, valamint arra a nehézségre utal, hogy valamely szimptóma eredetét világosan megérthessük. Pl. a figyelemhiányos hiperaktivitás esetén a figyelem-hiány elsődleges, a hiperaktivitás másodlagos, mivel ez figyelem-hiány következménye. Pl. Bleuler szerint a skizofrénia elsődlegesen mentális probléma, s csak másodlagosak a hallucinációk és a delúziók.

A **formai (alaki) – tartalmi** megkülönböztetés alapja: a szimptóma az a bizonyos képesség funkciójában, folyamatában vagy annak tartalmában jelenik-e meg.

A tudat és annak zavarai

Tudat = tudomásul-vétel állapota (együtt-tudás – cum + conscientia; tudomásom van arról, hogy Én különbözöm a környezettől, a nem-Én-től). Appercepció (felismerés) = a személy érzelmei, gondolatai által megváltoztatott percepció (ingerek érzékelése). A tudat zavarai leggyakrabban kapcsolatban vannak az agy patológiájával. A tudat szintjei: éberség, tudatosság, figyelem. Ezen szintek növekedhetnek vagy csökkenhetnek a patológiában.

A. A tudat zavarai:

1. Disorientáció: a tájékozódás zavara időben, térben, személyben.
2. Tudati homályállapot (obtundáció): hiányos tudatállapot, mely zavart okoz az érzékelésben és a magatartásban is. Képtelen figyelmét átirányítani, azt fenntartani, s célirányos

gondolkodást és magatartást tanusítani. Előtör az 'elsődleges gondolkodásmód' a tudat irányába. A tudati állapot gyors váltakozással ingadozhat a belső fiziológiai állapot és a külső ingerek között.

3. Stupor: a reakciók hiánya és a környezet nem-tudomásul-vétele. A páciens néma, mozdulatlan marad, szemei nyitva lehetnek, s a külső tárgyat szemeivel követheti.
4. Delírium (ködös állapot): nyugtalan, akut zavaros, diszorientációs reakció, amely velejárója a félelem és a hallucináció. Hirtelen támad, rövid ideig tart, s töredékes figyelem kíséri. A folyamat visszafordítható. Kiváltói legtöbbször az agyi sérülések mellett orvosságok, drogok, alkoholhiány, fertőzések, vitaminhiány.
5. Kóma (eszméletlenség): a páciens nem mutatja tudati állapot jeleit. Nincsenek akarati megnyilvánulásai, reflexiói, nem ébreszthető, incontinentia jellemzi.
6. Vigil kóma: olyan kóma, melyben a páciens látszólag éber, szemei nyitva vannak, de nincs tudatánál. Akinetikus mutizmusnak is nevezik.
7. Bódult állapot (twilight state): olyan átmeneti zavart tudatállapot, amely során a személy sok olyan tettet vihet végbe, melyeket nem akar, s nem is fog rájuk emlékezni, s melyekben hallucinációk is előkerülhetnek (pl. epilepsziás nem veszi tudomásul jelen környezetét s azt hiszi, hogy a Mennyországban járt).
8. Álomszerű állapot: olyan ébrenlét állapot, melynek során a figyelem minimális, az elsődleges és a másodlagos gondolkodásmód keveredik, a páciens éberségből elalvásba, s onnan ismét ébrenlétbe tér vissza.
9. Aluszékonyság: abnormális bódulat, amikor a beteg magára hagyva elalszik, ingerekre alig reagál.
10. Konfúzió (laza tudatállapot): a tudat azon zavara, melyben a környezeti ingerekre adott reakciók nem helyénvalók, s ennek az időben, térben, személyben való diszorientáció is kísérője. Enyhe alakja az elszórakozottság, súlyos formája a dezintegráció.
11. Álmoság: meggyengült tudati állapot, melyhez alvási készletés illetve annak vágya társul.
12. Napnyugta-Szindróma (sundowning): főleg idősödő emberekre jellemző, az este során. Nappal normál tudati állapotuk van. Jellemzi az aluszékonyság, konfúzió, ataxia mely mind-mind az orvossággal járó szedáció eredménye.

Figyelem alatt értjük azon erőfeszítéseket, amelyek a tapasztalás bizonyos porciójára összpontosítanak (a figyelem tapadási, lekötési képessége), jelenti továbbá egy aktivitásra való fókuszálás fenntartását (éberség, energetikai töltés), illetve a koncentráció képességét (irányultság és terjedelem). A figyelem szelektáló funkció: lehetővé teszi a számunkra fontos jelenségek kiválogatását. A figyelem lehet aktív (tudattól függő) és passzív (külső inger által felkeltett).

B. A figyelem zavarai:

1. Elszórakozottság: képtelenség a figyelemkoncentrációra; olyan állapot, melyben a figyelmet egy lényegtelen és irreleváns külső inger is képes elterelni.
2. Szelektív figyelmetlenség: csak azon dolgokat zárja ki, melyek szorongást váltanak ki.
3. Hipervigil figyelem: mind a külső, mind a belső ingerekre való túlzott figyelem és fókuszálás; szorongásokkal teli várakozás; túlzott éberség a minimális változásokra is; gyanakvás; gyakran azzal a tendenciával, hogy a környezetét félreértelmezze s arra túlzóan reagáljon. Gyakran a delúzió vagy a paranoid állapot velejárója.
4. Transz: fókuszált figyelem és megváltozott tudati állapot jellemzi. Velejárója lehet a memória és az identitás integratív funkcióinak zavara (szűkített szelektív fókuszálás a környezeti ingerekre illetve annak érzése, hogy valaki „elveszíti” identitását). Gyakran találkozunk vele a hipnózisban, disszociatív rendellenességekben és vallásos tapasztalatra építő eksztázisokban.

Szuggesztívó: készséges, szolgálékú és kritikátlan válasz egy ötletre vagy egy befolyásra.

C. A szuggesztívó zavarai:

1. Folie a deux: két személy között kommunikált érzelmi betegség (folie = elmezavar, őrültség). Együtt, szimultán módon szenvednek úgy, hogy az egyik a másikat befolyásolja. Pl. az egyik paranoid beteg a másik – vele együtt, vagy hozzá nagyon közel élő – személyt paranoiddá teszi (az első hisz úgy a delúzióiban, hogy a másik azokat még tovább építi). Előfordul hypokondereknél vagy kényszerbetegeknél (a másik is leellenőrzi, vajon a gyufa elaludt-e, az ajtót bekulcsolták-e, nem vétettek-e hibát a számolásban stb/folie du doute/) Legtöbbször leánytestvérek vagy anya-gyerek között történik ilyesmi.
2. Hipnózis: a tudat mesterségesen előidézett megváltoztatása, amelyet magas fokú szuggesztió jellemez.

Az érzelmi élet és annak zavarai

Érzelem: olyan komplex érzési állapot, amelynek vannak pszichikai, szomatikus és magatartásbeli komponensei s kapcsolódnak az affektusokhoz és a hangulati állapotokhoz.

- A. Az affektusok: ezek az érzelmek kifejezéseinek megfigyelhetőségét jelentik, amelyek valószínűleg nem vágnak egybe a páciens által leírt érzelmekkel.
 1. Helyénvaló affektus: olyan állapotról van szó, amikor az érzelmi tónus összhangban van az azt kísérő fogalmakkal, gondolatokkal és beszéddel; a kiterjedt affektus alatt azt értjük, hogy a páciens az érzelmek széles skálájának kifejezésére alkalmas.
 2. Nem-helyénvaló affektus: diszharmónia az érzelmi tónus és az azt követő fogalmak/gondolatok/beszéd között.
 3. Tompult affektus: az affektus olyan zavara, amely a kifejezett érzelmi tónus intenzitásának nagyfokú csökkenésében mutatkozik.
 4. Kényszerített affektus: szintén az érzelmi tónus intenzitásának csökkenéséről van szó, de már kevésbé súlyos, mint a tompult affektus esetében.
 5. Lapos affektus: az affektív kifejezés jeleinek teljes vagy szinte teljes hiánya; jellemzi a monoton hang, a mozdulatlan, „fagyos” arckifejezés.
 6. Ingadozó affektus: olyan gyors, hirtelen érzelmi tónusban bekövetkezett változások, amelyek nem kapcsolódnak a külső ingerekhez.
- B. A hangulat: szétterjedt és tartós érzelem, amelyet maga a páciens tapasztal s elmond, s azt mások is megfigyelhetik rajta (pl. harag, depresszió, eufória).
 1. Diszfórikus hangulat: kellemetlen hangulat; levert, boldogtalan hangulat; elégtelenség az élettel, saját magával.
 2. Eutimikus hangulat: a hangulat normál spektruma, melyből hiányzik mind a depressziós, mind a túlfűtött hangulati mód; elégedettség, örömteliség érzése.
 3. Terjengős hangulat: az érzelmek kényszerítettség nélküli kifejezése, amellyel gyakran jár együtt annak nagy jelentőséget való tulajdonítása, túlértékelése; fékek hiánya az érzelmek kifejezésében; gyakran megalomán, mindenhatósági delúziókkal társul.
 4. Ingerlékeny hangulat: olyan állapot, melyben a páciens könnyen megzavarható és indulatosra gerjeszhető.
 5. Hangulati hullámzás (labilis hangulat): az eufória, a depresszió és a szorongás között ingadozás.
 6. Emelkedett hangulat: bizalom teli és örömteli megjelenés; olyan hangulat, amely élénkebb a szokottnál.
 7. Eufória: kiválóság, nagyszerűség érzésével járó intenzív emelkedett hangulat.
 8. Eksztázis: intenzív elragadtatás érzése.
 9. Depresszió: a szomorúság patológikus érzése.
 10. Anhedonia: a kellemes és szokványos aktivitások iránti érdeklődés elvesztése, az azoktól való visszahúzódság, amelyet gyakran kísér a depresszió is.
 11. Gyász: egy valóság elvesztésével járó helyénvaló, megfelelő szomorúság.

12. Alexithimia: a személy azon képtelensége vagy nehézsége, hogy tudatában legyen s leírja (elmondja) érzéseit és hangulatát. Ha leír valamit, azt inkább szomatikus vagy magatartásbeli vonatkozásaiban teszi, de képtelen az állapotot jellemző gondolatok bemutatására. Képtelen a fantázia használatára.
 13. Öngyilkos képzelődés: saját életének végetvetésével kapcsolatos gondolatok vagy tettek.
 14. Emelkedettség: öröm, eufória, győzedelmeskedés, intenzív önelégedettség, optimizmus érzései. Leginkább mániákusoknál fordul elő.
- C. Egyébb érzelmek:
1. Szorongás: veszélyesnek tűnő dolog/esemény megelőzése által kiváltott nyugtalanság észlelésének érzése, mely lehet külső és belső egyaránt; fájdalmas tudata annak, hogy személy szerint képtelen vagyok valamit tenni; előérzete annak, hogy valami kikerülhetetlen veszély fog elérkezni
 2. Szabadon mozgó szorongás: mindenhova terjedő, nem fókuszált félelem, mely nem tapad semmilyen gondolathoz.
 3. Félelem: szorongás, amelyet tudatosan felismert és valódi veszély vált ki.
 4. Izgatottság: magas fokú szorongás, amit mozgásos nyugtalanság is kísér.
 5. Feszültség: felfokozott és kellemetlen mozgásos és pszichológiai aktivitás.
 6. Pánik: akut, visszatérő, intenzív szorongásroham, amelyet gyakran kísér rettegés érzése. A pánikroham hirtelen lép fel, crescendo-ját 10 percen belül eléri.
 7. Apátia: tompa érzelmi tónus, amihez közömbösség, elszakadás, leválás járul.
 8. Ambivalencia: két egymásnak ellentmondó késztetés – ugyanazon tárgy, személy felé – egyidejű jelenléte (pl egy páciens szerelmes az ápolónővérbé, de ugyanakkor meg is szeretné őt gyilkolni; páciens, aki szeretne is enni, meg nem is; egy skizofrén beteg arról panaszkodott, hogy nincs neki arca, ugyanakkor az ápolószemélyzettől borotvát kért).
 9. Lereagálás: egy fájdalmas tapasztalásra való visszaemlékezést követő érzelmi kioldás, szabadjára bocsátás; tudattalan tartalom tudatosba való visszaidézése, amelyet egy megfelelő, adekvát érzelmi reakció követhet (olykor katarzisznak is nevezik).
 10. Szégyen: saját magammal támasztott elvárásoknak való megfelelés kudarca.
 11. Bűnértés: rossznak érzett dolgot követő tett utáni érzés.
 12. Impulzus kontroll: alkalmasság arra, hogy ellenálljak egy ösztönzésnek, ingernek, egy cselekvésre késztető kísértésnek.
 13. Melankólia: mély depressziós állapot, melyben hiányoznak az ingerekre adott reakciók, s jellemzi továbbá a korai felkelés, az anorexia, a túlzó, önmarcangoló bűnértés.
- D. A hangulattal együtt járó fiziológiai zavarok:
1. Anorexia: az étvágy csökkenése vagy annak elvesztése.
 2. Hyperphagia: az étvágy megnövekedése és az étel elfogyasztásának intenzív vágya.
 3. Insomnia: az alvás hiánya vagy az arra való késztetés csökkenése (kezdő szintű: nehézség az elalvásban; középszintű: nehézségek az alvásban az éjszaka folyamán, anélkül, hogy felébredne vagy visszaaludna; végkifejletű: korai felkelés.
 4. Hypersomnia: túlzott alvás.
 5. Napi hangulatingadozás: a reggeli órákban, felkelés után azonnal a hangulat a legrosszabb, amely a nap teltével fokozatosan javul.
 6. Csökkent libidó: csökkent szexuális érdeklődés, hajlam és tettekre készség (ezzel szemben a megnövekedett, felfokozott libidó gyakran a mániákus állapotot jelzi).
 7. Székrekedés: nehézségek vagy képtelenség a széklet kiürítésére.
 8. Kimerültség: fáradtság, aluszékonyság érzése; bizonyos mentális vagy fizikai tevékenység után érzett ingerlékenység.
 9. Pica (allotriophagia; fonák étvágy): nem ehető ételek megevése vagy megevése vágya (pl. jég /pagophagia/, sár /geophagia/).
 10. Pseudocyesis: a páciensnek olyan tünetei vagy szimptomái vannak, mintha terhes volna.
 11. Bulimia: kielégíthetetlen éhség; gyakran jelenik meg a depresszióban.

Motoros viselkedés (konatív komponens)

Motoros viselkedés: a psziché azon aspektusa, mely magába foglalja az ingereket, ösztönöket, szükségleteket, motivációkat, vágyakat, s melyek a személy magatartásában vagy motoros (mozgásos) aktivitásában jelennek meg.

A motoros viselkedés zavarai:

1. Echopraxia: egy másik személy mozgásainak patológikus utánzása. A katatón páciens „tükörképe” kezelőorvosának, őt utánozza.
2. Katatónia és testtartásbeli abnormalitások: a katatóniát leginkább skizofrén betegeknél és agykárosultaknál találjuk meg. Fajtái:
 - a. catalepsya: olyan mozdulatlan póz, amely állandóan megmarad
 - b. katatón izgatottság: izgatott és céltalan motoros aktivitás, melyet külső inger nem befolyásol.
 - c. katatón bódulat: lelassult motoros aktivitás, mely közel áll a mozdulatlansághoz, s látszólag a környezetéről nem vesz tudomást.
 - d. katatón merevség: merev testhelyzet akaratlagos felvétele, s amely testhelyzetet megtart annak ellenére is, ha ebből ki akarnák mások mozdítani.
 - e. katatón pózolás: bizzar és nem-megfelelő póz akaratlagos felvétele, melyben hosszú időn keresztül megmarad.
 - f. cerea flexibilitas (viasszerű hajlékonyság): a személyt tetszőlegesen bármely testhelyzetbe be lehet „hajlítani”, s amely testhelyzetben meg is marad; amikor az ápoló megfogja végtagjait, akkor azok „viasszerűnek” tűnnek.
 - g. akinesia: extrém mozdulatlanság, a mozgás teljes hiánya; lehet antipszichotikus orvosságok mellékhatása is.
3. Negativizmus: motiválatlan ellenállás minden olyan kísérletre, amely során meg szeretnék a páciens mozgatni vagy utasításokat szeretnének neki adni (pl. nyissa ki öklét, de nem nyitja ki).
4. Kataplexia: átmeneti izomtónus és fizikai gyengeség, amelyet valamely izgatott érzelmi állapot idéz elő.
5. Sztereotípiá: fizikai aktivitás vagy beszéd fixált mintájának ismételtetése (pl. a test bizonyos részének szüntelen vakarása).
6. Mesterkéeltség: megrögzött, szokványos akaratlan mozgás; csak a páciens szemében van értelme az ilyesfajta mozgásoknak
7. Automatizmus: tett vagy tett-sorozat automatikus kivitelezése, amely általában valamilyen tudatalatti szimbolikus aktivitást jelenít meg.
8. Parancsolt automatizmus: szuggesztiók automatikus követése, azoknak való engedelmesség.
9. Mutizmus: abnormalitást mellőző „hangtalanság”, némaság.
10. Túlzott aktivitás:
 - a. pszichomotoros izgatottság: túlzott motoros és kognitív aktivitás, általában haszontalan cselekvés, s egyben a belső feszültségre adott válasz.
 - b. hiperaktivitás (hyperkinesis): nyugtalan, agresszív, destruktív aktivitás, gyakran agyi károsodás hatására.
 - c. tic: akaratlan, görcsös motoros mozgás, nem-ritmikus, nem lehet neki ellenállni (lehet pl. hunyorgás, vállrángatás, grimaszok, hajlesimítés, önütlegelés, önharapdálás, tárgyak folyamatos megszaglása).
 - d. alvajárás: motoros aktivitás alvás ideje alatt.
 - e. akathisia: izomfeszültség szubjektív érzése, általában gyógyszeres kezelés hatására lép fel, általában nyugtalanságot, járkálást, állandó leülést és felállást okoz, ha lábait keresztbe rakja, a felső „lebegteti”, toporzékolhat; gyakran összetévesztő a pszichotikus izgatottság-állapottal.
 - f. kompúzió: ellenőrizhetetlen késztetés arra, hogy valamilyen tettet ismételtén végrehajtsa:
 - f.i. dipsománia: alkohol fogyasztásának kényszere

- f.ii. kleptománia: kényszer a lopásra
- f.iii. nymphománia: nőkben kényszeres szükséglet a koitusra
- f.iiiiv. satyriasis: férfiakban kényszer a koitusra
- f.v. trichotillománia: kényszer érzése a hajhúzogatóásra
- f.vi. rituálé: automatikus, kényszeres aktivitás, elsősorban a szorongás csökkentése végett
- g. ataxia: sikertelen izom-koordináció; az izomműködés szabálytalansága; koordinátlanság a gondolatok és érzelmek között.
- h. polyphagia: patológikus túlzott evés.
- i. tremor: ritmikus változás a mozgásban, amely átlagosan több, mint 1 alkalom/1 mp; a tremor csökken a pihenés és az alvás alatt, növekszik az ingerült vagy feszült állapotban.
11. Hypoaktivitás (hypokinesis): csökkent motoros és kognitív aktivitás; a gondolkodás, beszéd és a mozgás látható csökkenése.
12. Mimikri: gyerekes egyszerű, imitatív motoros aktivitás.
13. Agresszió: erőteljes, célirányos cselekvés, amely lehet verbális vagy fizikai; a harag, düh, ellenségeskedés affektusok motoros megfelelője.
14. Acting out: tudatalatti vágy vagy impulzus tetteben való közvetlen kifejezése; tudatalatti fantázia impulzív kiélése a viselkedésben.
15. Abulia: lecsökkent képesség a cselekvéshez és a gondolkodáshoz, amihez társul a cselekmény következményi iránti közömbösség; akaratérő és vágyerő hiánya; bár a páciens szeretne megtenni valamit, de ahhoz hiányzik az erő, az energia; leginkább a skizofréniában fordul elő.
16. Anergia: az energia hiánya.
17. Astasia abasia: képtelenség arra, hogy normál módon álljon vagy járjon; ez a póz bizarr, s gyakran a konverziós rendellenességgel jár együtt; van ereje, energiája izmaiban, mégis képtelen járni.
18. Coprophagia: saját ürülékének evése.
19. Dyskinesia: akaratlagos mozgások végrehajtásának nehézsége.
20. Izommerevség: olyan jelenség, melynek során az izmok mozdulatlanok maradnak.
21. Forgómozgás: leginkább autisztikus gyerekeknél fordul elő, akik folyamatosan forognak testükkel abba az irányba, amerre fejük fordul el.
22. Bradykinesia: a motoros aktivitás lelassulása, amellyel ugyanúgy csökkennek a spontán mozgások is; főleg depressziósoknál és skizofréneknél figyelhető meg.
23. Chorea: rendszertelenül fellépő, nem-akaratlagos gyors, rángatózó, céltalan mozgások (pl. hisztériásoknál folytonos bólogatás, egyeseknél ugrálgatás, szökdécselés, táncolás).
24. Konvulzió (görcs): akaratlan, erőteljes izomkontrakció vagy izomgörcs:
- a. klónikus konvulzió: olyan konvulzió, melynek során az izmok a kontrakció (összehúzódás) és a relaxáció között váltakoznak.
- b. tónikus konvulzió: olyan konvulzió, melynek során az izom kontrakciója megmarad.
25. Roham: szimptomák hirtelen megjelenése, mint pl. a konvulziók, tudatvesztés, pszichikai vagy érzékelési zavarok; leginkább epilepsziában vagy valamilyen medikális kezelés (vagy kábítószer fogyasztása) során lép fel.
- a. Általános tónikus-klónikus roham: a végtagok klónikus-tónikus mozgása, nyelvharapdálás, inkontinencia, ami a tudati állapot lassú visszaállásával áll be; grand mal rohamnak is szokták nevezni.
- b. Egyszerű parciális roham: lokalizált roham, mely során a tudatállapot fennmarad.
- c. Komplex parciális roham: lokalizált roham tudatvesztéssel.
- Dystónia: végtagok vagy a testtörzs lassú, tartós kontrakciói (pl. görcsös végtagmozgatózás, szemforgatás, nyakforgatás, fejforgatás, grimaszolás, sipolólevegővétel).

A gondolkodás és annak zavarai

Gondolkodás: a gondolatok, szimbólumok, asszociációk célirányos áramlata, amely egy problémából vagy feladatból indul ki és egy realitás-orientált konklúzió felé halad.

A. A gondolkodás formai illetve folyamatbeli általános rendellenességei:

1. Mentális rendellenesség: olyan klinikailag jelentős magatartás vagy olyan pszichológiai szindróma, amelyhez olyan szorongás vagy képtelenség társul, amelyet egy bizonyos jelenségre vagy – a személy és a társadalom közötti - kapcsolatrendszerre adott válaszként nem lehet elfogadni.

2. Pszichózis: képtelenség arra, hogy a valóságot és a fantáziát megkülönböztesse; károsult „reality testing” (?...hogyan van most tényleg úgy van, vagy nem...), amelyhez társul egy ’új valóság’ létrehozása (ellentétben a neurózissal, amely olyan mentális rendellenesség, melyben a reality testing nem károsul, a magatartásával a személyiség a társadalmi normákat nem hágja át, viszont ez a rendellenesség kezelés nélkül relatíve lehet tartós és visszatérő).

3. Reality testing: az Énen kívüli világról alkotott objektív ítélet vagy értékelés.

4. A gondolkodás formai rendellenessége: nem tartalmi, hanem formai rendellenesség, melyet jellemez a laza, zavaros asszociáció, neologizmus, az illogikus konstrukció; a gondolat folyamataiban is károsodik s a személy pedig pszichotikus.

5. Illogikus gondolkodás: a gondolkodás hibás következtetésekre jut, belső ellentmondásokba keveredik; akkor pszichopatológikus ez a gondolkodás, amennyiben azt nem befolyásolják kulturális értékek vagy intellektuális deficit.

6. Dereizmus: olyan mentális aktivitás, mely nem egyeztethető össze sem a logikus gondolkodással sem pedig a tapasztalattal.

7. Autisztikus gondolkodás: csak a belső, privát világával van elfoglalva; olykor a dereizmus szinonimájaként használják.

8. Mágikus gondolkodás: ez a dereisztikus gondolkodás egyik fajtája, amely a gyermek gondolkodásmódjához nagyon hasonlít; a gondolatoknak, szavaknak, tetteknek ’ereje’ (eseményeket okozhatnak vagy elkerülhetnek) van.

9. Elsődleges gondolkodási folyamat: ez egy dereisztikus, illogikus, mágikus gondolkodási mód, mely leginkább az álmokra vonatkozik, s megtalálható a pszichózisban.

10. Érzelmi belátás: a megértésnek és a tudatnak olyan mély szintje, mely a személyiségben s annak magatartásában pozitív változásokhoz vezet.

B. A gondolkodás formai specifikus rendellenességei:

1. Neologizmus: a páciens új szót alkot, legtöbbször más szavak szótagjainak kombinálásával.

2. Szósaláta: szavak és mondatok nem koherens keveréke.

3. Körülményeskedés: olyan közvetlen beszéd, amely késlelteti az elért célt, de végül is abból az elérendő célból indul ki; jellemzik a túlzott részletekre való kitérések és a közbevetett utalások.

4. Érintőlegeskedés: képtelenség a célirányos asszociációkra; a kívánt pontról a kívánt célig sohasem jut el.

5. Inkoherencia: nem érthető gondolkodásmód; szavak és gondolatok sűrűsödnek össze, melyeknek nincs logikai vagy nyelvtani kapcsolatuk, s végül teljesen szervezetlen formát kapnak.

6. Makacs ismételtetés, a gondolat újra megjelenítése: hiába éri új inger, a páciens az előző ingerre adott válaszában marad meg makacsul.

7. Verbigeráció: szavak és mondatok értelmetlen ismételtetése.

8. Echolalia: egy másik személy szavainak, mondatainak pszichopatológikus ismételtetése; jellemzi az ismételtetés és a makacsság; a páciens mondhatja „gúnyosan” vagy szaggatot intonálásban.

9. Kondenzáció: különböző kifejezések egybe való olvasztása.

10. Irreleváns válasz: olyan válasz, amely nincs összhangban a feltett kérdéssel (vagy mert a páciens nem vesz tudomást a másiktól vagy mert nem képes figyelni a kérdésre).

11. Zavaros asszociációk: olyan gondolkodási folyamat, melynek során az egyik gondolatról a másikkra vált át teljesen összefüggéstelen módon; ha ez nagyon zavaros asszociáció, akkor a beszédben is komoly nehézségeket okoz.

12. Kisiklás: a gondolkodás folyamatának fokozatos vagy azonnali kisiklása, kitérése, mely során még teljes zárlat nincs; olykor szinonim módon használják a zavaros asszociációkkal.

13. Gondolatcsapongás: egyik gondolatról a másikba siklik át, amely a szavakkal, szófordulatokkal, verbalizációval való gyors, folyamatos játékának eredménye; a gondolatok kapcsolódnak egymáshoz, a hallgató tudja valamelyest követni a páciens.

14. Hangzási asszociáció: hasonló hangú szavak asszociációja (nem az értelmük alapján asszociálja); a szavaknak nincs logikus kapcsolata; lehetséges rímelés vagy szójáték is.

15. Zárlat: mielőtt egy gondolat vagy gondolatmenet befejeződne, a gondolkodás folyamatában hirtelen félbeszakadás, zárlat áll be; néhány pillanat múlva a páciens nem emlékszik arra amit mondott vagy ki szeretett volna fejezni.

16. Glosszológia: egy üzenet kifejezése érthetetlen szavakkal (nyelveken való beszélésnek is nevezik); ha bizonyos vallási praktikákhoz társítjuk, nem jelent feltétlenül gondolkodási zavart (egyes karizmatikus összejövetelek alkalmazzák).

C. A gondolkodás tartalmi rendellenességei:

1. Tartalmi szegénység: olyan gondolat, amely kevés információt nyújt, mivel üresség ismételtetés, pontatlanság, s zavaros mondatok jellemzik.

2. Túlértékelt eszme: olyan hamis vélekedés, melyhez ésszerűtlenül ragaszkodnak, viszont a delúzióknál enyhébb rendellenesség.

3. Delúzió (= téveszmék, doxasmák): hamis vélekedés, mely a külső valóságra vonatkozó pontatlan következtetésre épít s nem egyeztethető össze sem a páciens intelligenciájával, sem a kulturális hátterével; nem lehet kijavítani érvelés révén. A delúzióknak több típusa is létezik:

a. bizarr delúzió: abszurd, valószínűtlen, furcsa hamis vélekedés (pl. az űrből jövő idegenek elektródákat ültettek a páciens agyába)

b. szisztematizált delúzió: olyan hamis vélekedések együttese, mely egy esemény vagy téma köré csoportosul (pl. a páciens, aki azt véli, üldözi az FBI, a maffia ki szeretné nyírni, „mindenért a FIDESZ a felelős” /tipikus MSZP-s delúzió/).

c. hangulat-kongruens delúzió: olyan delúzió, mely összhangban van a páciens hangulatával (pl. a depressziós páciens azt gondolja, hogy a világ összeomlásáért ő a felelős).

d. hangulat-inkongruens delúzió: olyan delúzió, amely nincs összhangban a páciens hangulatával, vagy pedig hangulat-semleges (pl. a depressziós páciens úgy véli, gondolatait ellenőrzik kívülről).

e. nihilisztikus delúzió: olyan hamis vélekedés, miszerint az Én, Mások és a világ nem létezik, vagy a „végét járja”.

f. szegénység-delúzió: az a hamis vélekedés, miszerint a páciens megfosztották mindenféle anyagi javaktól, s nincs semmije.

g. szomatikus delúzió: a testet illető hamis vélekedés (pl. az a felfogás, hogy az agy rothadásba indult, vagy elkezdett „olvadni”).

h. paranoid delúzió: magába foglalja az üldöztetési, vonatkoztatási, ellenőrzési és nagyzási delúziókat (meg kell különböztetni a paranoid fantáziálásról, melyben csak a gyanakvás található, ezért az enyhébb fokozata a delúzióknak). Fajtái:

h.i. üldöztetési delúzió: az a téveszme, mely szerint a páciens zaklatni szeretnék, be akarják csapni, üldözik; az ilyen egyének gyakran patológikus perlekedési tendenciával rendelkeznek, azaz legálisan is igazat akarnak kérni maguk számára a „vélt” károk, zaklatások miatt.

h.ii. nagyzási delúzió: az a személy, akinek önmagáról, önmaga jelentőségéről, hatalmáról, identitásáról túlzó fogalma alakul ki.

h.iii. vonatkoztatási delúzió: az a téves vélekedés, hogy másoknak a magatartása a páciensre vonatkozatható; eseményeknek, tárgyakkal, személyeknek szokatlan jelentősége van, ami legtöbbször negatív természetű; az a tévhit, hogy mások róla, rá vonatkozóan beszélgetnek (pl. a tv vagy a rádió róluk beszél).

i. önvádoló delúzió: bűn elkövetésének vagy lelkiismeret-furdalásnak tévhite.

j. ellenőrzés-delúzió: az a tévhit, miszerint a páciens akaratát, gondolatait, érzéseit külső erők ellenőrzik. Fajtái:

- j.i. gondolat-visszavonási delúzió: az a téveszme, miszerint más személyek vagy erők a páciens gondolatait „elvonják”, elveszik tőle, meggátolják annak gondolását.
- j.ii. gondolat-beépítési delúzió: az a téveszme, miszerint más személyek vagy erők a páciensbe gondolatoka „ültetnek be”.
- j.iii. közvetítési delúzió: az a vélekedés, miszerint a páciens gondolatait mások is hallhatják, mintha azok „közvetíthetőek” lennének valamilyen híradástechnikai eszközön (rádión, tv-n) keresztül.
- j.iv. gondolat-ellenőrzési delúzió: annak téves felfogása, miszerint a páciens gondolatait más személyek vagy erők ellenőrzik.
- k. hűtlenségi delúzió (téveszmés féltékenység): patológikus féltékenységből származó téveszme, miszerint a páciens szeretője hűtlenné vált hozzá.
- l. erotomániás delúzió: annak téveszméje, miszerint mások szerelmesek belé (másképpen Clérambault-Kandinsky komplexusnak nevezik).
- m. pseudologia phantastica: a hazugság egy fajtája, melyben a páciens saját fantáziájának valóságában hisz s aszerint is cselekszik; kapcsolódhat hozzá a Munchausen-szindróma is, amely a betegség tettetésének megismételgetése.
4. Gondolat-tendencia: egy bizonyos gondolat tartalmára való összpontosítás, amihez erős affektív hangulat társul, mint pl. a paranoid megszállottságban, öngyilkossági és gyilkolási megszállottságban.
5. Egománia: patológikus önmagával való foglalatzkodás, megszállottság.
6. Monománia: egy bizonyos tárgygal való megszállott foglalatzkodás.
7. Hypochondria: önmaga egészségével való túlzott foglalatzkodás, melynek nincs valódi egészségügyi alapja, hanem inkább fizikai tünetek irrealisztikus interpretációjáról van szó, amely tüneteket a páciens abnormálisnak érez.
8. Obszesszió: egy olyan ellenállhatatlan érzés vagy gondolat patológikusan állhatatos megmaradása, amelyet logikai úton a tudatból nem lehet kiiktatni s melyhez gyakran társul szorongás is.
9. Kompúzió: annak ellenállhatatlan ösztönzése, hogy a páciens „cselekedjen” s ha ezen ösztönzésnek ellenáll, akkor szorongást érez; az obszesszióra adott ismétlődő magatartás, mely szigorú szabályok szerint hajt valamit végre, s melynek önmagában nincs valódi célja s mely gyakran arra összpontosít, hogy valami jövőre vonatkozó eseményt elkerüljön.
10. Coprolalia: csúnya szavak kiejtésére ösztönző kompúzió.
11. Fóbia: egy speciális ingertől vagy szituációtól való makacs, irracionális, túlzó, megváltoztathatatlan tünő patológikus félelem; a félelmet gerjesztő inger kikerülését kompúzió követi. Fajtái:
- a. specifikus fóbia: a diszkrét tárgytól vagy szituációtól való körülírható félelem (pl. pók, kígyó).
 - b. társas fóbia: nyilvános megaláztatástól való félelem, mint pl. félelem a beszédétől, a cselekvéstől, az étkezéstől mások társaságában.
 - c. acrophobia: magas helyektől való félelem.
 - d. agoraphobia: nyílt helyektől való félelem.
 - e. algophobia: szenvedéstől való félelem.
 - f. ailurophobia: macskáktól való félelem.
 - g. amatophobia: kosztól, portól való félelem.
 - h. autophobia: félelem az egyedüllétől, egyedül-maradástól.
 - i. bathophobia: mélységtől való félelem.
 - j. cibophobia: evéstől való félelem.
 - k. demonophobia: sátántól való félelem.
 - l. eremiophobia: csendtől való félelem.
 - m. erythrophobia: elpirosodástól, elvörösödéstől való félelem.
 - n. gamophobia: házasságtól való félelem.
 - o. genophobia: szexualitástól való félelem.
 - p. homichlophobia: ködtől való félelem.

- q. hypenophobia: felelősségtől való félelem.
- r. laliophobia: beszédétől való félelem.
- s. thaasophobia: üléstől való félelem.
- t. tonitrophobia: villámlástól való félelem.
- u. vaccinophobia: oltástól, injekciótól való félelem.
- v. vizsgaphobia: vizsgától való félelem stb. /Psychiatric Dictionary, p.274-76./
- 12. Noesis: olyan megvilágosodás kinyilvánítása, melyben az az érzése van a páciensnek, hogy őt arra választották ki, hogy parancsoljon és vezessen.
- 13. Unio mystica: egy végtelen hatalommal, erővel való misztikus egység érzése, amely nem inkongruens akkor, ha figyelembe vesszük a személy vallásos és kulturális hátterét.

A beszéd és annak zavarai

Beszéd: a nyelv által kifejezett gondolatok, eszmék, érzések; szavak és nyelv általi kommunikáció.

A. A beszéd zavarai:

1. Beszédkényszer: olyan gyors beszéd, melyet nehéz megállítani, félbeszakítani.
2. Logorrhea (bőbeszédűség): koherens, logikus bőbeszédűség.
3. Beszédszegénység: szűk mennyiségű beszéd, többnyire egytagú szavakból tevődik össze.
4. Non-spontán beszéd: csak akkor ad verbális választ, ha kérdezik vagy direkt hozzá beszélnek; nincs önálló kezdeményezése a beszédre.
5. Tartalmi beszédszegénység: olyan beszéd, amely bár mennyiségében megfelelő, de mégis kevés információt nyújt, hiszen üres, pontatlan, sztereotip mondatok jellemzik.
6. Dysprosodia: a beszéd normál melódiájának elvesztése.
7. Dysarthria: nehezségek az artikulációban, de nem a szó vagy a grammatikai helyesség megtalálásában.
8. Túlzottan hangos vagy halk beszéd: a normál beszéd hangszint modulációjának elvesztése; sok patológikus helyzetet tükrözhet, egészen a pszichózistól a depresszióig át a sükettségig.
9. Dadogás: egy hang vagy egy szótag gyakori ismétlése vagy megnyújtása, ami károsan hat a beszéd folyamatosságára is.
10. Hadarás: hibás, ritmustalan beszéd, amelyet gyorsaság és görcsös rohamosság jellemez.

B. Afázikus zavarok:

1. Motoros afázia: kognitív rendellenesség által okozott beszédhiba, amelyben bár jelen van a megértés, de maga a beszédhez való képesség nagyban zavart; akadozó, pontatlan, nehézkes beszéd (Broca afáziának is nevezik).
2. Szenzoros afázia: a szavak jelentése megértésének organikus alapú képtelensége; folyékony és spontán, viszont inkoherens és értelmetlen beszéd (Wernicke afáziának is nevezik).
3. Nominális afázia: nehézség a tárgyak nevének korrekt megtalálására (amnesztikus afáziának is nevezik).
4. Szintaktikus afázia: a szavak helyes sorrendbeli elrendezésére való képtelenség.
5. Zsargon afázia: a szavak teljesen neologisztikusak; értelmetlen szavak ismétlése különböző intonációkban és ragozásokban.
6. Globális afázia: nem-folyékony és folyékony afázia kombinációja.
7. Alogia: egy demencia-epizód vagy mentális rendellenesség következtében beálló beszéd-képtelenség.
8. Coproregia: vulgáris és obszcén nyelvezet akaratlan használata (Tourette-zavarnak is nevezik, s jellemző bizonyos skizofrénia-esetekre).

Az észlelés és annak rendellenességei

Észlelés: a fizikai ingerlés pszichológiai információvá való átalakítás folyamata; olyan mentális folyamat, amely során az érzékelési ingerek eljutnak a tudatba. Mozzanatai: külvilágból eredő inger – receptorokban megjelenő izgalom – az ingerek érzékelése az agykérgi területeken (percepció) – felismerési folyamat (appercepció). Az inger megszűnése után az érzet is megszűnik, de a tudatban hátrahagy maga után egy emléknymot, képzetet (engramm). Az érzékelésnek két fontos mozzanata van: érzet (közvetlenül az izgalom hatására keletkezik) és a képzet (ugyanennek a felidézése).

A. Az észlelés zavarai:

1. Hallucináció: olyan téves észlelés, amelynek a valóságban nincs reális külső ingere; a hallucinációt kísérheti is meg nem is deluzionális interpretáció. Típusai:

a. hypnagógikus hallucináció: olyan téves észlelés, ami akkor történik, amikor kezdünk elaludni; általában nem patológikus jelenség.

b. hypnopompikus hallucináció: olyan téves észlelés, ami a felébredés során alakulhat ki; szintén nem vélik patológikus jelenségnek.

c. hallási hallucináció: hang, hangok, esetleg zene hamis észlelése; sok pszichiátriai jelenség velejárója.

d. látási hallucináció: a látást érintő hamis észlelés, amely kiterjedhet formával rendelkező képekre (pl. személyek) vagy formával nem rendelkező képekre (pl. fénysugár, fénycsóva).

e. szaglási hallucináció: a szaglással kapcsolatos téves észlelés.

f. ízlelési hallucináció: az ízleléssel kapcsolatos téves észlelés, pl. kellemetlen íz érzete, amit valamilyen horgas alakú étel okoz.

g. tapintási hallucináció: az érintés vagy a tárgy-felszín hamis észlelése, vagy a testen belülről vagy a testre vonatkozóan.

i. liliputi hallucináció: annak hamis észlelése, miszerint a tárgyak méretükben kisebbek (mikropsziának is nevezik).

j. hangulat-kongruens hallucináció: olyan hallucináció, amely tartalmában kongruens a depressziós vagy mániákus hangulattal (pl. a depressziós páciens olyan hangokat hall, melyek azt mondják neki, hogy ő egy „rossz ember”; a mániákus páciens azt hallja, hogy neki milyen különleges hatalma, méltósága és tudása van).

k. hangulat-inkongruens hallucináció: olyan hallucinációk, melyek tartalmukban nem kongruensek a depressziós vagy mániákus hangulattal (pl. a depressziós nem azt hallja, hogy ő „alkalmatlan”, „vétkes”, „büntetését méltán megérdemli”; a mániákus nem azt hallja, hogy neki különleges hatalma, ereje, méltósága van).

l. hallucinosis: olyan – leginkább hallási – hallucinációk, amelyeket krónikus alkoholfogyasztás, kábítószerfogyasztás, sebészeti beavatkozás vagy szülés okoz, s akkor bukkannak fel, amikor az érzékelés tiszta, s nem pedig delirium tremensben vagy zavaros érzékelésben.

m. synesthesia: olyan észlelés vagy hallucináció, amely mással való észleléssel együtt jelenik meg (pl. hallási észlelés, amelyhez látási észlelés is csatlakozik; hang, amihez kép is társul).

n. futószalag-jelenség: észlelési abnormalitás, melyet hallucinogén szerek válthatnak ki, mely során a mozgó tárgyak úgy jelennek meg, mintha azok egymástól elszakított, szaggatott, folyamatosságot mellőző képek lennének.

o. parancs hallucináció: rendelkezések, elrendelések azon hamis észlelése, miszerint annak a személy köteles engedelmessé válni s nem tanúsíthat semmiféle ellenállást.

2. Illúzió: egy külső érzéki inger rossz észlelése vagy értelmezése. Normál személyben megvan a vágy arra, hogy annak korrektségét leellenőrizze (ha egy négyszög alakú tárgyat egy vizes edénybe tesz, a sarkok legömbölyödve látszódnak, s ezért kivesszem a vízből, s meggyőződom arról, hogy az nem úgy van, ahogy a víztükrről keresztül azt látom).

B. Zavarok, amelyekhez kognitív vagy medikális rendellenességek társulnak: agnosiák – az érzéki benyomások jelentései felismerésének és értelmezésének képtelenségei.

1. Anosognosia: a személy képtelen felismerni saját betegségét, patológikus problémáit.

2. Somatopagnosia: a páciens képtelen felismerni saját testét vagy testrészeit.

3. Látási agnosia: képtelen személyeket vagy tárgyakat felismerni.

4. Prosopagnosia: arcok felismerésének képtelensége.
 5. Astereognosis: tárgyakat képtelen felismerni érintésük alapján.
 6. Apraxia: képtelenség arra, hogy bizonyos betanult mozdulatokat elvégezzen, ami nem megértés, figyelmetlenség hiánya, nem fizikai gyengeség, ataxia eredménye. Pl. apraxia amnestica (képtelen az utasításra visszaemlékezni, s a feladatot elvégezni), konstruktív apraxia (képtelen egymáshoz illő geometrikus tárgyakat összeilleszteni), öltözködési apraxia (képtelen cipőjét, ruháit felvenni), fogalmi apraxia (nem tudja, mit kell a tárgyakkal tennie, pl. egy fogkefével, egy tollal, egy cigarettával).
 7. Simultanagnosia: egy látványból képtelen felismerni egynél több vizuális elemet egyidejűleg s azokat az elemeket képtelen egy egészbe integrálni.
 8. Adiadochokinesia: képtelen véghezvinni gyors, változtatást magába foglaló mozgást.
 9. Aura: roham előtti (pl. epileptikus) figyelmeztető jelzések együttese (órákkal vagy napokkal a roham bekövetkezése előtt), mint pl. automatizmusok, gyomorban teltség érzése, elpirosodás, légzés megváltozása, kognitív észlelések, affektív állapotváltozások; szenzoros előjele a migrénes fejfájásnak.
- C. Olyan zavarok, amelyekhez társulhat konverzió vagy disszociatív jelenségek: elfojtott anyag szomatizálása vagy fiziológiai szimptómák kialakulása valamint izom és érzékszervi torzulások; az akarat képtelen az ellenőrzésre s a jelenséget nem lehet csupán fiziológiai rendellenességgel megmagyarázni:
1. Hisztérikus anesthesia: olyan erős érzelmi konfliktusok vannak a háttérben, amely eredményeként a páciens elveszti az érzékelési modalitásokat.
 2. Macropsia: olyan állapot, melyben a tárgyak nagyobbak tűnnek, mint amilyenek a valóságban.
 3. Micropsia: állapot, melyben a tárgyak kisebbnek tűnnek, mint amilyenek a valóságban (mind a macropsia, mind a micropsia lehet a világos észlelés kísérője is, mint egy roham-komplexus része).
 4. Deperszonalizáció: a páciens szubjektív érzése, miszerint ő maga nem-létező, nem valóságos, sőt önmagának teljesen idegen és szokatlan.
 5. Derealizáció: annak szubjektív érzése, miszerint a környezet teljesen idegen, valótlan; a valóság megváltozásának érzése.
 6. Vándorhajlam (fugue): az amnéziával együttesen előforduló régi identitást elhagyó, új identitást felvevő állapot; a páciens gyakran utazgat, vándorol más-más környezetbe.
 7. Sokszoros személyiség: ugyanazon személy, aki különböző időszakban jelenik meg, több, egymástól eltérő karaktereket, személyiségeket mutat fel (disszociatív identitás rendellenességnek is nevezik).
 8. Disszociáció: olyan tudatalatti védekező mechanizmus, amely során bizonyos mentális vagy magatartásbeli folyamatok a személy egyéb pszichikai aktivitásairól leválnak; velejáró lehet egy érzelmi tónus annak gondolatától való leválása (pl. skizofrén beteg, aki röhör, miközben arról beszél, hogy valaki öt száz darabra vagdolja).

Az emlékezés és annak rendellenességei

Emlékezés: olyan funkció, mely révén az agyban tárolt információkat később visszahozhatjuk a tudatba.

A. Az emlékezés zavarai:

1. Amnesia: részleges vagy teljes képtelenség arra, hogy a múltbeli tapasztalatokat felidézze; eredete lehet organikus vagy érzelmi jellegű:
 - a. anterográd: egy bizonyos idő után történtek amnéziája (képtelen új emlékképek létrehozására)
 - b. retrográd: egy bizonyos idő előtt (trauma, baleset) történtek amnéziája.
2. Paramnesia: a memória meghamisítása az emlékkép eltorzítása révén. A valóságos tények és a fantáziaképek zavarosan keverednek (tényleg úgy történt-e vagy csak álmodtam):
 - a. fausse reconnaissance: téves felismerés.

- b. retrospektív hamisítás: a páciens tudattalan, nem akaratlagos emlékezet-torzítása, amely érzelmi, kognitív, előző tapasztalatai állapotától válik függővé.
- c. konfabuláció: emlékezet-hézagok tudatalatti kitöltése – a tudat nem zavart ekkor - elképzelt s nem-valós tapasztalatokkal; ezen tapasztalatokban a páciens hisz, bár azokat nem tudja igazolni (pl. egy páciens hónapok óta kórházban fekszik, s az ápolószemélyzetnek megmagyarázza, hogy éppen most tért vissza nagy európai körútról, s minden apró úti élményt elmesél); különbözi a pseudologia phantasticától: a pseudologia phantastica esetében a páciens csak addig hisz abban amit mond, amíg nem szembesítik az ellentmondásokkal, míg a konfabuláció esetében a páciens ragaszkodik minden elmondotthoz.
- d. déjá vu: vizuális felismerés illúziója, melyben egy új szituációt helytelenül úgy tekintenek, mint valami előzőnek a megismétlését.
- e. déjá entendu: hallási felismerés illúziója.
- f. déjá éprouvé: az a téves emlékezés, miszerint egy tapasztalatnak a páciens valamikor részese, szereplője lett volna.
- g. déjá fait: az a téves felismerés, mintha ami most történik a pácienssel, az valamikor a múltban történt volna meg (egy hebefrén skizofrén páciens szerint ami most történik vele, az éppen ugyanúgy történt meg vele 1 évvel ezelőtt).
- h. déjá pensé: annak illúziója, hogy egy új elgondolás, ötlet már előzőleg is felmerült, felötlött, kifejezésre jutott.
- i. déjá voulu: annak téves felismerése, hogy amire most vágyik, amit szeretne, azt valamikor a múltban szerette volna.
- j. jamais vu: annak hamis benyomása, hogy egy valós, átélt tapasztalás teljesen felismerhetetlen, szokatlan.
- h. téves memória: a páciens visszaemlékezik s hisz ezen visszaemlékezésben, miközben az a bizonyos esemény sohasem történt meg vele.
- 3. Hypermnésia: az emlékképek elraktározásának és felidézésének túlzott mértéke.
- 4. Eidetikus képzet: a képi memória oly szintű élénksége, amely már-már a hallucinációra hasonlít.
- 5. Árnyék-memória: egy tudatosan elfogadható emlékkép, amely eltakar, leárnyékol egy kellemetlen, fájdalmas emlékképet (pl emlékszik, hogy együtt játszottak, de arra nem, hogy ki verte meg és mennyire őt).
- 6. Elfojtás: olyan védekező mechanizmus, amelyet elfogadhatatlan gondolatok vagy ösztönzések tudatalatti elfelejtése jellemez.
- 7. Lethologica: bizonyos ideig tartó képtelenség emlékezni nevekre vagy tárgyak elnevezéseire.
- 8. Kihagyás (black out): amnesia, melyet az alkoholisták tapasztalnak erős ivás idején; gyakran visszafordítható, nem-maradandó agykárosodás jele.

B. Az emlékezés szintjei:

- 1. Közvetlen: az észlelt anyag visszahívása néhány másodpercen vagy percen belül.
- 2. Jelen: visszaidézés néhány nap elteltével.
- 3. Jelen múlt: visszaidézés néhány hónap elteltével.
- 4. Múlt: távoli múltban történtek visszaidézése.

Az intelligencia és annak zavarai

Intelligencia: képesség a megértésre, a felidézésre, az emlékek mozgósítására, valamint a korábban tanultak újabb szituációkban való konstruktív integrálására.

A. Értelmi fogyatékoság: az intelligencia olyan mértékű hiánya, mely kihat a társas valamint a munkával kapcsolatos teljesítményre. Típusai: enyhe (IQ 50-75), mérsékelt (IQ 35-55), súlyos (IQ 20-40). Régius kifejezéseket használva: 3 év alatti értelmi fogyatékoság = idióta; 3-7 év között = imbecil /tököfilkó/; 8 éven felül = moron /hülye/.

B. Demencia: az intellektuális funkciók szervi vagy globális rosszabbodása a tudat megzavarásának kizárásával.

1. Dyscalculia: a számolás képességének elvesztése, de ennek nem oka sem a szorongás, sem pedig a koncentráció hiánya.
 2. Dysgráfia: a folyóírás képességének elvesztése; a szöszerkesztés képességének elvesztése.
 3. Alexia: az előzőleg megszerzett olvasási képesség elvesztése, amelynek nem oka az éleslátás hiánya.
- C. Pseudodemencia: a demenciára emlékeztető klinikai képlet, viszont melyet nem szervi megbetegedés vált ki; leginkább a depresszió okozza.
- D. Konkrét gondolkodás: szó szerinti gondolkodás; a metaforák limitált használata, az árnyalatok megértésének hiányával együtt; egyoldalú gondolkodás.
- E. Absztrakt gondolkodás: jelentésárnyalatok megértésének képessége; többoldalú gondolkodás, együttesen a megfelelő metaforák és hipotézisek használatával.

A belátás (insight) és annak zavarai

Insight: egy szituáció (pl. szimptomák együttes jelenlétének) valódi oka és jelentése megértésének képessége.

- A. Intellektuális insight: körülmények összessége objektív valóságának megértése anélkül, hogy azt a megértést a helyzet uralása végett hasznos módon alkalmazná.
- B. Valódi insight: a helyzet objektív valóságának megértése, melyhez társul a helyzet uralásához szükséges motiváció és érzelmi ösztönzés.
- C. Meggyengült insight: egy helyzet objektív valósága megértése képességének megfogyatkozása, csökkenése.

Az ítélet és annak zavarai

Ítélet: képesség egy helyzet korrekt módon való felmérésére valamint egy helyzetben történő megfelelő cselekvés végrehajtására, kivitelezésére.

- A. Kritikus ítélet: képesség arra, hogy egy helyzetben a különféle opciókat megragadhassa, megkülönböztethesse és kiválaszthassa.
- B. Automatikus ítélet: egy cselekedet reflexszerű végrehajtása.
- C. Meggyengült ítélet: egy helyzet korrekt megértése illetve megfelelő cselekmények végrehajtása képességének meggyengülése, csökkenése.

Védekező mechanizmusok

Az Ego funkciói

A védekező mechanizmusok az Ego funkciói közé tartoznak, de az Ego-nak sok más funkciót kell betöltenie. Melyek is ezek:

A. Valóság-tesztelés: különbséget kell tennie a belső és a külső ingerek, a fantázia és a külső valóság között; mind a belső, mind a külső eseményeket pontosan kell észlelnie és értelmeznie, amely magába foglalja a reflektív tudatot, azaz annak tudatát, hogy a belső valóság torzíthatja az észlelést. Ez a funkció segít különbséget tenni a pszichotikus és nem-pszichotikus személyek között.

B. Ítélet: egy szándékolt magatartás, cselekmény lehetséges következményeinek megelőzése; egy magatartás alkalmasságának megítélése, azaz mennyire képes az egyén a külső valóság lényeges aspektusaival érzelmileg „összhangba” kerülni.

C. A világ és az Én valóságérzete: a testi érzetek fokozatos tudata, azaz képesség arra, hogy megkülönböztessen a testen belüli és a testen kívüli folyamatokat; mennyire tapasztalom meg testemet s a testi funkciókat természetesnek, mennyire érzem magamat „bőrömben” (lásd ellentétben a depreszonalizáció vagy a derealizáció); saját individualitásom, egyéniségem, egyetlenségem tudata; stabil testkép, énkép, önbecsülés; más személyek tőlem való megkülönböztetése, mint önálló, független egyének; mások jellemzőinek, tulajdonságainak korrekt leírása; az Én és Mások közötti határ pontos meghúzása, ismerete.

D. Az ösztönök, érzelmek szabályozása: az ösztönök kifejezésének irányítása; kontroll mechanizmusok kifejlesztése és az ösztönök kifejezésének késleltetése; frusztráció tolerálása; az ösztönök, érzelmek tudomásulvétele, megtapasztalása, kifejezése alkalmas időben és helyzetben.

E. Tárgyi relációk (object relations): másokhoz való kapcsolódás foka és milyensége (nárcizizmus, szimbiózis, szeparáció-individuáció, egocentrikusság, visszahúzóds, kölcsönös bizalom, empátia, közlékenység?); mennyi ideig képes fenntartani egy kapcsolatot (stabilitás, konstancia) a tárgy (személy) jelenlétének hiányában (frusztrált-e, szorongást érez-e?)

F. Mentális folyamatok: alkalmazkodás foka memóriában, koncentrációban, figyelemben; fogalomképzési képesség (mennyire képes az absztrakcióra, vagy inkább hajlamos a konkrét gondolkodásmódra); a nyelv és kommunikáció mennyire tükrözi az elsődleges vagy a másodlagos gondolkodási folyamatot.

G Adaptív regresszió az Ego szolgálatában (adaptive regression in the service of the Ego): észlelési és gondolkodásbeli relaxáció képessége, amellyel párhuzamosan nő az Ego tudatossága a tudatelőtti és tudatalatti tartalmakat illetően; mennyire képes szabályozni az elsődleges gondolkodási folyamatot (fantázia) egy új konfigurációhoz vezetve (kreatív integráció), melyet ismételten a regresszió használatának köszönhetően a másodlagos gondolkodási folyamatok irányítanak.

H. Védekező funkciók (mechanizmusok): mennyire tudja használni védekező mechanizmusait adaptív módon, sikeresen, vagy pedig azok felmondják-e a szolgálatot akkor, amikor szorongás, depresszió van kialakulóban (defending --- coping?).

I. Ingerküszöb: a szenzoros modalitásokra hatást gyakorló külső és belső ingerek küszöbe, arra való érzékenység, azok regisztrációja; a szenzoros ingerek különböző szintjein található válaszok (reakciók) integrációja, szerveződése, adaptációja; a megküzdő mechanizmusok (coping mechanism) hatékonysága a szenzoros ingerek szintjeihez kapcsolódóan, s melyek megfigyelhetőek a motoros, affektív és kognitív viselkedésekben.

J. Autonóm funkciók: az elsődleges autonómia eszközei (figyelem, koncentráció, memória, tanulás, észlelés, motoros funkciók, szándék) károsodásától való szabadság; a másodlagos autonómia eszközei (viselkedésbeli problémák, komplex tanult készségek, rutin munka, hobbik, érdeklődési kör) károsodásától való szabadság. Pl. a gyerek a gyilkos ösztönzések elleni reakcióformációként kifejleszti önmagában a „gondoskodás” funkciót (1 éves korban), később ezen védekező funkcióra épülő stílusát semlegesíti, de-instinktualizálja /ösztön-teleníti/ s mint felnőtt társadalmi munkás, vagy hajléktalanokról gondoskodó egyén lesz.

K. Szintetikus-Integratív funkciók: kibékíti és integrálja a potenciálisan inkongruens, ellentmondó magatartásokat, értékeket, érzelmeket, önreprezentációkat (pl. különböző szerepek); az intrapszichikus és magatartásbeli történések aktív egymáshoz való kapcsolása (integrálása).

L. Ellenőrzés-Kompetencia: a személy képességeinek megfelelően aktívan ellenőrzi és befolyásolja környezetét; a személy kompetenciájának személyes átértékelése: a sikerre irányuló elvárások kivitelezése (érzi azt, hogy ő cselekszik és ő meg is teheti azt).

A védekező mechanizmusok általános jellemzői

Az ember tudat alatt igyekszik megoldani **intrapszichikus konfliktusait**. Ezek a konfliktusok a Self részei között alakulnak ki. A személy aztán igyekszik megoldani az **extrapszichikus konfliktusait is**: ezen konfliktusok az Én tudatosan felismert aspektusai és a környezet (mások, társadalom) között keletkeznek.

A mentális mechanizmusok az **Ego védekező műveletei**. Ezek a védekező mechanizmusok automatikusan alakulnak ki a pszichében, azért, hogy **elkerülje** a pszichikai fájdalmat, kellemetlen érzést és hogy az érzelmi konfliktusaira valamilyen **megoldást találjon**.

Az Ego védekező mechanizmusai (dinamizmusai) **jelen vannak a normál, egészséges pszichológiai funkciókban**, ugyanúgy, mint ez egészségtelen, patológikus jellegű pszichés működésekben. Az, hogy ezek a védekező funkciók normálisak-e vagy patológikusak, függ több szemponttól is: a. a személy **hogyan** használja azokat b. mennyire **hatásosak** pszichológiailag c. a teljes személyiség pszichológiai gazdaságosságát tekintve azok **konstruktívak-e vagy destruktívak**.

Tehát, a védekező mechanizmusok különleges védekező folyamatok, melyek működhetnek a tudat bevonásával vagy annak mellőzésével (tudatalattilag). Amikor működésbe lépnek, akkor automatikusan, tudatalattilag alkalmazzuk azokat, annak érdekében, hogy egy érzelmi konfliktust, fájdalmat, szorongást, érzelmi feszültséget „feloldjunk”, azokat elhárítsuk, kikerüljük, annak elejét vegyük, csillapítsuk. Ezen mechanizmusokat az Ego működteti, hogy a máskülönben tudatosan elviselhetetlen szituációval a rendelkezésére álló eszközökkel megküzdjön.

A védekező mechanizmusok pozitíve, konstruktíve is hozzájárulhatnak az érzelmi egyensúlyhoz, érettséghez. A **valódi problémák**, nehézségek akkor adódnak, amikor a védekező mechanizmusokat **túlzottan alkalmazzuk**, túlzó módon „**agyonfejlesszük**”. A társadalom is előnyben részesíti ezeket a védekező mechanizmusokat, sőt biztosítja a társadalmilag elfogadható, hasznos csatornáit (pl. a szublimációhoz, a „helyes mederbe való tereléshez”).

A védekező mechanizmusok „**túlzott**” alkalmazása **újabb mechanizmusokat** szül, s előbb-utóbb **szimptómák kialakításához vezet**. Minden szorongás vagy a szorongástól való félelem mozgásba hozza a védekező mechanizmusokat --- a védekező mechanizmus a maga módján megnöveli a szorongást --- a fokozott szorongás pedig a védekező mechanizmusokat erősíti fel (ördögi kör). Ez a negatív folyamat az Én bezárkózásához vezet, pszichopatológiát, neurótikus vagy karakterbeli reakciókat eredményez, mely legvégül strukturális, visszafordíthatatlan, fixált patológiához vezethet. Egy vagy több védekező folyamat a személyben annyira pervazív (szétterjedő, mindenütt jelenlevő) lehet, hogy az egyúttal „életstílusává” alakul. A patológikus védekező mechanizmusok egyik igen fontos jellemzője az, hogy amennyiben terápiára kerül sor ezen személyek esetében, nagy ellenállást (rezisztencia) tapasztalunk: jele annak, hogy nem akarja tudatába engedni, nem fogadja el mások meglátásait, tanácsait, észrevételeit.

A **konstruktíve használt** védekező mechanizmusok jellemzői: kevésbé tudatalattiak, nem annyira automatikusan jönnek mozgásba, fokozatosság jellemzi azokat.

A mentális konfliktusoknak 4 alapvető pillére van: vágyaink, tudatunk, az életünkben fontos személyek, és maga a valóság /ld. ábra 2. p.29. Vaillant/. A konfliktus alakul át „védekezéssé”, amikor a 4 összetevő valamelyikében hirtelen változás áll be. Az ilyen nem kompenzált, hirtelen

változás /pl. valakinek a halála/ szorongást, depressziót okoz, s mivel amíg ezen változáshoz képtelenek vagyunk „alkalmazkodni”, kognitív disszonancia alakul ki, s ezt pedig az Ego valamilyen módon helyre próbálja hozni, elviselhetővé akarja tenni, egészen addig, amíg az „alkalmazkodás” nem jön létre.

Konfliktusaink kialakításának egyik forrása, összetevője a **vágy**. Vágy alatt vagy helyett érthetünk ösztönöket, érzelmeket. A pszichoanalisták ezt id-nek, a fundamentalisták bűn-nek neveznék, a kognitív pszichológusok hot cognition-nak, az ideganatomisták pedig az agy limbikus zónájára és a hipotalamuszra tesznek utalásokat. Freud használja a libido kifejezést is, amely alatt több vágyat, ösztönzést ért (ez lehet nem csupán szexuális eredetű, hanem éhség, fájdalom, szomorúság, harag, függőség stb.). Mások affektusokat is használnak ezen összetevő elnevezéseként.

A konfliktusok másik forrása a **tudat**. A pszichoanalitikusok a Superego-t használják ennek jelzésére. Tudat alatt értjük nem csupán az apai és az anyai „figyelmeztetéseket”, hanem a társadalmunkkal, kultúránkkal, Én-ideáljainkkal való azonosulásunkat is. Viszont ezek nem csak gyerekkorban alakulnak ki, hanem egész életünkön keresztül fejlődnek, keletkeznek, változnak, formálódnak. Freud értelmezésében az Ego feladata a tudatunk és vágyaink, az id és a superego, az egyén szexuális ösztönei és az internalizált „viktoránus” tilalmak közötti közvetítés, egyensúlyozás.

A konfliktusok harmadik forrása az **emberek**, akikkel, de akik nélkül nem tudunk élni. Eklatáns példa erre egy általunk szeretett ember elvesztése. Vannak akikhez nagyon ragaszkodunk, viszont mégsem élünk velük együtt „békésen”. Lehet ez a főnökünk, akinek tetszését mindenképpen el akarjuk nyerni, de közben gyűlöljük őt, vagy egy „fekete bárány”, akit kihasználunk, de aki ha eltűnik a látóhatárról, az életünkéből, azonnal gyászoljuk, sajnáljuk. Az emberek nem csupán kint, rajtunk kívül léteznek, hanem magunkon belül is, azok „reprezentációt” magunkban hordozzuk /object relations/.

Konfliktusaink legutolsó forrása maga a **valóság**. A külső valóság sokkal gyorsabban képes változni a mi ahhoz való alkalmazkodási képességünkénél. Azt a tragikus valóságot, melyért egyáltalán nem vagyunk felelősek, nem csak hogy nem tudjuk megváltoztatni, vagy ahhoz rövid idő elteltével alkalmazkodni, hanem az destabilizálja testi-fizikai létünket is. Ezért van úgy gyakran, hogy azt a valóságot inkább torzítjuk. Az Egészségügyi Világszervezet felmérése szerint a leukémiás gyerekek édesanyái közül egyik sem képes elfogadni azt, hogy a leukémiában ne lenne valamilyen emberi „ok”, hogy ne lenne senki „felelős” annak kialakulásában: ezért van úgy, hogy ezen anyák vagy önmagukat vádolják vagy pedig a kórházat!

Az Ego feladata tehát az, hogy enyhítse, csökkentse az intrapszichikus konfliktust a védekező mechanizmusai által s visszaállítsa a pszichikus homeosztázist, egyensúlyt vagy ezen 4 forrás mellőzésével vagy torzításával. Ezen Ego-t illető feladat két irányú lehet: 1. a konfliktusok ezen „kiváltó-okozó” forrásait megváltoztatja (tagadja, torzítja a vágyat, az embereket, a valóságot, s a tudatot vagy ezek valamely kombinációját állítja elő. 2. a védekező mechanizmusok képesek megváltoztatni a konfliktusok kifejezését azáltal, hogy torzítja a szubjektum, a tárgy, a gondolat, az érzés vagy ezek valamely kombinációját (erre még visszatérünk a „gyűlölöm apámat” konfliktus kifejezésének variációival).

Még egy érdekes és nagyon fontos megkülönböztetés az érett és éretlen védekező mechanizmusok között: amíg az érett védekező mechanizmusok „békítőleg”, „megnyugtatólag” hatnak másokra, addig az éretlen, neurótikus védekező mechanizmusok olyan hatással vannak másokra, mint a „piros szín a bikára”! Erre jó példa Teréz Anya és Adolf Hitler közötti különbség. Mindkettőre rá lehetne fogni azt, hogy „altruisták” voltak, de mégis más módon. Teréz Anya nem volt házasság, leggyakrabban Hitler sem, egyik szegénység fogadalmat tett, a másik is elég egyszerű módon öltözködött s ráadásul vegetáriánus is volt. Teréz Anya a szegényekért áldozta föl magát, Hitler pedig a német nemzetért. A sok hasonlóság ellenére mégis nagy különbségek voltak, s főleg ha életük „következményeit” vesszük figyelembe. Mindkettő altruista volt, s használta a „reakció formáció” védekező mechanizmusát (nem a gazdagságban, hanem a szegénységben lelték örömeiket). Teréz Anya mind altruizmusában (ez is egy védekező mechanizmus) mind reakció

formációjában nem keveredik, cserélődik fel a Self és a Tárty valamint „mások” nem lesznek „eltorzítva”. Ugyanez nem mondható el Hitlerről. Hitler reakció formációjával és – nem altruizmusával – projekcióival leginkább dédelgetett „vágyait” a valósággal cserélte föl, úgy hogy azon vágyát nem ismerte fel (el) önmagában. Hitler el nem ismert vágyáért a zsidókat és a kommunistákat tette felelőssé; Teréz Anya inkább önmagát vádolta!

Példa A. – Zsófi esete

Zsófi 16 éves. „**Külső valósága**” a következő:Életéből eddig 12 évet katolikus nevelési közegben töltött, s kizárólagosan apácák oktatták. Fiukkal még sohasem volt randija, ezidáig még a kezét sem fogta fiuknak. Zsófi „**ösztönvilága**” a következő: 12 évesen volt az első menstruációja s már úgy 14 éves korától fogva endokrinológiailag szexuális érettnak tekinthető. Zsófi „kulturális valósága” így néz ki: már 8 éves korától fogva egészen 16 éves koráig magáévá tette az apácák felfogásmódját, katolikus identitása ugyanúgy része, mint ösztönvilága. Zsófi „interperszonális valósága” pedig így fest: legutóbbi hónapokban egy egyházi projekten dolgozik munkatársként s szerelmes lett az egyik munkatársába, egy 18 éves fiúba. Mivel Zsófi társas viszonyaiban is érett, ezért nem kíván holmi, gyerekes szerelmi kalandokba bocsátkozni, hanem szeretne inkább érzelmileg is elkötelezett életet kialakítani. Ami zavaró tényező, az a következő: a fiú, akibe szerelmes lett, szexuálisan érett, „tapasztalatai” vannak, míg Zsófi naív.

Kérdésünk: Zsófival mit lehet tenni, hogy vezessük őt át ezen a hosszú nyári vakáción úgy, hogy ne váljon se depresszióssá, se pedig szorongóvá? Zsófi katolikus tudata (superego) konfliktusba kerül a türelmetlenkedő biológiai életével (id), az ismét konfliktusba keveredik az ő tapasztalatlanságának valóságával (külső valóság), s az pedig ismét konfliktusba kerül fiú belső, intim „elvárásaival” (emberek)! Ha ennek a fiatal, kamasz lánynak az Ego-ja nem közvetítene, úgy a konfliktus kikerülhetetlen lenne. Valamilyen „adaptív” ön-bechapás formája nélkül valószínűleg depresszióba kerülne vagy szorongások lépnének fel. A depresszió és a szorongás hozzátartozik minden közönséges ember életéhez akik nap mint nap megtapasztalják a konfliktusokat és a változásokat. Zsófi életében az érettségéhez, fejlődéséhez hozzátartozik a konfliktus és a változás. Zsófi Ego-jának igazi feladata a hosszú nyári vakáción az, hogy ne legyen túl szorongó vagy túl depressziós. Hogy ezt elérhesse, valamelyest be kell önmagát csapnia: ezért van szüksége védekező mechanizmusokra!

Mielőtt részletesen tárgyalnánk Zsófi esetén keresztül a védekező mechanizmusokat, melyeket 3 csoportba oszthatnánk: 1. az első egy kognitív, tudatos megküzdő stílus: apja elküldi őt vakációra Európába (távolra el az USA-tól). A baj ezzel a megküzdő stílussal, hogy túlságosan luxus, költséges, s másrészt, nem biztos, hogy Európában Zsófi nem lesz depressziós vagy szorongó! 2. Társak, más emberek segítségének igénybevétele: Zsófi tanácsért fordulhat egy jó baráthoz, egy paphoz, egy pszichológushoz. Ha valaki nekünk kezet nyújt, segít, általában biztonságosabbnak, kevésbé depressziósnak, szorongónak fogjuk magunkat érezni. De ez is luxus: kevés a jó tanácsadó, s nem is lehet hozzájuk bármikor fordulni, s nincs rá garancia, hogy Zsófit ők tényleg megértenék. 3. Alkalmazkodó önámítás, azaz a védekező mechanizmusok használata.

Védekező mechanizmusok Zsófi esetén keresztül

A. Pszichótikus védekező mechanizmusok:

A legfontosabb jellemzőik, hogy a külső valóság észlelését gyökeresen megváltoztatják. A reality testing mindig sérül. Felnőtté válással, növekedéssel ezen mechanizmusokat a gyerek elhagyja.

1. Téveszmés (önámító - delúziós) projekció: Ha Zsófi ezt a védekező mechanizmust használná, akkor valószínűleg elmenne a paphoz, s arról szeretné őt meggyőzni, hogy az ördög lézersugarakkal zaklatja neki szervét. Az ettől való félelmében bezárkózik saját szobájába, mivel segítség nélküli áldozatnak érzi magát az őt üldöző sátáni erőtől. Papja elküldi őt a pszichiáterhez, aki Zsófinál skizofréniát állapít meg. Gyermekkorunkban ezek a téveszmés projekciók normálisak, mindennaposak: rémálmaink lehetnek, a mesék világát fantáziánkban ismételten átélhetjük...de később ezen bizarr magatartásunkat elhagyjuk. A téveszmés projekcióban a belső konfliktusok externalizálódnak, külső, adott valóságnak fogjuk fel őket.
2. Torzítás: Ha Zsófi torzítana, akkor mindenkinek azt próbálná elmesélni, amit ő egy híres roksztártól hallott, aki valamilyen ajánlattal lepte meg őt. Ugyanis a televíziót nézve, sőt egyes újságokat olvasva azt vette ki, hogy ez a roksztár szerelmes belé. Zsófi ugrált örömeiben, azonnal átlátszó, provokáló fehérneműt húzott s rengeteg óvszert vásárolt meg. Ebben az izgalmában szinte el is feledkezett igazi, valóságos barátjáról. Ennek a védekező mechanizmusnak előnye az, hogy az elképzelt személy elérhetetlen, s Zsófinak nem kell szembesülnie a szexuális élettel. Ez a védekező mechanizmus is normális a gyerekkor mindennapi életében. Hányszor történik meg az, hogy a kisgyerek a meghalt macskát visszavárja vagy pedig valaki (vallásosan is) azt hiszi, hogy hite meg fogja őt szabadítani egy a jövőben bekövetkezendő katasztrófától. A torzításban a személy fuzionál egy másik személlyel. Hallhatja az angyali, indíttatásokat sugalló hangokat (pl. Hamlet apjának hangját). Viszont ez a hallucináló fúzió különbözik a skizoid fantáziától abban, hogy a skizoid csupán „elképzeli” a halott apjával való beszélgetést. A fantáziában a vigasztalás a személy bensejében, fejében van; a torzításban a vigasztalást a külvilágban, önmagán kívül találja meg.
3. Pszichotikus tagadás: Zsófi teljesen mellőzni barátja létezését. Zsófi elmegy mellette az utcán, de ő úgy tekint rá, mint valami teljesen idegen férfira. Sőt azt, is megteheti, hogy gyászol halála fölött érzett bánatában, s feketébe öltözködik. A tagadás szó szerint „eltünteteti”, megszünteti a külső valóságot. A represszióval ellentétben, a tagadás inkább a külső, mint a belső valóság észlelésére van kihatással. A pszichotikusan „vak” a dolgokban jár-ke; a hiszterikusan vak inkább a dolgok körül. A neurótikus tagadás (vagy disszociáció) csak átalakítja a belső fájdalmas érzések szubjektív értelmezését; a pszichotikus tagadás nem veszi tudomásul a külső fájdalmas ingereket. A skizofrén embernek a szívinfarktusa fájdalommentes, senki nem észlelné; a disszociáló bátor férfi, csak azután mondja, hogy semmi fájdalom nincs, miután a kórházi kezelésnek vége van, azaz nem tagadja azt, ami szívinfarktusa alatt történésben volt, hanem csak azután tagadja. A tagadás védekező mechanizmusát itt nagyon szűk értelemben használjuk, hiszen minden védekező mechanizmus jellemzője a tagadás: a szűk értelmezése szerint a személy a külső realitást, valóságot tagadja. Fantáziában mi is gyakran használjuk a tagadást: álmodozásainban egy meghalt kedves személy élővé válhat. A pszichotikus tagadásban viszont ennek a személynek a skizofrén ember meg is teríti a reggelihez az asztalt. Ha valaki kedves személy meghal, legelső ösztönszerű disszociációnk, felkiáltásunk ez:”ez nem lehet igaz, nem hiszem el!” s ez a jellegű tagadás csak rövid ideig tart; ezzel szemben a skizofrén ember tagadása napokig eltarthat. Röviden, a tagadás a külső valóságot mellőzi (Zsófi barátja „halott”); a torzítás a külső valóságot vágyainkhoz illesztve átalakítja (Zsófi barátja egy elérhetetlen, megközelíthetetlen roksztárrá válik); a delúziós projekció a külső valóságot tudatunkhoz illesztve alakítja át (nem én vagyok az, hanem az ördög teszi velem).

B. Éretlen védekező mechanizmusok.

Jellemzi őket (a disszociáció kivételével), hogy irritálják a másik személyt, mások zavarónak érzik ezeket. Képesek arra, hogy az azokat használókat erősen kössék, láncolják a tárgyhoz (mások bőre alá bújjanak). Ezáltal a használójának segít abban, hogy azt az illúziót keltse önmagában, hogy interperszonális kapcsolatai állandóak, ragaszkodnak hozzá s ő is kötődik másokhoz (ezen mechanizmusok kettőssége). Ezen mechanizmusok főleg a kamaszkort jellemzik, hiszen kétarcúak: védelmet is keresnek a szülőktől, de el is akarnak szakadni tőlük, de ez a kettőség leginkább a szülőket irritálja. Aztán ezen védekező mechanizmusokat terápiában lehet kezelni.

1. Projekció: Zsófi elviselhetetlen, szorongást keltő érzéseit barátjára vetíti ki. Igyekszik megmagyarázni barátnőinek, hogy „ezek a férfiak állatok, s csak a szex érdekli őket, semmi más, s már látásukkal is levetkőztetik az embert”. Ezek a gondolati folyamatok megvédik Zsófit attól, hogy felelősséget vállaljon belső érzéseit illetően, viszont mind a szexuális „gondolatot”, mind annak „érzését” a tudatban megőrzi. A pszichotikus védekező mechanizmusokkal vagy annak ötletével szemben, hogy Zsófi Európába menjen el nyaralni, a projekció nem ad megerősítést Zsófinak abban, hogy a vele konfliktusban található személytől pszichológiailag elszakadjon. Még akkor is, ha kijelenti, mennyire utálatos ez a barátja, mégis hisz abban, hogy szemeivel éppen őt mustrálgatja, „figyelgeti”. A paranoiás ember soha sincsen egymagában! Az FBI által üldözve érző adócsaló azt tudja, hogy legalább valamilyen „listán” szerepel, valahogyan „számolnak” vele. A projekcióban a szubjektum tárggyá, a tárgy szubjektummá vált át. A projekció az önmegvetést előítéletté, a szerelmes érzelmeiben való bizalmatlankodást pedig az intim közeledés elutasításává alakítja át. Mert ha mi szeretünk valakit, akkor önmagunkat ezáltal „sebezhető tesszük ki”, s ha sebezhetőek vagyunk, akkor valaki minket meg is szégyeníthet...tehát Isten ments attól, hogy szívünk legbensőbb érzéseire felelősséget vállaljunk! A projekció, mint minden éretlen mechanizmus jellemzője, hogy zavarja a másikat, a másik „bőre alá bújik”, pl. gondoljunk a beteges féltékenységre! A projekció különbözik az „áttolástól” (displacement) abban, hogy a projekcióban a tárgy cserélődik a szubjektummal, addig az áttolásban a tárgy csupán kevésbé „fenyegetővé” válik, csökken szorongást kiváltó hatása.
2. Fantáziálás: Zsófi nyíltan kijelenti vallásos meggyőződését és egész nyári vakáció idejére visszavonul szobácskájába. De mit is tesz a szobájában: állandóan nézi a barátjának fényképét, sőt szerelmes versek írásába is belefog (persze ezeket nem fogja neki elküldeni). Sőt kezébe kerül egy Kama Sutra könyv is, amit szívesen el-elnézeget. Bár nem ment el Európába, azért mégsem érzi magát egyedül, szomorúan...vágyaitól való fantáziálása még büntudatot sem vált ki belőle (nincs szükség démonok közvetítésére sem). A skizoid fantáziálás az autisztikus visszavonulás révén segít a konfliktus feloldásában, sőt gratifikál is. Fantáziánkban nyugodtan, bátran szembeszálhatunk az oroszlanokkal, s barátunknak is jól megmondhatjuk azt, amit róla, vele, felőle gondolunk. A fantáziálásban a legfontosabb: tartsuk távol a tényleges embert attól, hogy gondolkodásunkba behatoljon. Eddig meg nem történt, ki nem elégített vágyainkat is nyugodtan elfantáziálhatjuk...A szubjektum, tárgy, gondolat és érzés a tudatban marad, a fantáziáló személy fejében. A fantáziálás arra is szolgál, hogy eltöröljük az agresszív, a függő, a szexualitással kapcsolatos ösztönzések mások felé irányuló nyílt kifejezését. Titokban minden bűn, minden szenvedély megengedett! Mivel a skizoid fantáziálás nem externalizálja a konfliktust, különbözik a projekciótól. A projekcióban érzéseinket, konfliktusainkat a külvilágba helyezük át. A skizoid fantáziálásban csak „elképzelt” kapcsolatok vannak. A pszichotikus tagadással ellentétben a skizoid fantáziálás esetében nem hiszünk egészen abban, ami fantáziánkban „lezajlik” s nem ragaszkodunk mindenáron ahhoz, hogy annak

megfelelően, annak sugallatára „cselekedjünk”. Különbözik az „izolációtól” is, mert a fantáziálásban nem csupán limitáljuk az emberekkel való viszonyunkat, hanem azt ki is zárjuk teljesen. Éppen ezért van az, hogy a fantáziáló ember belső érzelmi és interperszonális viszonya gazdagabb, mint a kényszeres betegé, aki gyakran használja az izolációt.

3. Hipochondriasis: Zsófi, miután barátja kezdeményezésére több alkalommal is együtt mentek a moziba filmet nézni, erős fejfájást érez. Hányingere van, sőt a fény is erősen zavarja. Ezért a mozi után gyorsan haza kell szaladnia. Erről gyakran panaszkodik anyjának is, de sohasem említi meg neki azt, hogy „szerelmes”. Zsófi teljesen elfeledkezik az intimitással kapcsolatos „konfliktusáról”, viszont barátjával érezteti azt, hogy ennek a „fejfájós” állapotnak mennyire ő is felelőse, előidézője: olyannyira, hogy minden „rosszullét” után felkeresi őt a betegszobában, vagy a kórházban. A hipochondriasis alatt rejtett szemrehányás húzódik meg: a hipochonderek segítség-elutasító-panaszkodók! Különleges képességeik vannak arra, hogy pontosan azzal szemben panaszkodjanak, akik segítségükre sietnek: annak kezeit harapják meg, akik segítséget szeretnének nyújtani számukra. A hipochondriasis ritkán, vagy sohasem közöl „tényleges”, valós fájdalmat. A hipochonder először a mások irányába történő szemrehányást – mely származhat agresszív vagy fájdalmas ösztönzésekből – ön-becsmérléssé, majd azt a fájdalmak, szomatikus betegségek, öngyilkossági aggodalmaskodások, neuraszténia „siránkozássá”. A hipochonder keresi a hallgatóságot, számára egy lakatlan sziget nem lenne megfelelő hely. Még a legkedvesebb, legilletudóbb orvos is megutálja a hipochondert, s a hipochonder sohasem érti ennek a „miértjét”. Ennek oka az, hogy a hipochonder elfogadhatatlan elrejtett – tudatalatti - haragja a róla gondoskodó „tudatos” terhévé alakul át. A hipochondriast gyakran társítják az introjekcióval: a fenyegető, ambivalens tárgy vagy a hirtelen hiányzó személy „belül” válik észlelhetővé.
4. Passzív-Agresszió: Zsófi, hogy megszerezze azt, amit (akit) szeretne, sok mindenre képes. Kötekedhet barátjával vagy untathatja őt. Állandóan elkéshet a randiról vagy pedig hirtelen megváltoztathatja a találkozás időpontját. Vagy, ha attól tartana, hogy esetleg sokáig kellene barátjával együtt lennie, egészen késő éjszakáig, akkor úgy dönt, hogy fokhagymát eszik előtte és nem mos fogat. Ha barátja azt mondja, hogy Zsófi önmagát bökdöste (mazochizmus) vagy hogy nagyon durva volt, ahogy vele viselkedett (szadizmus), akkor ezen Zsófi csodálkozna. Valójában ugyanis a mazochizmus nem a szadizmus ellentéte. Így az öngyilkos sem önmagát bünteti csupán, hanem a másikat is. Gandhi bár böjtölt, de azzal Angliát büntette meg, s megszabadította Indiát az angoloktól. A passzív-agresszív magatartás mindennapos lehet életünkben: elfutni vagy keményen fellépni része lehet az udvarlási szertartásnak. A kamaszok a függőségre, intimitásra vágyván, kötekednek, piszkálódhatnak egymással, hergelik egymást. Még akkor is, ha a kötekedés fájdalmas, mégis „köt”, összekapcsol. Mindent megtesznek a figyelemfelkeltés érdekében: hibáznak, hizelegnek, betegséget szimulálnak, provokálnak. Legjobb kapcsolat az, ha éreztetem a másikkal, hogy nem tudok létezni se vele, se nélküle. A kamaszok élete milyen is lenne, ha nem tudnák a hivatalos szervek képviselőit vagy a szülőket provokálni. A bohóckodás arra nyújt lehetőséget, hogy ne legyünk felelősek egy kompetitív szerepért vagy hogy ne áruljuk el szomorúságunkat. A passzív-agresszió különbözik a hipochondriasisától, a reakció-formációtól és az altruizmustól. A passzív-agresszív a jelenben büntet másokat, s ő is a jelenben szenved gyakran a konfliktus miatt (Zsófi jelen, mostani barátját bünteti); a hipochonder inkább régi, múltbeli dolgokat elevenít fel, s szemrehányásai befogadója gyakran ártatlan (Zsófi anyja, s nem pedig barátja hallgatja panaszait). A reakció-formáció esetében az azt

alkalmazó szenved, de a tárgy legalább kienyhül, megbékül; a passzív-agresszióban a személy a torta nagyobb részén túltesz, s igazából a befogadót bünteti leginkább. A reakció-formáció jutalmazza, a passzív-agresszió bünteti a tárgyat. Az altruizmus különbözik mind a passzív-agressziótól, mind a reakció-formációtól abban, hogy a tárgynak sokkal nagyobb, fontosabba szerepet tulajdonít: az altruista ha tízszer is elejti a tortát, tízszer visszatér és öjből elkészíti. Az empatikus szakács olyan aki maga is meghízik, s mindenki kedveli őt úgy, hogy a legnagyobb tortaszeletet mindig oda fogja másoknak ajándékozni. Teréz Anya úgy nyer Nobel-díjat, hogy egyszerre mindent a szegényeinek fog odaajándékozni. Az altruista self-tárgy összekeverése mindkettő számára boldogságot, örömet okoz.

5. Acting-out: Zsófi amíg mellőzi a valamikor komolyan vehető barátját, érthetetlen módon a helyi futballcsapat 4 tagjával szexuális „kalandokba” bocsátkozik. Gyerek is születik később, akit „valahova” el kell helyezni. Zsófi ismerősei, tanárai, papja értetlenül áll a történetek előtt; barátja átkozni fogja a nőket, Zsófi viszont nem fog önmagában megtapasztalni se szexuális izgatottságot, sem pedig büntudatot. Az acting-out olyan magatartás, amely mellőzi a tudatos reflexiót. A tényállás az, hogy Zsófi ego-ja olyan tudattal való szembesüléstől szabadítja meg őt, amely elviselhetetlenebb lenne a tudat számára, s amelynek fájdalmát a tudat már el sem viselné. Sok gyermekeket bántalmazó úgy viseli el az őt gyerekkorában ért ütések fájdalmaitól, hogy ő is gyerekeket ütleget, bántalmaz, molesztál. Úgy is definiálhatnánk az acting-out-ot, mint egy tudattalan vágy vagy ösztönzés direkt kifejezését annak érdekében, hogy az érzelemtől való tudomásulvételt, s az azt kísérő fájdalmas gondolatot elkerüljük. Legtöbbször az acting-out tárgya – esetünkben a 4 játékos – nem-specifikus, anonim. Az acting-out szinte sohasem arra a személyre irányul, akivel kapcsolatunk van, akire mérgesek vagyunk. Annyira gyorsan zajlik le, hogy a személynek szinte ideje sincs rá tudatosan gondolni, képtelen szenvedélyeit tudomásul venni. Se a konfliktusteli érzélem, se a büntudattal terhelt gondolat nem jut el a tudatig. Öntudatlanul átadván önmagunkat az ösztönöknek, elkerüljük a frusztrációt, a tudatosságot s a rágódást és töprengést. Az acting-out éppen ellentétje a reakció-formációnak: az acting-out-ban az ösztöneinknek teljesen szabad utat biztosítunk (szex, kábítószer, zene) s a tudatosságot abszolúte kizárjuk. Az acting-out különbözik az „áthelyezéstől” (displacement) az acting-out-ban az inger a kevésbé intim kapcsolatokra irányul, de annak ereje, vehemenciája mégsem csökken: az acting-out-ban többnyire vehemensebben cselekszünk annál, amit gondolunk, ahogyan vélekedünk; az áthelyezésben tenisz-szetben fogjuk megverni (megölni) apánkat, de úgy hogy túlélje azt, hiszen szeretetére még szükségünk lesz. Az acting-out különbözik az izolációtól is: bár mindkét védekező mechanizmusban az ösztönzést, impulzust nem „érezik”, az acting-out-ban még „gondolati” szinten sem jelenik meg. Az acting-out esetében a gyilkos nem aggódik sem a gyilkosság alatt, sem előtte; az izolációban – bár gyilkos készletesei vannak – állandóan aggódik, s nem fog gyilkosságot elkövetni.
6. Disszociáció (neurótikus tagadás): Zsófi valami „jó erőset” (kóktélt) iszik, s félelem nélkül ágyba fog bújni barátjával. A disszociáció mechanizmusával a fájdalmas érzelmeket és gondolatokat kellemesekkel tudjuk helyettesíteni. Megengedi számunkra, hogy tudatunkat disszociáljuk, leválasszuk valódi énünktől. Ezt tudatosan is megtehetjük, azaz akarattal elmenekülhetünk a fájdalmas érzések, gondolatok elől. Csupán a minket büntető „tudatunkat” kell valahogyan megváltoztatnunk, „lezsibbasztanunk”, hipnotizálnunk. A disszociáció a depressziót és a szorongást a „figyelmetlenség” által oszlatja el. A disszociáció révén a hegymászó félelme „örömforrássá” válhat. A disszociáció különbözik a pszichotikus tagadástól: nem a külső valóságot tagadja, hanem a belső valóságot. Eltér a

repressziótól is abban, hogy nem csupán átalakítja a érzelmet, hanem ugyanakkor a fájdalmas gondolatot is elűzi. Eltér az acting-out-tól is: az acting-out-ban a „áthelyezett” tárgyat nem kímélik; a disszociációban bár mellőzik a tudatot, ugyanakkor azt, ami veszélyes „átalakítják” játékossá, könnyeddé. A disszociáció nem mellőzi a tárgyat, de megváltoztatja a szubjektumot. Különbözik a reakció-formációtól is: a gondolat-érzés-komplexumot valami „mássá”, játékossá, figyelmetlenséggé alakítja át; a reakció-formációban a gondolat-érzés-komplexum éppen hanyatt-homlok egyenest az ellenkezőjébe fordul. A reakció-formáció tagadja a vágyat, az acting-out tagadja a tudatot, a disszociáció mindkettőt tagadja.

C. Neurótikus védekező mechanizmusok:

Ezen mechanizmusok inkább „privát” jellegűek, már nem annyira zavaróak mások számára. Ha le szeretnénk egy hasonlattal egyszerűsíteni a különbséget, mondhatnánk: amíg az éretlen védekező mechanizmusok a „kapcsolatokkal” bűvészkednek, addig a neurótikus védekező mechanizmusok a „gondolatokat” és „érzéseket” mágikusan átrendezik. Nem kívánják védekezéseikbe annyira bevonni a másikat, nem kívánják „ellenőrizni” a kapcsolatokat. Egy másik érdekes jellemzői, sőt előnye, a neurótikus védekező mechanizmusoknak, az, hogy már „közelebb” vannak a valósághoz, az „önámítás” nem akkor nagy, a személy már önmagát is kezdi felelősnek érezni konfliktusaiért. Ezen neurótikus védekezések nem a mindent-vagy-semmit elven működnek, hanem már kompromisszumokat képesek kötni.

1. Áthelyezés (áttolás – displacement): Zsófi „elkalandozik”, s érzelmeit inkább – barátja helyett – egy kedves lovacskába „fekteti be”, vagy pedig egy sokkal éretlenebb, szeleburdibb, bohóckodó s jóval fiatalabb fiúcskába, ezzel nagy megkönnyebbülést okozva édesapjának. Egy veszélyes, szexuálisan tapasztal fiúról mind a gondolatait, mind pedig az érzelmeit „leválasztja”, s azt áthelyezi, visszacsatolja azokat (gondolat + érzélem) egy sokkal semlegesebb szeretet-tárgyra. A terápiában is használjuk ennek az áthelyezésnek egy variánsát, a transzfertet: a pszichoterápiában a kliens előző szeretett vagy gyűlölt tárgyait (személyeit) áthelyezi a terapeutára. A karikatúrában, a paródiában, a viccelődésben – s olykor az előítéletekben - szintén az áthelyezést alkalmazzuk. Az áthelyezés különbözik a projekciótól: az áthelyezésben csupán a gondolat-érzelem-komplexus iránya változik meg; a projekcióban a komplexus tulajdonosa változik. Az áthelyezés gyakran megjelenik a különböző fóbiákban.
2. Izoláció (intellektualizáció): Zsófi arról dönt, hogy tudatosan, „csak-azért-is” elveszti szüzességét. Mechanikusan teszi, amit tesz, öröm nélkül, de legalább a szorongása megszűnik. Az izolációban az érzélem leválik a gondolattól. Az izoláció révén dolgozunk ki olyan rituálékat, melyek segítségével elvégzünk egy lábamputációt vagy megszervezzük egy közeli, általunk szeretett hozzátartozó temetését, anélkül, hogy érzéseinket kifejeznénk. Nagy erőfeszítést követel az izoláció annak használójától, hiszen fejében a fájdalmas gondolatot képes feketére-fehérre szétválasztani, mindent szürkének láttatni, anélkül, hogy az érzelmek abba valamiféle „szint” is belevinnének. Az izoláció lehetővé teszi számunkra, hogy az ösztönös vágyainkat formálisan, „fogalmakban”, elvontan, intellektuálisan, érzélemmentesen kezeljük. Lehetővé teszi azt, hogy figyelmünket az „élettelen” részletekre fordítsuk az „élő” helyett, a jelentéktelen részletekre összpontosítsunk azért, hogy a belső érzelmek „felismerésének” elejét vegyük. Ezt a védekező mechanizmust szükségképpen használják ugyanúgy a sebészek, mint a pszichoanalitikusok: nem szabad, hogy az érzelmek „felülkerekedjenek” rajtuk. Az

izoláció egyik altípusa az undoing (meg-nem-csinálás, meg-nem-történte-tevés). Az undoing kifejezi a vágyat, de aztán azonnal tagadja is. Ilyen például a „lekopogás”: „lekopogom, ebben az évben még nem kellett orvoshoz mennem”. Először büszkék vagyunk tehát egészségünkre, de rituálisan megteremtjük ugyanakkor annak a lehetőségét, hogy megbetegedhetünk. Az izoláció gyakran átmehet áttevessé.

3. Represszió (elfojtás): Zsófi „provokatív” jellegűen öltözködik fel, „romantikus” hangnemben beszél, s lehet, hogy szexuális „ajánlatot” tesz barátja felé. Miért? Azért, mert a gondolat sohasem merült fel benne! A parfümje, a ruhája, mindene „betölti” a szobát, mindenki furcsának találja azt, ahogyan viselkedik, csak Zsófi számára marad minden úgy, mintha semmi különös dolog nem történne. A represszióban az érzelmek „mindent betölt”, mindenhol jelen van, csak az ahhoz társuló gondolat hiányzik, mert az el van fojtva. Ilyen tipikus represszió a felejtés is. Viszont a represszív felejtés is különbözik a nem védekező jellegű felejtéstől abban, hogy a represszió tudatosság-hiányát gyakran mesészerű szimbolikus magatartásformák kísérik (pl. Zsófi parfümhasználata, miniszoknyája stb.). A represszió különbözik mind a disszociációtól, mind pedig a reakció-formációtól abban, hogy az elfojtott „gondolatot” kísérő érzelmek a tudatban marad. Eltér az izolációtól is: az elfojtás a tudatból a gondolatot zárja ki, nem az érzelmeket. A repressziót használó hiszterikus egyén bár hallja a zenét, a szavakra egyáltalán nem emlékszik; az izolációban a kényszeres személyiség csak a szavakra tud gondolni, de a melódiára nem tud emlékezni.
4. Reakció-formáció: Zsófi kijelenti barátjának, hogy a szex az eleve rossz dolog, s hogy barátja jobban szeretné őt akkor, ha Zsófi „tisztá”, makulátlan, szűz maradna. A reakció-formációban mind a gondolat, mind az érzés „fejben” van, csupán azok értéke vált irányt: a fehérből fekete lesz, a vágyból annak ellentétje. A szexualitás azért rossz, mert annyira örömteli is egyúttal! A reakció-formáció segít bennünket abban, hogy gyűlölt riválisunkat is szeressük, az unalmas, kellemetlen munkát kedveljük, szívesen végezzük. Aki a reakció-formációt sikeresen alkalmazza, abból erkölcsileg magas szinten élő személyiség válik (ápolónők, rendőrök, felszolgálók). Viszont a reakció-formációnak van negatív oldala is: az intim kapcsolatokban gyakran „boldogtalanságra” vezethet. A reakció-formáció különbözik az altruizmustól abban, hogy a reakció-formáció kevés „örömet” okoz. A reakció-formáció önámítása, tagadása is más, mint a disszociációban: a disszociációban eltereljük figyelmünket, sőt mellőzzük a belső érzelmeinket, a reakció-formációban mindenre odafigyelünk, csupán annak értékét cseréljük meg, változtatjuk át. Különbözik a pszichotikus tagadástól is: a külső világot nem mellőzi, csupán annak „értékét”. Nem az van, hogy szexualitás az nem létezik, hanem hogy a szexualitás az valami „piszkos” dolog. A reakció-formáció eltér a projekciótól is: bár elátkozza az ösztönzést, de mégis felelősségteljesen él „vele” együtt; a projekcióban a felelősséget átrakjuk a szubjektumról az objektumra. A reakció-formáció adaptívabb, mint a projekció: a paranoiás inkvizitor elégetteti a boszorkányokat az „átkozott szexuális életük” miatt, de úgy alszik, hogy közben mindenféle csábító kísértés éri, ezért rosszul alszik; a reakció-formációt használó aszkéta jól alszik, s elítéli „saját” szexualitását.

D. Érett védekező mechanizmusok:

A érett védekező mechanizmusok jellemzője, hogy inkább „szintézisre” törekednek: nem úgy, mint a represszió, amelyben mellőzik a gondolatot, vagy az izoláció, melyben az érzelmeket mellőzik, vagy a projekcióban, melyben a szubjektumot mellőzik, vagy az áthelyezésben, melyben a tárgyat

mellőzik! Az érett védekező mechanizmusok „egyensúlyra” törekednek a szubjektum, a tárgy, a gondolat és az érzelmek között. Nem úgy, mint az acting-out, mely mellőzi a tudatot, vagy a reakcióformáció, mely mellőzi a vágyat, vagy a pszichotikus védekező mechanizmusok, melyek mellőzik a valóságot. Az érett védekező mechanizmusokban elegáns egyensúly található meg a 4 konfliktusforrásnak: valóság, emberek, tudat, vágy egymással harmóniában vannak, integrálják a 4 forrást, az önámítás nem szorul magyarázatra, s nem kell terapeutikus kezelést sem alkalmaznunk.

1. Altruizmus: Zsófi kolostorba vonul, jelölt lesz, s arra törekszik, hogy Krisztus menyasszonya legyen. A kolostorban szívesen elvállalja a gyerekekkel való foglalkozást (ovódában): ha neki nem is lehetnek gyerekei, azért játszhat velük és szeretheti őket. Az altruizmusban azt megejtjük, amit mások tennének esetleg meg velünk, nekünk. Az altruizmusban – ellentétben a reakció-formációval – a Self részben kárpótolt, gratifikált. A reakció-formáció aszketizmusát az altruizmus enyhíti, örömet, kedvtelést ad hozzá. A passzív-agresszióval ellentétben az altruizmusban a személy megáldva, boldognak érzi önmagát, nem pedig „szenvető alany”. A projekcióban helytelenül, de a személy bűneit a tárgynak tulajdonítják; az altruizmusban a szubjektum szükségleteit korrekt módon a tárgynak tulajdonítják (...mint én, ő is rászorul segítségre...nekem is jól esne, neki is jól esik, ha...). A projekcióban önmagunkat az öngyűlölet áldozatává alakítjuk át; az altruizmus számunkra még nagyobb önhatékonyt, teljesítményt biztosít. Ha egy paranoiás egy gazdag ember házára tekint, akkor magáról azt véli, hogy őt „csak jól kihasználták”, s hogy ők az a gazdag mennyire nagy, ő pedig mennyire jelentéktelen valaki; Zsófi Nővér pedig ebben a nagy házában segít a szegényeknek s önmagát szerencsésnek tartja, elégedett sorsával.
2. Szublimáció: Zsófi egész nyáron egy forgatáson vesz részt, melyet a plébánián szerveznek s mely Rómeo és Júlia musical-jének keresztény átiratát próbálgatják. A repressziós Zsófi használja a parfümöt, s provokatív vörös színű öltözetben jelenik meg, s fenntartja azt a gondolatát, hogy a szexualitásra, mint ilyenre sohasem gondolt. A szublimáló Zsófi is használ parfümöt, provokatíve öltözködik, de a szexualitás érzése és gondolata örökké vele marad. A szublimáció munkába fogja és mederbe tereli érzéseinket. A szublimációban az érzéseket nem rejtjük el, nem színleljük. Zsófi a színpadon megcsókolja azt az embert, akit szeret: a szublimáció megengedi az ösztönök nem-direkt vagy csökkentet fokozatú, enyhébb, finomítottabb változatú kifejezését a lehetséges ellentétes következményei vagy az örömezés elvesztése nélkül.
3. Szupresszió: Zsófi tudatában marad mind katolikus nevelésének, mind pedig feltörő vágyainak, mind a másokhoz való ragaszkodás erejének, mind pedig tapasztalatai korlátosságainak. Bár valamelyest szorongva, lassacskán mégis fejlődik: a kézfogástól fokozatosan eljut a csókolózásig. A szupresszióban megvan azon képesség, hogy megtartja mind a gondolatot, mind az érzést, s a személy pedig türelmesen vár. Képes dönteni afelől, hogy egy ösztönre vagy konfliktusra való figyelmét későbbi időpontra kitolja, átrakja. Freud szerint is az érettség jele az, ha valaki a gratifikációt későbbi időpontra képes áthelyezni, kitolni. A szupresszió eltér a repressziótól: a szupresszióban emlékezünk a konfliktusra.
4. Megelőzés (anticipation): miután Zsófi találkozott barátjával, elkezd aggódni. Felteszi önmagában a kérdést: mit is kedvelek annyira ebben a fiúban? S mi lesz akkor, ha engem legközelebb meg szeretne csókolni? Sejtje, hogy a következő találkozó ölelkezése bár izgalmas lehet, de ugyanakkor büntudatot is ébreszthet benne. Zsófi megelőzi azt, ami fog történni: nem lesz meglepve, s nem is fog elszaladni. A megelőzésben egy jövőbeni kellemetlen helyzetre készülünk

realisztikus és érzelemteljes „tervezés” által. Előre aggódunk, az aggodás előre vetítjük önmagunk számára. VI. Mithriadesz király sejtette, hogy meg fogják mérgezni, ezért úgy védekezett, hogy nap mint nap egy kis dózis mérget megivott, hogy védekezzen, s hogy tollerálja majd a mérgezést. Hasonló dolog történik akkor, amikor hosszú utazásra készülünk, s egy listát állítunk össze arról, hogy mit vigyünk majd magunkkal. A megelőzés viszont különbözik mind az izolációtól, mind pedig az intellektualizációtól: a megelőzésben többről van szó, mint kognitív tervezésről, listaállításról. A megelőzésben nem csak gondolunk, de át is érzünk, érzelmileg is előkészülünk. Különbözik a fantáziálástól is: nem álmodozásról van szó, hanem realisztikus aggodásról.

5. Humor: mint a szupresszió, megelőzés, a humor is fejben tartja a gondolatot, érzelmet és tárgyat. A humorban kifejezhetjük érzelmeinket kellemetlenség érzésének vagy „leblokkolásnak” kísérete nélkül, s ráadásul úgy, hogy azzal másoknak örömet, kellemes érzést idézünk elő. A humor különbözik a disszociációtól: a humor szembesül azzal, ami kellemetlenséget okoz; a disszociáció eltereli figyelmünket egy másik irányba. Van különbség humor és humor között is. A passzív-agresszióval – mely „rosszindulatú humor - ellentétben, a humor örömet okoz mind az azt használóban, mind pedig az azt hallgatóban: a tanári székre helyezett rajzszeg csak a diákokban okoz örömet, de nem a tanárban! A passzív-agresszív szadista humor egyben gyerekes és büntető jellegű is. Az áthelyezésben használt humor inkább „csipkelődő”, karikatúra és parodizáló jellegű: egy veszélyesnek tűnő tárgyhöz kapcsolódó gondolatot és érzelmet áthelyezzük egy semlegesebb tárgy irányába. Ezzel szemben az érett humor az szeret szembesülni a tárggyal, szeret „kiállni”, kardozni vele. Az érett humor tehát nem áthelyezés, sem passzív-agresszió: több mesterkéltséget, kifinomodottságot kíván, valamint jellemzője, hogy inkább szeretünk önmagunkon viccelődni, mintsem másokon.

Példák védekező mechanizmusokra

A. Konfliktus-teli érzés: utálom, ki nem állhatom apámat!

Variációk a védekező mechanizmusokra:

Nem-védekezés: „**gyűlölöm apámat**”

Pszichótikus védekezés:

Tagadás: „Nincs apám, apa nélkül jöttem a világra”

Éretlen védekező mechanizmusok:

Projekció: „Apám gyűlöl engem”

Passzív-agresszió: „Utálom magamat”

Acting-out: „Gondolkodás nélkül agyonverek 12 rendőrt”

Fantáziálás: „Arról álmodozom, hogy óriásokat öldöklök”

Neurótikus védekező mechanizmusok:

Disszociáció: „Vicceket mesélek apámnak”

Áthelyezés: „Utálom apám kuttyáját”

Izoláció: „Apám magatartását helytelenítem”

Represszió: „Nem tudom, miért vagyok annyira zaklatott, felbőszült”

Reakció-formáció: „Imádom apámat” vagy „Gyűlölöm apám ellenségeit”

Érett védekező mechanizmusok:

Supresszió: „Haragszom apámra, de nem akarom ezt neki megmondani”

Szublímáció: „Megverem apámat teniszben”

Altruizmus:”Végasztalom apám ellenségeit”

B. „Egy 30 éves házas asszony az első sikertelen szülés után még 7 éven át próbálkozott azzal, hogy gyereke lehessen. Egy vizsgálat alkalmával arra derült fény, hogy rosszindulatú daganata van, s ezért 38 éves korában alávetette magát a teljes méheltávolítás műtétének. Fiatalabb lánytestvéréhez képest mindig is alkalmatlanabbnak érezte magát, akinek máskülönben 4 gyereke van, s arról mesélnek a családban, hogy mennyire jól tud bánni a gyerekekkel. Mindezek fölött az asszony férje nagyon akarta, hogy gyerekeik legyenek” (A konfliktus forrásai: ösztönös vágy; szülői elvárások; külső valóság; azok igényei, akik őt szeretik). Ime az asszony lehetséges reakciói a műtét eseményére!

Altruizmus:”Az asszony, egy hónappal a műtétet követően olyan asszonyokból szervezett csoportot, akik mell- vagy méheltávolításon estek át. Ezek az asszonyok tanácsokat adnak, s látogatják a műtétre váró nőket. Válaszaikkal nem csupán információt nyújtanak, tanácsot adnak, de végasztalnak is, próbálják félelmeiket eloszlatni”.

Projekció:”A műtét után egy enyhe fertőzése volt az asszonynak. Mindenféle újságnak elkezdett leveleket írogatni, melyekben átkozza a kórházban uralkodó áldatlan, egészségtelen állapotokat. Szidja benne az orvosokat, ápolókat s perrel is fenyeget”

Reakció-formáció:”Ismét elkezd érdeklődni a családtervezés témája iránt, s arról vitatkozik barátaival, hogy nem is kellene annyi gyereket vállalni, hiszen ő is annyit aggódott a szülés előtt s férjét is emlékeztette arra, hogy mennyire szerencsésnek érzi magát azért, hogy ettől az irtózatosszerű szülési fájdalomtól megmenekült”.

Izoláció:”Rengeteg cikket olvas a méhdaganattal kapcsolatosan s kérdésekkel bombázza az orvosokat a műtét természetét illetően. A műtét utáni lehetséges fertőzéseket is részletesen megismeri s az is nagyon foglalkoztatja, hogy hogyan kell majd esetleg kezelni a fertőzött sebeket. Hobbija lesz az orvosi szakszavak tanulmányozása.”

Disszociáció:” A műtétet követően felébred s nem, hogy sajnálkozna, még hálát is ad az Istennek azért, hogy ilyen különös vallásos tapasztalásban volt része. Műtét után mindegyik barátjának azt magyarázgatta, hogy fájdalma inkább annak az öröme volt a kifejezése, mely által minden szenvedő emberrel együtt érezhetett. Nagyon szerencsés embernek s Isten által külön kegyelemben részesült személynek érezte magát, mivel a méhdaganatát oly hamar felfedezték s a műtét által el is távolították azt.”

Szupresszió:”A kórházban Marcus Aurelius leveleit illetve a Bölcsesség Könyvét olvasságta. Igyekezett könnyeit elrejtteni férje előtt s nem panaszkodni, még akkor is, ha a műtét gondolata igen fájdalmas volt. Mivel a gyerekeket ábrázoló fényképek felzaklatták, ezért valakinek oda is ajándékozta az egyik még ki nem olvasott magazint (ennek címlapján egy gyerek fotója volt), amely a gyermekápolással kapcsolatban közölt több cikket.”

Represszió:”Nem volt képes visszaemlékezni a műtét „nevére”. Azt is elfelejtette, hogy a műtét után utóvizsgálatokra felkeresse műtőorvosát. Amikor hazatért, ráadásul egy értékes vázát is felborított, s könnyekbe tört ki. Könnyei okát sem érti”

Tagadás:”Arra kérte az ápolószemélyzetet, hogy vigyék őt át a szülőosztályra. A szülésetet járta, s mindenhova bekukkantot, hogy gyermekét megtalálja. Telefonon nagyon drága gyermekruhákat rendelt meg utánvétellel. Műtét után semmiféle fájdalmat nem érzett.”

Szublímáció:”Nagy öröme volt, amikor nőtestvére gyerekeitől a kórházban üdvözlőlapot kapott. Örült annak, hogy ismét visszatérhet az iskolába tanítani. A kórházban verseket is írt.”

Áthelyezés:”Nagyon érdekesnek találta azt, hogy a kórház ablakaiban tulipánokat és egyéb más virágokat gondolhatott. Az orvosnak semmiféle kérdést nem tett fel a műtétet illetően. Inkább a tulipánhagymák fejlődése kötötte le figyelmét. Hallott arról, hogy az egyik ápoló szintén hobbiszinten műveli a kertészkedést, ezért gyakran kikérte véleményét a tulipánhagymák nevelését illetően.”

Torzítás:”A műtétet követő harmadik napon azt jelentette be, hogy ő egy Tudós Keresztény Társulatnak a tagja, s arra kérte az ápolószemélyzetet, hogy azonnal engedjék őt haza. Különben is haza kellene mennie, hiszen férjével együtt erre az időpontra egy kirándulást szerveztek a Kanári-szigetekre (valójában csak havi 200 dollárt keres s gyakran élelmiszertámogatást utalnak ki számára). Még azt is hozzátette mosolyogva, hogy elérkezett a tavaszi kertészkedés ideje, s ez szintén nyomós ok arra, hogy hazaengedjék.”

Megelőzés:”Orvosa csodálkozott azon, hogy mennyire nyugodt volt a műtét után, s mennyire ismerte, mit s hogyan kellett tennie. Csodálkozott azon is, mennyire őszinte nyíltsággal sajnálja, hogy gyereke már nem lehet többé. A műtét előtt aggodalmának adott hangot a műtéttel kapcsolatos esetleges komplikációkat illetően s sírt azért, hogy már többé sohasem lehet gyereke.”

Delúziós projekció:„Szerint a kórházban rasszisták vannak, akik elsődleges célja, hogy sterilizálják őt. Megpróbál telefonon az emberirtásról tájékoztatást adni az FBI-nak. Elutasította a műtét utáni gyógyszeres kezelést, mondván, hogy azzal nem tennének mást, csupán egy újabb kábítószer próbálnának ki rajta, s leginkább ezáltal kívánják gondolatait ellenőrizni”

Fantáziálás:„Arra kérte az ápolónővéreket, hogy látogatókat ne engedjenek be, mert azok szomorúvá tennék őt. Minden neki ajándékozott virágot kihajított, s inkább elkezdte olvasgatni a „Szülők Magazinja” hetilapot. Elkezdett mászkálni a szülőotthonba, s arról álmodozott, hogy mindegyik gyerek az övé s hívogatja őket, olyannyira, hogy az egyik ápolónővér „csendre” intette, mivel egy bölcsődalt kezdett el dúdolgatni”

Hypochondriasis:”Azon kezdett el erősen aggódni, hogy a rákdaganat elterjed egész testében, s eljutna az agyáig is. Amikor őt meglátogatta húga, akkor szemrehányást tett feléje, mondván, hogy sokkal többet törődik gyermekeivel, mint nővérével, aki rákdaganatban szenved”

Passzív-agresszió:”Amikor az egyik orvostanhallgató vért szeretett volna venni tőle, s nem találta az eret, ő szemébe röhögött, s megjegyezte, hogy ’ha valaki kezdő, annak sok minden nem megy igazán’. Még ki sem fogyott az infúzió, de ő hajnali 4-kor riasztotta a nővért, aki mondta is neki, hogy feleslegesen szól, mert tudták volna, mikor kell kicserélni az infúzióját.”

Acting-out:”Miután a kórházból hazament, férjét 4 különböző férfival csalta meg, kettővel közülük, egy partin találkozott, a másik kettő fiatalkorú, 18 éves fiú volt, akiket elcsábított. Előzőleg semmilyen szexuális érdeklődést nem mutatott mások iránt, csupán férje felé”

Humor:”Hasát fogta a nevetéstől, amikor egyik hetilapban elolvasta a méheltávolítás kifejezés egyik definícióját: a gyerekért adandó fuvardíjat eldobni, de megtartani a járókát”. A többi ápolónővér is kíváncsian figyelt szavaira, mert tudták róla, hogy mennyire ironikusan fogja fel a világot, a körülötte történő eseményeket.”

Szellemi/Értelmi fogyatékoság

Történelmi előzmények

A szellemi fogyatékoság történelme párhuzamos az emberi történelemmel. A szellemi fogyatékos embert mindig olyan valakinek tekintették, akitől félni kell, akin lehet gúnyolódni, akit meg lehet könnyen regulálni, büntetni, akit könnyen ki lehet használni és rá lehet szedni valami elvégzésére, akiről gondoskodni kell, akit tisztelni kell.

Szinte minden faluban voltak ilyen emberek, akik folytonosan vándoroltak, csavarogtak, s senki sem bántotta őket. Gyakran „szabad mozgást” biztosítottak számukra a Középkorban is, ahol mentesek voltak a váron belüli lakás minden kötelmeitől. Sokan Isten gyermekeinek tartották őket: akik házában, családjában szellemi fogyatékos élt, azt áldott helynek tekintették. A közhiedelem szerint bár ezek a fogyatékos emberek a „földön jártak”, mégis a „mennyeiekkkel társalogtak”.

A szellemi fogyatékosokról már Hippokratész is említést tett: ő „anencephaliá”-nak nevezte esetüket s gyakran észlelte náluk a koponya deformáltságát. Az ókori spártai és római törvények arról rendelkeztek, hogy a szellemi fogyatékosokat még korai gyermekkorukban meg kell semmisíteni. Ezt a gyakorlatot vették át a náciok is. Európában, főleg a protestánsoknál, a szellemileg fogyatékosokat az „ördöggel cimborálók”-nak tekintették. Ázsiában a vallási vezetők nyíltan kiálltak a fogyatékosok „emberi bánásmódja” mellett. A zsidó Talmudban arról írnak, hogy az ilyen fogyatékosokat mentesíteni kellene az „erkölcsi felelősség” alól. Európában az igazi áttörést a szellemi fogyatékosokkal való bánásmódban a kereszténység hozta.

Az első tanulmány, amely a szellemi fogyatékosokkal foglalkozik, az az 1700-as években készült. Az Aveyron-i vademberről, Viktorról szól. Viktor sok-sok évig az erdőben élt egyedül. A fiút 1799-ben vadászok fogták el s Párizs városába vitték. Viktort 5 éven át figyelték, nevelték, s csak néhány szót tanult meg. Valójában nem sok előhaladást, fejlődést mutatott. Szellemi „hátramaradottsága” igazán akkor tűnt ki, amikor őt más korabeli kamasz fiúkkal összehasonlították.

Angliában az első fogyatékosok befogadására épült menedékházat 1840-ben adták át. 7 évvel később már az USA-ban is nyitott az állam ilyen menedékházat Massachusetts Államban. Mendel felfedezéseire építve a XIX-ik században sok kutató hajlott arra, hogy a szellemi fogyatékoságot inkább valami örökletes, genetikus betegségnek tekintse. Igazi áttörést a kutatások terén a II.Világháború utáni helyzet teremtett: a szellemi fogyatékoságot nem egyoldalúan próbálták magyarázni, hanem olyan komplex jelenségnek tekintették, mely az emberi működést és magatartást fiziológiai, pszichikai, medikális, nevelésbeli és szociális tényezők együttes hatásai alapján igyekszik megmagyarázni.

Definíciók, osztályozások

A szellemi fogyatékoság elnevezésére rengeteg kifejezést használtak: a WHO mentális **szubnormalitás**nak nevezi, az Amerikai Pszichiátriai Társulat preferálja a **mentális hiányosság** elnevezést. Más – kevésbé ismert – elnevezések az **amentia, a hypophrenia, az oligophrenia**.

Egy XVII. Századbeli angol elnevezés szerint „idiótának kell nevezni azt, aki nem tud 20-ig elszámolni, aki nem tudja megmondani apja vagy anyja nevét, aki nem tudja hány éves, aki nem fogja fel, hogy mi válna javára vagy kárára” (Tuke). Egy másik angol bírósági meghatározás szerint a „mentális fogyatékoság akkor áll fenn, ha az értelem fejlődése nem teljes vagy akadályoztatva van, 18 éves kor előtt lép fel, oka lehet belső vagy külső, azaz valamely betegség vagy sérülés által kiváltott” (Mental Deficiency Commission, 1929). Franciaországban arra is súlyt fektettek, hogy a mentálisan fogyatékosokat kategóriákba sorolják be, mégpedig a nyelvhasználat alapján: „az idiótizmus legmagasabb foka az, amikor az egyén rövid mondatok kiejtésére is képes; az idiótizmus második fokán a személy csak egy szótagos szavakat vagy csupán felkiáltásokat mond; az idiótizmus akkor mutatkozik, amikor az egyén képtelen verbálisan kommunikálni” (Esquirol, 1838). A mai modern megközelítések alapján a klasszifikáció többdimenziós: intelligencia, alkalmazkodó magatartás, etiológia.

Napjainkban a mentális retardációhoz két alapvető megközelítés létezik: a biomedikális és a szociokulturális. A biomedikális hozzáállás elsősorban az agyban végbemenő változásokra koncentrál (agyszövetek fejlődési hiányosságai, anyagcsere problémák, interneuronális közvetítésbeli kapcsolatok hiányosságai); a szociokulturális megközelítés viszont inkább arra koncentrál, hogy a gyerekkorban milyen fejlődésbeli hiányosságok voltak, elsősorban tanulási problémák, vagy társadalmi-hivatásbeli adaptációk hiányát keresi. Miben különbözik a két hozzáállás:

Biomedikális megközelítés: az intelligencia olyan entitás, amely független a társadalmi kerettől; ha valaki a statisztikai és orvosi mérések szerint retardált, az valóban retardált; az orvos képes olyan abnormalitásokat megállapítani, melyekre mások nem képesek rájönni; a retardáltak tényleges számát tudományosan is meg lehet határozni, függetlenül a társadalmi berendezkedéstől, strukturától.

Szociokulturális megközelítés: az intelligencia egy bizonyos társadalmi rendszer elvárásaihoz viszonyítva relatív; egy valaki valamely „rendszerek” szerint bár lehet fogyatékos, más rendszerek szerint pedig teljesen normális; a retardációt nem lehet felfedezni anélkül, hogy azt egy bizonyos környezethez ne viszonyítanánk; azt, hogy mennyi a fogyatékosok száma, mindig egy bizonyos társadalmi rendszer képes eldönteni.

A szellemileg fogyatékosok osztályozása szempontjából a legfontosabb kísérlet az intelligencia mérése volt. Erre kifejlesztették az ún. intelligencia-tesztet (Binet-Simon, 1916) s kidolgozták a „mentális kor” fogalmát: fejlődési kornak megfelelő intellektuális képességek, melyet egy teszt az intellektuális teljesítmény alapján mérni képes: egy 6 éves gyerek, akinek intellektuális teljesítménye megegyezik egy 8 évesével, arról azt mondhatjuk, hogy intellektuálisan előrehaladott; aki szintén 6 éves, de intellektuális teljesítménye csupán egy 4 éves gyerekéét éri el, arról azt mondjuk, hogy retardált. Mentálisan retardáltakat akkor határozhatunk meg, **ha a személy IQ-ja kevesebb mint 70**. A WHO szerint osztályozva: enyhén retardált: IQ 50-69; mérsékelten retardált: IQ 20-49; súlyosan retardált: IQ 0-19. **Más osztályozás** szerint: IQ 50-70 enyhén, 35-50 mérsékelten, 35-20 súlyosan, 20-0 elég súlyosan retardált személyiség. A szellemi fogyatékosok osztályozását elvégezték több más pszichológiai teszt alapján is (tehát nem csak az IQ szerinti). Így beosztanak szellemi fogyatékosokat „kezelhetetlen” /kb. 5%/, „kezelhető” /kb.20%/ és „nevelhető” /kb. 75%/ csoportokra. A legutolsó csoport képes tanulni, tanulmánybeli eredményeket elérni és társadalmi-gazdasági alkalmazkodásra is hajlamos, azaz valamelyes beilleszkedik a saját társadalmába, s bizonyos szintű autonómiára is képes.

A szellemi fogyatékoság kiváltó okai

A Manual on Terminology and Classification in Mental Retardation szerint a szellemi fogyatékoság okait 8 csoportba oszthatjuk:

1. Fogyatékoság, valamilyen fertőzéshez kötődően

Ha az anyának valamilyen fertőzése van, akkor azt a magzat agyára hatva továbbadhatja még annak megszülése előtt. Ha az anya szifiliszben szenved, azt direkt módon továbbítja a magzata felé, amely abnormalitásokat eredményez az agyban, a csontozatban, a fogzatban, s a szemekben.

Hasonló módon fogyatékoságot eredményezhet az is, ha az anya kanyarós, főként a terhesség első 3 hónapjában. Ez a született gyermek szív-rendellenességében, süketiségében, hályogkialakulásában jelenik meg.

Egyéb továbbítható betegségek között sorolhatjuk fel a cytomegalo-vírusos betegségeket, amelyek mindenképpen szellemi fogyatékoságot eredményez. Ez azt jelenti, hogy az anya saját vírusaival fertőzi meg a magzatot. Ez agyi deformációhoz vezet, s kimutatható a gerincvelői folyadékokban, agyszövetekben, veseelégtelenségekben. Leginkább azok az anyák terjesztik ezt a vírust, akik AIDS-ben szenvednek. Az amerikai nők esetében gyakori fertőzés még a toxoplazmózis. Ez nem csupán az AIDS eredménye, hanem a szegényes táplálkozása is (nem főzik meg rendesen a húst).

Más fertőzésekhez sorolhatnánk még az influenzákat, a vesebetegségeket vagy az egyszerűen ismeretlen felbukkanó vírusokat.

2. Fogyatékoság, valamilyen toxikációhoz kapcsolódóan

Ilyen intoxikációk, mérgezések okai lehetnek a szénmonoxid, az ólom, az arzén, a kinin. A Kernicterus olyan agyi rendellenesség (agybénulás), amely a terhesség első 5 napjában már megnyilvánulhat. A kernicterus jelei az újszülöttnél a táplálkozási nehézségek, a fuldoklás, a testhőmérséklet instabilitása, a magas tónusú sírás, görcsök, kóma. Később az izmok bemerevednek s néhány hónap múlva a kernicterus halálhoz (75%-ban) vezet. Akik ezt túlélik, azok súlyosan szellemi fogyatékosok lesznek, amelyhez még társul az epilepszia, a chorea (görcsös, rendszertelen arcideg- és csípőmozgatások), s az athetosis (a kéz- és lábujjak szabálytalan, akaratlan, céltalan mozgatása).

3. Fogyatékoság, valamely traumához kötődően

A születés előtti, alatti s röviddel utána történő testi traumák szellemi fogyatékoságot eredményezhetnek. Leggyakoribb esete az, amikor a magzatot különböző sugárzások érik. Gyakori eset még a szülési trauma: szülés közben a gyereket agykárosodás éri. Ezek már szinte azonnali szimptomákat eredményeznek: légzési nehézségek, görcsök, rángatások, szabálytalan szopási magatartás.

Az idegrendszer súlyos károsodását eredményezheti a köldökzsinórt (melyen keresztül a tápanyag és az oxigén eljut a magzathoz) ért nyomások: a köldökzsinór-nyomásvárosa asphyxiához vezet, amely során kevesebb oxigén jut el a magzathoz, s ez pedig az agysejtek fejlődését visszaveti, gátolja.

Szüléskor a gyermek szabálytalan testhelyzetben jöhet világra, vagy szülőcsipesszel kell kisegíteni, s ez növeli a szülés alatti agyvérzés eshetőségét. Másik nagy veszélyhelyzet kiváltója maga a koraszülés. Az USA-ban a 300 000 koraszülöttnél átlagosan 45000 meghal. Akik életben maradnak, azok közül sok ki van téve a szellemi fogyatékoság veszélyének.

Az agybénuláshoz szintén társul az agyi deformáció, az agykárosodás. A szüléskor kialakuló agybénulás okait mai napig nem ismerik pontosan. Az agybénulás következményei sok-sok területen megnyilvánulnak, s eredményezhet mozgásképtelenséget, monoplégiát (egy végtag bénulását), paraplégiát (lábak bénulását), displégiát (kezek és lábak együttes bénulását), hemiplégiát (féltesti bénulást), athetosis-t, vagy ataxiát (szabályos mozgások, testhelyzet, cselekménysorozat fenntartásának nehézségei). A szülés közbeni egyszerű oxigénhiány is súlyos károsodáshoz vezethet, mivel elsősorban szüléskor az oxigénellátás megváltozására az agy nagyon érzékeny (áttérni a köldökzsinórtól a szájon át való lélegzésre). Ezeket az oxigénhiány által kiváltott komplikációkat nevezzük anoxémiának.

Egyébb traumák is előfordulhatnak szülés után: pl. a gyerek leesik a székről, kiesik a kiságyból, vagy járókából.

4. Fogyatékoság, melyhez tárítható az anyagcsere-probléma, a növekedési és táplálkozási rendellenességek

Sok esetben tudjuk társítani a szellemi fogyatékoságot a táplálkozás hiányának, vagy elégtelenségének. Az alultáplálkozás minden esetben károsítja az agysejteket, azok fejlődését, megerősödését.

Egyik fontos anyagcsere-probléma az aminósavakhoz köthető: PKU (Phenylketonuria). Ez egy fehérje-anyagcsere rendellenesség, amely során az egyik aminosavat, a fenilalanin-t képtelen a szervezet paratirozin-ná átalakítani, mivel a máj egyik enzime, a fenilalanin hidroxiláz - amely ezen átalakításért felelős - hiányzik. Ennek hiányában több biokémiai rendellenesség jelei is mutatkoznak a szervezetben: a vérben magas fenilalanin (10-25-szöröse a normál értéknel) és agygerinci folyadék található; a vizeletben jelen van a metabolit, a fenilpiruvikus-sav és szintén a fenilalanin (30-50-szorosa a normál értéknel); zavar keletkezik a tiptofán és tirozin anyagcseréiben is, ami a vérben alacsonyabb epinefrint és noripinefrint eredményez. A PKU-val született gyerekek többsége súlyosan szellemi fogyatékos lesz. Ekcémákban, izomrángatásokban szenvednek. Az EEG mérései is az esetek 80%-ban abnormális. Fejméretük kicsi, hiperaktívok, előre megjósolhatatlan magatartásformáik vannak. Dühkitöréseik vannak, testük mozgása szabálytalan, bizarr, állandóan csavarodó kézmozdulatokat végeznek, s gyakran hasonlítanak az autista vagy skizofrén gyerekekre. Nem létezik vagy nagyon károsult verbális és non-verbális kommunikációjuk. Testi és észlelési koordinációjukban is nagyon sok a rendellenesség. Más egyéb aminosavhoz köthető rendellenesség létezik még.

Egy másik fontos anyagcsere-probléma, mely szellemi fogyatékosághoz vezethet, a zsírátalakításhoz köthetőek. Ha a zsíryananyagcsere rendellenes, akkor az erősen kihat a központi idegrendszer szöveteinek deformálására. Egyik fő csoportja ezen rendellenességeknek a cerebromakuláris degeneráció: ez progresszív mentális állapotromláshoz s a látási funkciók romlásához vezet. Ennek sok altípusa létezik. Legismertebb a Tay-Sachs kór: már 4 hónapos korban jelentkezik. A gyerek gyenge, apatikus, nem reagál, sok ingerre nem ad reflexszerű válaszokat, retinán vörös foltok jelennek meg, izomrángatásai vannak. A Jansky-Bielschowsky kór később, 2-4 éves korban jelentkezik. A retinán a foltok megnagyobbodnak, s a demencia jeleit láthatjuk esetükben. 5-6 éves korban bukkanhatunk a Spielmayer-Stock-Vogt-Koyanagi kórra: a látásbeli károsodás teljes, az optikus idegek atrófiáját, s végül vaktságot eredményez. 15 éves kor táján találjuk meg a Kuf-szindrómát, bár ez nagyon ritka, mégis ha idáig eljut valaki korban, akkor ataxiát, izomrángatásokat és súlyos szellemi fogyatékoságot találunk.

Egy harmadik fontos a szellemi fogyatékosághoz vezető probléma lehet a szénhidrátok anyagcsere-rendellenessége. Ilyen pl. a galaktosémia: annak képtelensége, hogy a galaktózoikat glukozzá alakítsa át, mivel fellép a galaktóz-1-foszfát-urydiltranszferáz enzim hiányossága. Akinél ez jelentkezik, annál az anyatej néhány napos fogyasztása után komoly komplikációkkal számolhatunk: étvágytalanság, sárgaság, hányás, hasmenés, a fejlődés hiánya. Egy másik szénhidrát-anyagcsere zavar a hipoglicémia (alacsony vércukorszint), amely izomrángatáshoz,

kómához, májnagyobbodáshoz, vaksághoz vezethet. A hypothyroidizmus a terhesség alatti jódiányra vezethető vissza. A gyermek pajzsmirigyei nem vagy alig fejlődnek ki. Ez eredményezheti a tradicionálisan „kretinizmusnak” (a kretén a francia keresztény szóból származik: az ilyen embert Istentől megáldottnak hitték) nevezett betegséghez. A hipothyroidizmust születéskor nagyon nehéz felismerni, ezt inkább később látjuk: a gyermek apátiás, kedvtelen, hasa felfúvódik. A Hurler-kór vagy gargoylizmus (esőcsatorna-szájúság) a dermatán és heparitin szulfátok felhalmozódásából keletkezik. Az ilyen gyerekeknek nagy, magas homlokuk van, vastag szemöldökük.

5. Fogyatékoság, rosszindulatú daganathoz kapcsolódóan

A Von Recklinghausen-kór jellemzője, hogy a bőrön kávé-színű foltok mutatkoznak. Ez a kór gyakran jár együtt a szellemi fogyatékosággal. Egy másik daganathoz köthető betegség az epiloia vagy tuberous sclerosis. A daganat az agyat s esetleg más testrészeket érint. A pillangó-formájú kiütések gyorsan elszaporodnak a bőrön. Izomrángatások is kísérhetik, de a szellemi fogyatékoság szinte teljesen valószínű, főleg ha a gyermek megéli a felnőttkort.

6. Fogyatékoság, ismeretlen prenatális hatásokhoz kapcsolódóan

A leggyakoribb formákhoz tartoznak a veleszületett agyi hiányosságok és a mongolizmus. Veleszületett agyi hiányosság lehet pl. az anenkefália, amely esetben hiányzik az agyvelő, a kisagy s az agykoponya egyes csontjai. Az agy felületének egyik deformációja a macrogyria, melyben az agytekervények ritkábbak és szélesebbek, az agybarázdák pedig rövidebbek, világosabbak. A microgyriában az agy kisebb, a normál agytekervények helyett pedig kisebb és zártabb agytekervényeket találunk. A porenkefáliában az agykamrában széles tölcsér-alakú üregek keletkeznek, amit eredményezhet gyulladás vagy agyvérzés.

Más egyéb veleszületett agyi hiányosságokhoz társulnak agykoponyai rendellenességek is. Az agykoponya leggyakoribb rendellenessége a craniosztenózis, amely lehet templomtorony-alakú (acrocephalia vagy oxycephalia), vagy hosszúra nyúló, szűk hajó-alakú agykoponya (scaphocephalia). Szinte minden agykoponya rendellenesség öröklött, genetikus jellegű, hiszen az agykoponya túlságosan hamar záródott be, amely okozza a fejnek homlok irányába való illetve tarkó felé történő utólagos megnövekedését, ellentétben a normális fejlődéssel, amelynek során az agykoponya nem zárul be túl korán, s ezért oldalra is tud nőni. Veleszületett agykoponyai rendellenesség a vízfejtés (hydrocephalia). Ebben az esetben az agyvelei folyadék mennyisége erőteljesen megnövekszik, ennek következtében az agykoponya elkezd tágulni, s a tágulás ideje alatt az agyra nagy nyomás hárul, s ezért az károsodik. Gyakran bénulást, görcsöket eredményezhet. Ismét másik rendellenesség a hipertelorizmus avagy Grieg-kór: az agykoponya szfenoid-ékcsontra nem fejlődik rendesen s ennek eredménye az, hogy a két szem közötti távolság megnövekedik (a szemek mintha nem elöl, hanem oldalt lennének). A makrocefália esetében az agy súlya és mérete is megnő, ezzel ellentétben, a mikrocefáliában csökken. A mongolizmus elnevezés (ma Down-kór) a beteg ember külső, mongolos, keleti jellegű megjelenése adja (ferde szemhéj). A mongoloid személy nyelvén is harántirányú mélyedések vannak, nyelve mintha ki akarna szűkméretű szájából jönni. Fogai kicsik vagy formátlanak. Bőre nem rugalmas, keringése sem normális, ami előbb-utóbb szívrohamokhoz vezet. Kisujja rövidebb s ujjain csak egy ránc van a szokásos kettő helyett. Az első és a második lábujja közötti rés nagyobb az átlagosnál. Tenyerén is csak egy ránc van kettő vagy a több helyett. Ujjlenyomatán nem örvényeket, hanem hurkokat találunk. A mongolizmus okait mai napig nem ismerik, viszont arra gyanakodnak, hogy születéskor a mirigyekben egyensúlytalanság lép fel, biokémiai zavarokkal társulva, vagy pedig fertőzés illetve mérgezés ténye áll fenn. 1959-ben arra jöttek rá, hogy a mongoloid egyének kromoszómahibásak: extra kromoszómájuk van a 21-es kromoszómában (el is nevezték triszómiának). Nem 46, hanem 47 kromoszómájuk van. A Down-kóros gyerekek enyhén vagy súlyosan retardáltak. Értelmi fejlődésük általában a 6-ik

hónapig a normál kerékvágásban halad. Az 1-ő évet elérve folyamatosan romlik, s ez a leépülés eltarthat egészen 30 éves korukig. A Down-kórosok békés, kedves, együttműködő emberek. A várható életkoruk 12 év, de manapság az orvosságok segítségével akár 40 évig is élhetnek.

7. Fogyatékoság, melyhez ismeretlen eredetű szervi betegség társul

Ide sorolhatjuk a genetikai rendellenességek által kiváltott szellemi fogyatékoságot. Ilyenek pl. a Triszómia 18 (a 18-as kromoszómapárhoz még egy másik kromoszóma társul). Mindenképpen társul hozzá a fogyatékoság, jellemzik továbbá a kis fülek, szívelégtelenségek, alacsony termet, megnyúlt kéz- és lábujjak, magas vérnyomás.

A Klinefelter-kór esetében a szexuális jelleget kölcsönző kromoszómák sérülnek, s leginkább fiúknál történik meg, akik lányosan, effeminánsan viselkednek kamaszkorra.

8. Fogyatékoság, melyet pszichológiai eredet jellemez

Ide sorolandók azon fogyatékoságok, melyeknek látszólag nincs organikus eredete. Elsősorban a kulturális-családi esetekről van szó, melyeknél nagy a környezet hiányának a hatása (fejlődéshez szükséges ingerek hiánya). Meg kell említeni azon családokat is, amelyek hozzájárulhatnak valamilyen szinten a mentális retardációhoz, azáltal, hogy érzelmileg zavaros, patológiás helyzetet teremtenek a gyerek számára.

Szóba kerülhetnek még ezen kategóriában: autizmus, korai pszichés betegségek. A mentális retardáció „családi problémákra visszanyúló” eseteiben gyakran a környezeti és a genetikai kombinációk kerülnek előtérbe, hasonlóan az intelligencia fokához: mind a magas, mind az alacsony intellektuális képességek valamelyest a környezeti és genetikai tényezők összjátékának eredménye.

Az érzelmi megvonás hasonló a „vitaminhiányhoz”: ezért az érzelmileg problematikus családban felnövekvő gyerekek általában érzékenyebbek a „pszichológiai stressz”-re, mint ahogyan a vitaminhiányos gyerekek a különböző fertőzésekre.

Az intellektuális működésre ható környezeti tényezők fontossága akkor került leginkább a figyelem középpontjába, amikor az árvaházak gyerekeit kezdték vizsgálni. Egy érdekes vizsgálatot folytattak le az árvaházba helyezett fogyatékos gyerekekkel. A vizsgált gyerekek kora 7-30 hónap volt. A mentálisan enyhén retardált gyerekeket két csoportra osztották. Az egyik csoport gyerekeit elvitték másik intézetbe, ahol őket engedték más gyerekekkel játszani s figyelmet szenteltek rájuk. A másik csoport gyerekeit (kontrollcsoport) nem vitték sehová, továbbra is bent maradtak az eredeti intézményben, az árvaházban. A gyerekeket egy idő után ismételtelen letelestették. Az eredmények meglepőek: a nem-kontrollcsoport gyerekei, akik játszhattak, s akikre figyelmet szenteltek (azaz több ingerben részesülhettek) intellektuális képességei megnöttek: összesen 27 IQ ponttal.

A mentális retardáció által kiváltott pszichiátriai hatások

- a. Lényeges megemlíteni a konstitucionális, alkati tényezők hatásait. Mivel a retardált gyerekek alkalmazkodni a külvilági által hozzájuk eljutó ingerek feldolgozási folyamataihoz (sokkal lassabban dolgozzák fel az ingereket), ezért az ingerekkel szemben „túlérzékenyek”. Bizonyos hangok hallása fájdalmas lehet számukra (porszívó, elektromos borotva, rádió, tv). Másokat inkább a vizuális ingerek zavarják (egyes színek, világos, erős intenzitású színárnyalatok). Mások nem szeretik, ha megérintik őket, felveszik ölbe stb.). Gyakran a retardált gyerekek hiperaktívak, nyugtalanok, figyelmetlenek, sőt agresszívan viselkednek, amellyel zavarják társaikat. Sokszor képtelenek a frusztrációt tolerálni, s

dühösségük egészen a dühkitörésig terjedhet. A túlzott érzékenység okai ismeretlenek, de valószínűleg az is közrejátszhat benne, hogy ingerküszöbük (Reizschutz) sajátos: önmaguk számára más ingerküszöböt hoztak létre: ezek a gyerekek vagy kerülnek az intenzív ingereket, szorongást, frustrációt kiváltó helyzeteket, vagy ellenkezőleg, túlzottan alkalmazkodnak, olyannyira, hogy választ sem adnak erős ingerekre (pl. ordíbalhat a tv, a rádió). Ez a védekező jellegű manőver talán abban segít számukra, hogy érzelmi egyensúlyukat fenntarthassák. A külső ingerek és az információfeldolgozási folyamat között inkongruencia gyakran kiválthat pszichotikus reakciókat is. A fogyatékos gyerekek agresszióját ezért el is nevezték „pánagresszió”-nak: bárkivel szemben, aki őt megközelíti vagy privát világába szeretne belépni, agresszívan eltaszítja magától. Egyes esetekben csak valakik ellen irányul agressziójuk. Ezen agresszív viselkedésüket nem is kell kiprovokálni, nincs igazából kiváltó oka. Sok fogyatékos gyerek nem képes elviselni a változásokat: új étel, környezet, bútorzat, ismerős rokonok látogatása, rutinnak nem megfelelő cselekménysorozatok. Ezen változásokra is gyakran ingerülten, agresszíve reagál.

- b. Szocializáció. Bárminemű interakciók számára fontos a korai anya-gyerek kapcsolati kötődés. Viszont a kapcsolatokat, a kötődés kialakításához is szükséges egy minimális intellektuális képesség. Ha a gyerek normál módon fejlődik, akkor képes „felismerni” azt, hogy ő különbözik anyjától, s maga ez a felismerés szintén egy intellektuális folyamat. Az önmegkülönböztetés folyamata (self-differentiation-process) függ tehát az egészséges észlelési mechanizmusoktól, a memóriától, az információdarabkák megszervezési értelmese egészbe való képességétől (to organize bits of information into a meaningful whole). Ez a képesség a mentálisan retardáltaknál hiányos, törékeny, s ezért van az, hogy anyjukat ők később ismerik fel. Ez pedig magával vonja azt, hogy függetlenségi és autonóm képességeiben is késik (ezért függ annyira másoktól szinte minden szükségletében). Aztán, a retardáltaknál sokkal később kezdődik el a negativista fázis is: ez kihat tanulására is, mivel nem képes a tekintélyt elfogadni és képtelen másokkal együttműködni.
- c. Önbecsülés. A mentálisan retardált gyerek, ahogy egyre növekszik, fokozatosan tudatára ébred annak, hogy „ő” másabb, mint a többiek. Másrészt, sajnos, külső, hozzá nem értő emberek is gúnyolódnak rajtuk. Ez csak ismételten felerősíti bennük az alacsony önbecsülést, az alkalmatlanság érzését, s ezek pedig gyakran vezetnek depresszióhoz, pszichomotoros retardációhoz s a társas élettől való visszavonuláshoz. A depressziót gyakran elrejtik az azzal egyenértékű megfelelője, a delinkvens és antiszociális viselkedésformák, a hiperaktivitás, az iskolai negatív magatartások s olykor a fizikai szimptomák is. Az egészséges gyerek fejlődésében nagy szerepe van a játéknak is, mely által kifejezésre jutnak az érzéseink, gondolataink, s melyek később a társas érintkezés alapmodelljévé válnak. A mentálisan retardált gyerekeknél hiányzik a játék eredetisége: inkább ismétlésekre és sztereotípiákra építenek, kevés játékszert vesznek használatba, képtelenek nagyobb csoportban játszani, nincs kezdeményezőkézségük. Ezen limitáltságuk a játék területén szintén gátló tényezővé válik, elsősorban érzelmi életük kifejlődésében.
- d. A család szerepe. Az anya-gyerek kapcsolat több fázison át fejlődik, s a közeli anya-gyerek egységtől elvezet egészen az önállóságig. A szoros

anya-gyerek kapcsolat a gyermekben büszkeséget, elfogadás-érzést eredményez, amit megerősít a gyermek a mosolya, a játékosága. Amennyiben ezek a gyermek részéről adott válaszok késnek, illetve elmaradnak, valamint a szülők felismerik, hogy a gyermek fogyatékos, ez a szülőknél nagy érzelmi zavart kelt. Ezzel együtt járnak a szomorúság, reménytelenség, bűntudat, csalódottság, önhibáztatás érzései is. Ha ezen érzéseket a szülők nem dolgozzák fel, akkor megjelennek olyan formában, mint a gyermek el-nem-fogadása, elutasítása, képtelenség arra, hogy büszkélkedjenek gyermekükkel, hogy szeretetet és elismerést mutassanak feléje. A szülők sokféle módon reagálhatnak a gyermekük szellemi fogyatékoságának felismerésére: tagadás, túlvédettség, infantilizáció, nyílt vagy rejtett elutasítás. Persze a legártalmasabb az elutasítás bármely formája. Leginkább azon szülők hajlamosak erre, akiknek alacsony az önértékelésük: ők úgy érzik, hogy ez a gyermek veszélyeztetni biztonságérzésüket. A mentálisan retardált gyermek elfogadásának valószínűségét növelik a következő tényezők: stabil házasság, amely a kölcsönös bizalomra épül; kölcsönös tisztelet. A túlvédettség nem más, mint az elutasításra adott reakció-formáció. Az elutasítás és a túlvédettség ugyanazon érem két oldala. Persze ez nem mindig így van: egyes szülők azért óvják túlzottan mentálisan fogyatékos gyermeküket, mert szoronganak vagy mélyen együtt éreznek gyermekükkel. Más szülők azért óvják túlzottan fogyatékos gyermeküket, mert a házastársukkal való megromlott kapcsolatukat szeretnék kompenzálni: életüknek az ad igazán értelmet, ha tudnak foglalkozni gyermekükkel. Néhányan a gyermeknevelést nem csupán szülői feladatnak tekintik, hanem mindent magával ragadó, felbolygató „küldetés”-nek, s ekkor a túlbuzgóság sajnos sok minden más fontos dolgot, kapcsolatot torzítani fog. Amennyiben olyan szülőkről van szó, akik esetében megállapítható a neurózis, akkor a fogyatékosan születő gyermek komoly krízist fog kiváltani: a gyermek valószínűleg „fekete bárány” lesz, aki a családban megtalálható feszültségeket fogja „levezetni”. Ekkor, a gyermek intézménybe való betétele még tovább fogja rontani a házastársi kapcsolatban levő feszültségeket, s legtöbbször a házasság felbomlásával fog végződni. Ha egy egészséges gyermeknek fogyatékos testvére születik, akkor annak elfogadása nagyban függ a szülők „hozzáállásától”. Bizonyos védekező mechanizmusok segíthetnek a családnak, amennyiben abban fogyatékos gyermek él: a tagadás (megengedi, hogy a gyermekkel hasznosan bánjanak); áthelyezés (ha a szülők pl. olyan összejöveteleken vesznek részt, amely a gyermekük javát szolgáló tettekre buzdít). Amely védekező mechanizmusok viszont károsak: túlvédettség (irrealisztikus nyomás azért, hogy a gyermeket elfogadják); projekció (mások szidalmazása a gyermek által kiváltott helyzet miatt oda vezethet, hogy elhanyagolják a gyermek szükségleteit); visszahúzóds (az egész család visszahúzódik, elrejtőzik a külvilág elől, s csak fogyatékos gyermekükre koncentrálnak, sőt elhanyagolják a többi gyermeket).

Diagnózis felállítása

A mentálisan fogyatékosok diagnózis felállítása esetében a legfontosabb a probléma minél hamarabbi felismerése, leginkább a terhesség első időszakában. Így pl. a PKU gyors felismerése után diétára lehet kényszeríteni az anyát, s ezáltal az agykárosodás a gyermeke esetében

valamelyest enyhíthető. Hasonlóan a PKU-hoz, a hypothyroidizmus, a galaktosemia és vérérzékenységgel kapcsolatos problémák is sikeresen kezelhetőek, amennyiben hamar felismerik azt.

Mi is szükséges a diagnózis felállításához általában? 1. Előzmények ismerete (történelem). Az előzményeket a szülőktől tudhatjuk meg: terhesség előzményei, szülés, konszangvinitás, öröklési rendellenességek jelenléte stb. Hogy ezt elvégezhessük, a legjobb, ha elbeszélgetünk a szülőkkel. 2. Fizikális vizsgálat. Az orvosnak, pszichológusnak meg kell figyelnie a gyerek-szülő, a gyerek más személyek, a gyerek-élettelen tárgyak interakciókat. Aztán a test egyes részei jelzésértékűek az értelmi fogyatékoságot illetően: a fej mérete (mikrocefális, hidrocefális, Down-kór), a páciens arca (hipertelorizmus, lapos orrhíd, szemöldök, epicanthus, szaruhártya, retina, fülek alakja, előretüremkedő nyelv, fogak). Érdekes az arcon leolvasható tompultság, érdektelenség, az arcbőr színe, a hajszín valamint a thyroidmirigyek nagysága. 3. Neurológiai vizsgálat. A szellemi fogyatékosággal együtt jár több motoros rendellenesség is. Meg kell vizsgálni az izomtónust (görcsösen feszült-e vagy hipotón), a reflexeket (hyperreflexia), az akaratlan mozgásokat (choreoathetosis), a tompultságot, s a gyenge koordináltságot. Fontosak még a hallási és látási rendellenességek felismerése. Meg kell figyelni, hogy hogyan reagál a fájdalomra. Mennyire képes figyelni, avagy hiperaktív-e? Mennyire képes tolerálni a frusztrációt? Fontos információkat nyújthatnak az agykoponya megröntgenezése, az EEG (electroencephalogram) (lassú frekvenciák, hirtelen kiugró élekkel vagy nagyon lapos hullámokkal). 4. Laborvizsgálatok. Elsősorban a vér- és vizeletvizsgálat segíthet a diagnózis felállításában. 5. A hallásnak és a beszédnek megvizsgálása. 6. Pszichiátriai vizsgálat. Elsősorban a retardált páciens interperszonális kapcsolataira kell nagy figyelmet szentelni (személyekkel és élettelen tárgyakkal). Ahogy ugyanis ezen személyekre (tárgyakra) reagál, úgy fog az őt vizsgáló orvosra, pszichológusra is reagálni. Ez pedig jelzi szociális érettségi szintjét. Lényeges szempont, hogy mennyire függ másoktól (főleg az anyjától vagy az óra gondoskodótól) és hogyan reagál a szeparációra. Aztán lényeges a védekező mechanizmusban való érettségi foka is: elkerülés, elfojtás, tagadás, introjekció, izoláció. Meg kell állapítani, mennyire erős nála a szublimációs készség (frusztrációra miképpen reagál, mennyire tartja féken impulzusait, agresszív-e? Milyen szinten rendelkezik önbizalommal, akarat mire képes, mennyire kitartó, mennyire érdeklődő? 6. Pszichológiai vizsgálat. Lényeges a tesztek általi geometriai figurák másolásának illetve a vizuális-motoros koordinációs készségeinek megfigyelése.

Differenciáldiagnózis

Sok olyan lehetőség van, hogy a mentális retardációt szimulálják. Sok otthontalan, ingerszegény gyerek tűnhet motorosan és mentálisan retardáltaknak, melyet meg lehetne változtatni, ha ezek a gyerekek ingerekben, ösztönzésekben gazdag, jobb gondozási környezetbe kerülnének.

Gyakran összetévesztik a hallási vagy vizuális észlelésben nehézségeket felmutató gyerekeket a mentálisan retardáltakkal.

Gyakran megjelennek görcsös, idegrángatózások, konvulzív tünetek is más betegségeknél, s ezt is többször diagnosztizálják helytelenül mentális retardációként.

Vannak krónikus agyszindrómák, amelyek okozhatnak olvasási, írási, kommunikatív vagy egyéb nehézségeket, de ezen személyek IQ-ja megfelelő, sőt olykor átlagnál feletti is, ezért tehát nem sorolandók a mentális retardáció diagnózisához.

Mégis a legkomplikáltabb differenciáldiagnózist a következő problémák okozzák a súlyosan retardált gyerekeket illetően: agykárosodás, autizmus, gyermekkori skizofrénia, Heller-kór. A zavart leginkább az okozza, hogy nem sok információ áll az orvos rendelkezésére a korai gyerekkort illetően, s amikor a gyerek eljut a diagnózishoz, felmutat a retardált szinthez nagyon hasonló bizarr, sztereotip viselkedésmódot, mutizmust, echoláliát stb. Ezért a pszichológusnak vagy orvosnak meg kell állapítania, hogy mi az elsődleges, a retardáció-e vagy a skizofrénia, autizmus, gyermekkori magatartásproblémák, autizmus stb.

Megelőzés, rehabilitáció

Legfontosabb elsődleges prevenciók közé tartozna az átlagember nevelése. Meg kell tanulniuk azt, hogy a retardáció nem átok, nem büntetés. A mentálisan retardált emberek, ugyanúgy mint mások, érzik a szeretetet és a gyűlöletet, megtapasztalják a haragot és az együttérzést, szeretetre éhesek, társaságra vágynak, érezni szeretnék, hogy tartoznak valakihez.

Fontos az orvosi ismeretek minimális továbbadása is: rá kell mutatni, hogy milyen veszélyeket rejtegethet a kamaszkori korai terhesség illetve a 40 éves kor utáni szülés. Lényeges a táplálkozás, a diéta a terhesség ideje alatt, amikor azt tanácsolják. Fontos a vér illetve az Rh-csoport kompatibilitása hangsúlyozása. A szülést sem mindegy hol, kikkel végzik: legyenek megfelelő technikai felszerelések, s igyekezzenek a fájdalomcsillapítókat minimalizálni. Lényeges, hogy a szülészothonban a nővérek ne használják a személytelen „Anya” vagy „Hölgyem” kifejezést a teljes név nélkül, s jó lenne, ha a szülész orvos és az szülni készülő anya között legalább 1 éves orvos-páciens kapcsolat áll fenn.

Vannak másodlagos prevenciók is: minél hamarabb próbálják meg azonosítani az öröklődési rendellenességeket, s végezzenek vér- és vizeletvizsgálatot (ha PKU áll fenn, ez segít megállapításában). Ha vírusos vagy mérgezési megbetegedésről van szó, azt azonnal kezeljék, immunizálják.

Ha motoros, intellektuális, észlelési problémákra bukkannak a születés után, azt próbálják felismerni s a lehetőségekhez mérten tenni ellene (testi gyakorlatok, írási gyakorlatok, beszédgyakorlatok). A normál fejlődés alappillérei az első 5 évben megnyilvánulnak, ezért ha a gyermek függőségi problémái vannak, azt igyekezzenek megoldani. Erre persze nem az a megoldás, hogy a gyereket egyre inkább elengedjük, vagy elküldjük másokkal játszani (főleg, ha még nagyon fiatal). Ezt a problémát inkább az otthoni környezetben kell megoldani.

Lényeges szempont még egy jó szakorvos megtalálása. Helytelen az az orvosi hozzáállás, hogy a szülőket megnyugtatja, s próbálja megmagyarázni nekik, hogy „ez csak egy átmeneti korszak, majd minden rendbe jön idővel, majd kinövi”. Még ha első évben reménykednének is a szülők, a gyermek 3 éves korára valószínűleg ténylegesen kiderül a mentális retardáció diagnózisa, s ezt továbbra nem lehet tagadni. A szülőket ez sokkhatásként érheti, s elszomorítja. A kezelő orvosnak vagy pszichológusnak őszintén meg kell hallgatnia a szülők panaszait, haragját, frusztrációját, bűnérzését s csak ezt követően lehet velük is valamilyen terápiát elkezdeni. Minél korábbi a diagnózis felismerése, annál nagyobb esély van arra, hogy a szülők realisztikusan felkészülhessenek s elvárásaikat a gyermek valós képességeihez igazítsák. Csak a realisztikus magatartás képes elősegíteni a helyes alkalmazkodást, a frusztráció és a feszültségek csökkentését, s javíthatja a jövőben egy harmónikus szülő-gyermek kapcsolat esélyeit.

Fontos, hogy a szülők, kezelő személyzet növelje a mentálisan retardált gyereke önbecsülését, önértékelését. Ragadjanak meg minden lehetőséget ennek érdekében: társas, tanulmánybeli, foglalkozásbeli és mozgásbeli ügyességeiket fejlesszék, s elért eredményeiket dicsérik meg. Minél inkább idősödik egy szellemileg fogyatékos gyermek, annál inkább erősödik méltóságának, hovatartozásának és identitásának területén, amennyiben állandó munkát vagy feladatot kell végeznie.

A csoportterápiák is sokban segíthetnek a fogyatékkal élőkön: egy ilyen csoportfoglalkozáson el lehet oszlatni gátlásaikat, szorongásaikat, érzelmeiket könnyebben kifejezhetik s a társadalom számára elfogadható magatartásformáikat erősebbé tehetik. Az ilyen jellegű terápiában a terapeutának aktívabbnak kell lennie, kerülnie kell a szorongást kiváltó szituációkat, s nem az elsődleges, hanem inkább a másodlagos gondolkodási folyamatokat kell megerősítenie a tagokban.

A behaviouristák a magatartás átalakítását hangsúlyozzák. Ezen általuk kidolgozott módszerek hasznosak lehetnek az értelmi fogyatékosok számára is: egy komplex magatartásformát lebontják kicsi, apró lépésekre, s ezt gyakoroltatják egészen addig, amíg nem tudják elvégezni

nagyon jól (shaping). A kis előrelépéseket, eredményeket is jutalmazták (reinforcement, rewards), a negatív magatartásformákat igyekeznek kiküszöbölni (extinction).

A prevenció mellett kiemelt figyelmet szentelnek főleg napjainkban a foglalkozásbeli rehabilitációnak. A mai nevelésszisztéma különbséget tesz nevelhető – aki képes az alaptanulmányok valamilyen szintű elsajátításához – és a betanítható – csak a minimális társas kapcsolatokhoz szükséges szokások elsajátítására képes - értelmi fogyatékosok között. Az értelmi fogyatékoságot jellemzi a merevség, a konkrét gondolkodás, az elszórakozottság és az alacsony motiváltság. Vajon milyen módszerrel lehet ezen fogyatékoságot kezelni. Általában ezen módszereket ajánlják: az ingerek lehetséges lecsökkentése; az új és komplex cselekménysorozatok leegyszerűsítése, lépésekre való lebontása; a sikerek kiemelése, hogy azáltal növeljék önbizalmát, önértékelését; kölcsönös, megerősítésekre (reinforcing) épülő rávezető megközelítés alkalmazása (vizuális, taktilis, kinezetikus, verbális szinteken) az egyszerű fogalmak betanításában. A legújabb, gyakorlatban is alkalmazott nevelési trendek a következő pontokban foglalhatóak össze:

1. kevesebb hangsúly az iskolai teljesítményen, viszont kiemeltebb a prevokacionális és foglalkozásbeli nevelésen illetve a gyakorlati élettapasztalatokon.

2. a gyermek értelmi működésének nem globális, általános megismerése, hanem inkább kis, részekre, egységekre alapuló jól működő egységeinek felismerése s pontos beazonosítása és az ezekre létrehozott programok jó előkészítése, kidolgozása.

3. az operáns kondicionálás technikai eszközeinek beiktatása nevelésükben (shaping, reinforcing, extinction, reward, habit-training).

4. a tanárok, nevelők, pszichológusok irányításának illetve a velük való konzultációknak felismerése és felhasználása.

Skizofrénia

Történelmi előzmények

A pszichiátria és a pszichológia jelentős személyei nagy érdeklődést mutattak a skizofrénia betegsége iránt. Benedict Morel (1809-1873) a skizofréniaira a demence précoce kifejezést használta, rámutatván arra, hogy az milyen korán, még a kamaszkorban elkezdődhet.

Emil Kraepelin átvette Morel kifejezését, s a dementia praecox néven foglalkozott a skizofréniaival. Az elnevezéssel utal arra, hogy olyan betegségről van szó, amelyben károsodik a mentális, kognitív folyamat (dementia) és hogy az elég korán, a kamaszkorban beállhat (praecox). A dementia praecox egy olyan kór, mely idővel egyre rosszabbodik s általános klinikai szimptomái vannak: téveszmék és hallucinációk.

Aki a skizofrénia szót először használta, az Eugen Bleuler volt: szerinte skizma, azaz szakadás, hasadás, szétválás áll be a beteg gondolkodása, érzelmi világa és magatartásformái között. A skizofrén beteg egy „hasadt személyiség”. Bleuler elméletében igyekezett beazonosítani a skizofrénia elsődleges szimptomáit, amelyeket szerint „4 A”-ban lehetne összefoglalni, mivel a szimptomák 4 A betűvel kezdődő zavarra utalnak: asszociációs zavarok, affektusok, autizmus, s ambivalencia. Bleuler szerint a másodlagos szimptomák lennének a hallucinációk és a téveszmék.

Más elméletalkotók is igyekeztek meghatározni a skizofréniaét, így Adolf Meyer, aki szerint a skizofrénia nem más, mint az élethelyzetek által kiváltott stresszre adott reakció, s ezért inkább szívesebben nevezte a skizofréniaét csupán skizofrén reakciónak. Ernst Kretschmer szerint sokkal gyakoribb a skizofrén megbetegedés az aszthenikus, atletikus, displasztikus testű embereknél, mint a piknikusoknál. Gabriel Langfeldt a pszichótikus megbetegedéseket két nagy csoportra osztotta: valódi skizofréniaira és skizofrén-jellegű pszichózisra. A valódi skizofréniaának több tényezője van: alattomos felbukkanás, derealizáció és deperszonalizáció, autizmus, érzelmi tompultság.

Epidemiológia

A skizofrénia egyaránt, hasonló százalékban fordul elő férfiaknál és nőknél. Csupán annyi az eltérés, hogy amíg a férfiaknál a skizofrénia megjelenése 15-25 éves korra tehető, addig ez a nőknél 25-35 éves kor. A skizofrénia megjelenés 10 éves kor előtt és 50 éves kor után nagyon ritka.

A skizofrénia-kutatók azt az érdekes jelenséget állapították meg, hogy a skizofrén megbetegedés sokkal gyakoribb azoknál, akik télen vagy kora tavasszal születtek. Ennek az évszak-specifikus jelenségnek hátterében az állhat, hogy változások állnak be a táplálkozásban, s a vírusok okozta megbetegedések sokkal gyakoribbak.

A skizofrének esetében nagy az öngyilkosságot elkövetők aránya: 50%-a legalább egyszer elkövetett öngyilkossági kísérletet, s 10-15%-uk pedig öngyilkosságban halt meg. Szintén érdekes jelenség, hogy a skizofrén betegek $\frac{3}{4}$ -e cigarettázik. A dohányzás társítható az antipszichotikus orvosságok használatával: a dohányzás növeli az orvosságok szervezetben való lebontásának arányát, csökkenti az orvosságok mellékhatásaival járó kórokat (pl. parkinsonizmust); a nikotin csökkenti a hallucinációkat, a külső ingereknek, főképpen a hang észlelésének „behatoló” erejét. A skizofrének esetében nagy még az alkoholt fogyasztók – vagy egyéb szereket (cannabis, kokain) használók aránya (30-50%). A skizofrén betegek többsége inkább városokban, mint vidéken találhatóak. A városi élet által kiváltott stressz a skizofrénia rizikó-faktora lehet. Egyes szociológiai felmérések arra adnak következtetést, hogy a skizofréniában szenvedők többnyire „sodródó” néptömegekből (emigránsokból, faluról városba vándorlókból) kerülnek ki (downward drift hypothesis). Egyes felmérések szerint a hajléktalanok $\frac{1}{3}$ - a vagy talán $\frac{2}{3}$ -a skizofréniában szenved.

A skizofrénia okai

Stressz-Diathezis modell

Ezen modell egyesíti a biológiai, pszichoszociális és környezeti tényezőket. A modell értelmében a személy érzékeny, sérülékeny (diathesis) lehet akkor, ha valamilyen stressz hatása alá kerül. Stressz hatására pedig kialakulnak a skizofrén szimptómák.

A stressz lehet biológiai (fertőzés), környezeti (patológikus családi háttér vagy egy szeretett személy elvesztése), vagy azok együttes jelenléte.

Biológiai tényezők

A skizofrénia okai valójában ismeretlenek. A legújabb agykutatási eredmények azonban rámutatnak bizonyos agyi területek megváltozására skizofrén betegek esetében. Ez főképpen a limbikus szisztémánkat, az agyalapi idegdúcot, s a frontális agylebenyt érinti. Viszont ilyen vizsgálatoknál nem tudjuk minek mi az oka: vajon a skizofrénia okozta-e az agyi elváltozásokat, vagy az agyi elváltozások váltották-e ki magát a skizofréniát?

A dopamin-hipotézis szerint a skizofréniát a túlzott dopamin-aktivitás okozza. Viszont ezzel az elmélettel az a probléma, hogy egyrészt a dopamin-hiperaktivitás más betegségeknél is feltűnik, másrészt a dopamin túltermelés az antipszichotikus orvosságok is kiválthatják hosszú kezelés során. Más elméletek szerint a skizofréniát kiválthatják bizonyos szerek is, amelyek befolyással vannak a dopamin-termelésre (amfetamin), vagy a serotonin neurotranszmittert befolyásoló LSD vagy pedig a GABA (gamma-aminobutrikus-sav) neuronok csökkenése, melyek mind-mind vezethetnek pszichotikus szimptómákhoz, esetleg a skizofréniához.

A limbikus szisztémánk felelős érzéseinkért, s egyesek szerint ez felelne a skizofrénia kialakulásáért. A post-mortem skizofrének elemzéseiből az derül ki, hogy az agy bizonyos részei –

amigdala, a hippocampus, s a parahippocampusos tekervény – méreteiben kisebb, mint a nem-skizofrén embereknél.

Az agyalapi idegdúc az ember mozgáskoordinálásaiért felelős. A skizofrén emberek mozgásai gyakran furcsák, ügyetlenek, bizarrak, grimaszokat s sztereotíp mozgásokat eredményeznek. Ezen agyalapi idegdúc rendellenességeiből sem lehet azt a következtetést levonni, hogy okai lennének a skizofrénia kialakulásának.

A legújabban elterjedő technológiák is sok érdekességet mutatnak az agykutatás területén. Ilyenek a CT (computed tomography), az MRI (magnetic resonance imaging), az MRS (magnetic resonance spectroscopy) és a PET (positron emission tomography). A nehezségek ezen technikai újításokkal azok, hogy szintén olyan következtetésekre akarnak jutni, miszerint a skizofrénia az nem más, mint „agybetegség”. Ezen technikai újítások által elért képeredmények azt mutatják, hogy az agy kiterjedésében, az agyban koncentrálnak molekulákban – adenzin trifoszfát (ATP) – vagy az agy bizonyos területeinek hiperaktivitásában valami rendellenesség lép fel akkor, ha skizofrén személyeket vizsgálnak. A régebb időktől fogva használatos EEG (electroencephalography) tanulmányozásaiban arra az eredményre jutottak, hogy a skizofréneknél az aktivációs folyamatokra abnormálisan megnövekedett érzékenység, csökkent alfa-aktivitás, megnövekedett theta- és delta-aktivitás (értékeiben még magasabb az epileptiform-aktivitásoknál), s továbbá baloldali agyi rendellenességek lépnek fel. Mindezen rendellenességek valószínűleg azért lépnek fel, mivel a skizofrén személyek képtelenek kiszűrni az irreleváns háttérzajt, hangokat s különösen érzékenyek minden apró zajra, neszre.

A skizofrén emberekre jellemző még a rendellenes szemmozgások. A szemmozgásokért a frontális lebeny felelős. Egyes kutatók ezért ezzel a frontális lebeny rendellenességgel próbálják megmagyarázni a skizofrénia eredetét. A skizofrének immunológiai szempontból is jelentős rendellenességeket mutatnak fel: jellemzi őket gyakran a neurotoxikus vírusos megbetegedések. Ez annak tudható be, hogy az agyi antitestek nem töltik be rendeltetésbeli szerepüket.

Genetikai tényezők

Az 1930-as években rájöttek arra, hogy a skizofrénia kialakulásának nagyobb a veszélye akkor, ha a családban előzőleg valaki már skizofrén beteg volt. A kromoszóma-rendellenességek fele valamilyen módon társítható a skizofréniával: az 5, 11, és 18 kromoszómák karjai hosszúak, a 19 kromoszóma pedig rövidebb a szokványosnál, s az X kromoszóma pedig nagy valószínűséggel hibás.

Pszichoszociális tényezők

Pszichoanalitikus elmélet

Freud szerint a skizofrénia visszavezethető valamilyen fejlődésbeli fixációra. Szerinte az Ego hiányos fejlettségi állapota felelős a skizofrénia kialakulásában. A skizofrén embert az Ego dezintegrációja jellemzi, azaz a beteg olyan szintre csúszik vissza, amikor még az Ego-ja nem is létezett igazán, vagy amikor még az nagyon fejletlen, képlékeny volt.

A korai fixációk és az Ego fejletlensége mindenképpen intrapszichikus konfliktusokat vált ki, s eredményeképpen szegényes tárgy-relációk keletkeznek. A skizofréniát jellemzi a tárgy decathexise és a regresszió, amely a másokkal való konfliktusának és a frusztrációra való válaszának eredménye.

Sullivan szerint a skizofrénia nem annyira intrapszichikus, hanem inkább interperszonális konfliktus eredménye, s legtöbbször ezen pácienseknél túlzottan szorongó, aggódó anyát találunk.

A mai pszichoanalitikus elméletek szerint a skizofrénia visszavezethető az Ego fejletlenségére, amely a maga nemében befolyásolja a valóság interpretációját s az ösztönök – mint a szexualitás, agresszivitás – ellenőrzését. Mindenképpen lényeges a skizofrénia kialakulásában az

anya-gyerek kapcsolat. Mahler szerint ha gyerek igazából képes leválni az anyáról s önállóságra eljutni, akkor problémák keletkeznek az anya-gyerek kapcsolatban még az orális fázisban. A skizofrén embernek sohasem alakul ki a tárgyállandósága, s jellemzi őt a bizonytalan identitás és az erős kötődés anyjához. Federn szerint a skizofrén ember sohasem jut el az Én-tárgy differenciáció fokára. Ezért van úgy gyakran, hogy a skizofrénia a kamaszkorban lép fel, mivel ekkor már az Ego-nak a szülőktől szeparáltan, önállóan, függetlenül kellene működnie, s képesnek kellene lennie a feladatai beazonosítására, az ösztönök ellenőrzésére valamint a külső ingerekkel való megküzdésre.

A pszichoanalitikus elmélet a skizofrénia szimptomáit gyakran a maga szimbolikus jelentésében értelmezi. Pl. az azon való fantáziálás, miszerint a világnak hamarosan vége lesz, az szimbolizálja a személyiség belső „tönkremenetelét”. A nagyozolás nem más, mint a személy nárcisztikus reaktivizálása; a hallucinációk annak jelei, hogy a személy a külső valósággal nem tud mit kezdeni, s ez pedig belső vágyainak és félelmeinek másképpen történő kifejezése; a téveszmék megjelenései pedig regresszív kifejezései az új „valóság” megteremtése vágyának, illetve belső félelmeinek és impulzusainak.

Pszichodinamikus elméletek

Freud a skizofréniát a frusztrációra és a más emberekkel való konfliktus regresszív válaszának tekintette. A regresszió mindig az érzelmek – a cathexes – visszavonását eredményezi. A cathexes visszavonul, visszahúzódik mind az élő emberektől, mind pedig azok belső reprezentációitól. Ekkor a cathexes – „érzelmi befektetés, beinvestálás, ráfordítás” – visszatér a fejlődés autoerotikus szintjére, s megjelenik az autisztikus visszahúzódás.

Freud elméletében a neurózis nem más, mint az Ego és az Id konfliktusa, míg a pszichózis az Ego és a Külvilág konfliktusa, melynek során a külső valóság „megváltozik”, s következképpen „átalakul”.

Más pszichoanalitikusok Freudtól eltérő magyarázatot adtak a skizofréniára. Szerintük a skizofrénia nem más, mint a külső ingerekre való túlzott érzékenység: a skizofrén beteg nem képes a különböző ingereket átszűrni, s csak az információ egy bizonyos töredékére összpontosít. A pszichodinamikus modell a szülők szerepét emeli ki abban, hogy a gyerek miért nem képes a megfelelő ingerküszöb kialakítására.

Tanuláselméletek

A tanuláselméletek szerint a gyerek a szülőket utánozva megtanulja az irracionális reakciókat és gondolkodásmódot. A skizofrén embernek azért oly szegényes a másokkal való kapcsolatrendszer, mivel gyerekkorukban jelentéktelen volt a tanulásban a „modell” szerepe.

Dupla-kötődés-elmélet

A dupla kötődés fogalma G. Bateson-tól származik: Bateson szerint a gyerek kaphat szüleitől „konfliktusteli” (zavaros, többértelmű, ellentmondásos) üzeneteket magatartásait és érzelmeit illetően. Mivel a gyerekek nem tudnak megoldást találni erre a dupla-kötődés megoldatlan zavarosságára, ezért mintegy a pszichotikus állapotba „menekülnek bele”.

Aszimmetrikus családi helyzet

T. Lidz a családi magatartásformák két rendellenes típusát különböztette meg. Az egyik rendellenes családi magatartásformája az, amikor a szülők között mély szakadás támad, s az egyik szülő túlzottan közel kerül az ellentétes nemű gyerekéhez.

A másik rendellenes családi magatartásverzióban a szakadás az egyik gyerek és az egyik szülő között található meg, melynek jellemzője a hatalomért való küzdelem, s eredménye a domináns szülő-típus.

Pszudokölcsönösségen és pseudoellenségeskedésen alapuló családok

L.Wynne szerint vannak olyan családok, melyekben az érzelmek kifejezését álkölcsönös vagy álellenségeskedő verbális kommunikáció révén igyekeznek elfojtani. Az ilyen családokban ezért csak az ezen alapuló egyoldalú, egysíkú verbális kommunikáció fejlődik ki, s amikor a gyerekek elhagyják a családi házat, akkor azok más emberekkel is ezen egyoldalú minta szerint akarnának kapcsolatot létesíteni, s ez nagy konfliktust eredményez számukra: a kívülállók számára a gyerek kommunikációja érthetetlen, hozzáférhetetlen.

A skizofrénia altípusai

Paranoid típus

A DSM-IV úgy határozza meg a paranoid skizofréniát, melyben egy vagy több téveszme lép fel, melyeket gyakran hallucináció kísér – leggyakrabban auditív – s melyre nem jellemző a katatónia vagy a dizorganizált típus viselkedésformái. A paranoid típus leggyakoribb téveszméi a nagyolási vagy az üldözési típusúak. Gyakran foglalkoztatják szexuális jellegű témák. Azt véli, hogy a mindennapi események, történések valamelyest rá is vonatkoznak közvetlen módon (rádió, televízió). A világban sok személy vagy intézmény összefog ellene. Jellemzik továbbá a vallásos jellegű gondolatokkal, filozófiával való foglalkozása valamint a szomatikus aggodalmaskodások és panaszok.

A paranoid skizofrénia összehasonlítva a katatón vagy dizorganizált altípusokkal, nem fiatalon, hanem inkább később jelenik meg. Ezek az emberek már társadalmilag valamelyest beilleszkedtek, vannak alkalmazkodásra utaló előzetes pozitív tapasztalataik, ezért a paranoid skizofréneknek sokkal több az ún. ego-forrásuk, ami nagy segítségükre lehet gyógyításukban.

A paranoid skizofrén kisebb regressziót eredményez mind az értelmi, mind az érzelmi, s a magatartásbeli képességeiben akkor, ha őt összevetnénk más skizofrén-típusokkal.

Mi jellemzi leginkább a paranoid skizofrént? Feszültek, gyanakvóak, körültekintőek, tartózkodóak, olykor ellenségesek és agresszívok, de társas helyzetekben képesek alkalmazkodni, magukat türtőztetni. Intelligenciájuk azon területeken, melyen a pszichózis nem érezteti hatását, ép.

Függelék: jellemzők mérlegelése a skizofrénia jó vagy rossz prognózisát illetően.

Jobb prognózis jellemzői:

- késői megjelenés
- nyilvánvaló kiváltó tényezők
- akut megjelenés
- pozitív társas, szexuális és munkahelyi előzmények
- érzellemmel kapcsolatos rendellenességek (leginkább depresszió)
- házas élet
- a családban voltak korábban érzelmi rendellenességek
- jó támogató rendszer megléte
- pozitív szimptomák

Roszbabb prognózis jellemzői:

- megjelenése fiatal korban
- nincsenek nyilvánvaló kiváltó tényezők
- alattomos, észrevétlen megjelenés

- negatív társas, szexuális és munkahelyi előzmények
- visszahúzó, autisztikus viselkedésmód
- egyedül élők, elváltak, özvegyek
- a családban már volt skizofrénia
- gyenge, elégtelen támogató rendszer
- negatív szimptomák
- neurológiai tünetek
- perinatális trauma jelenléte
- a tünetek és szimptomák nem tűnnek el 3 év leforgása alatt sem
- többszörös visszaesés
- agresszív, támadáshoz köthető előtörténet

Dizorganizált (hebefrén) típus

A dizorganizált (korábban hebefrén) típus legfontosabb jellemzője a primitív, gátlástalan, szervezetlen (dizorganizált, dizintegrált, nem-koordinált) regresszió és a katatón-típus tulajdonságainak hiánya.

Megjelenése korai: 25 éves kor előtt. A hebefrén skizofrén (hebefrenia jelentése: fiatal elme) aktív, de céltalan, nem-konstruktív módon. Dizorientált, téveszméi s hallucinációi vannak, nyelvi zavarok lépnek fel s fura szimbolikus cselekményeket végez.

Gondolatai rendezetlenek s a valósággal való viszonya is szegényes. Külső, személyes megjelenése és társas kapcsolatai is erőteljesen megromlott.

Érzelmi válaszaik alkalmatlanok, gyakran nevetésbe törnek ki semmiféle előzmény nélkül. Gyakran vicсорítanak és grimaszkodnak, másokat utánoznak, magatartásuk bolondos, szeleburdi.

Katatón típus

A katatón skizofrén tipikusan a mozgásbeli, motoros funkciók rendellenességeihez köthető. Ez magába foglalja a stuport (reakciók hiánya), a negativizmust, a merevséget, az ingerlékenységet és a különböző pózok felvételét. Olykor gyors változások történnek a szélsőségek között: az izgatottságot hirtelen stupor követi, s fordítva. Órákig képes ülni vagy állni, anélkül, hogy megmozdulna, hogy megszólalna, gyakran visszautasítja a beszélgetést, mások szavára oda sem figyel (Szókratészről tartja a mondás, hogy egyik reggelétől kezdve a másik nap napnyugtááig mozdulatlan maradt). Bár a katatón tudja mi történik körülötte, de mégsem reagál, nem válaszol a környezet ingereire. A másik véglet, az agresszív viselkedés, melynek során szélsőséges dühkitörései lehetnek, mindent széttör, ami a keze közé akad, mindent szétcibál. Ilyenkor szoktak gyilkosságot is elkövetni. Az agresszív viselkedésforma előzményei lehetnek a nyugtalanság, túlzott aktivitás, alváshiány, s kitörő actin out-ok. Jellemző még erre a típusra a sztereotípiá, manniérizmus valamint a viasszerű hajlékonyság.

Szintén gyakori a mutizmus. A katatón skizofrénia epizódszerű, relatíve gyorsan lezajló rohamokban játszódik le, bár sajnos egyre több a krónikus katatón is, akiket mindenképpen kórházi ellátásban kell részesíteni. A katatón pózfelvétel eredetét a pszichoanalitikusok a méhen belüli regresszióval magyarázzák: tudatalatt a katatón arra vágyik, hogy visszatérjen az anyaméhbe. A katatón állapot egyébként az állatvilágra is jellemző: bizonyos állatfajta a szörnyű veszedelem elől úgy védekeznek, hogy tettetik halálukat. Maga a katatón stupor is a halált szimbolizálja (kata + thanatos szavak összetétele). A katatón stupor vagy izgatottság ideje alatt mindenképpen ellenőrizni kell a páciént, hiszen önmagára s másokra is veszélyt jelenthet. Orvosi felügyeletet és gondozást is követel ez a típus, hiszen gyakran hajlamosak arra, hogy ne táplálkozzanak, vagy elégtelenül egyenek, kimerüljenek, vagy önmagukat sebezzenek, önmagukon öncsonkítást hajtsanak végre.

Skizoaffektív típus

Ezek a skizofrén betegek kimutatják instabil érzelmeiket. Érzelmi állapotuk csapong, rendkívül gyorsan változik: egyik pillanatban nevet, a másikban sír. Az érzelmi instabilitásukhoz gyakran társulnak téveszmék.

A skizoaffektív skizofrén rohamok esetébe a gondolati tartalmak is zavartak, viszont azt mindig kíséri érzelmi töltésű zavar is. Gyakran ekkor válnak veszélyesekké önmaguk s mások számára is.

Eset: egy alkalommal egy professzor az egyik hallgatójának elégtelen jegyet adott, s így a vizsgát meg kellett volna ismételni. A kitűzött időpontra a hallgató nem jelent meg. Ott hagyta az egyetemet, s nem volt felőle semmiféle hír, hogy hova tűnt, mihez kezdett. Közben a professzor más egyetemen is meghívást kapott előadásokra. Ezt a hallgató megtudta, s a következő táviratot küldte a professzornak:

„Kedves Professzor Úr!

Fülig szerelmes vagyok Önbe, érti, teljesen, fülig, mindenemmel szeretem Önt. Itt ülök egész nap a telefonnál, s azt várom, hogy felhívjon. Várom hívását!

Imádattal, szeretettel,

X.V.

A professzor ezt elolvastva, gondolta, valami viccről, tréfáról lehet szó. Visszatért az egyetemről otthonába, s a telefon üzenetrögzítőjén hosszú hívást talált ettől a hallgatójától. A hívás súlyos zavarról árulkodott. De még nincs ezzel vége. A professzor a másik napon is kapott egy táviratot:

„Kedves Professzor Úr!

Kérem ne dobjon el magától, szeretem Önt. Ha nem vesz feleségül, bele fogok halni. Nem ismerek senki mást, csak Önt és Magamat, s Kettőnket. A fűm tud Önről, s éppen ezért nem tudna Ő boldog lenni velem. Bárhol járok, bárkivel találkozok, mindenhol s mindenkinek elmondom azt, ami közöttünk van. Soha se lesznek barátaim, s nem akarok más helyre elköltözni. Kérem, térjen vissza, s vegyen el feleségül! Csak Önt, csakis Önt szeretem, imádom. Ha nem, életem teljesen tönkre fog menni. Kérem, jöjjön vissza! Tudom, hogy Ön is szeret Engem, s feleségül is akar venni. Ha nem hallok Ön felől, nem fogom kibírni. Kérem hívjon fel, beszélni akarok Önnel, mert imádom Önt!

Imádattal, fülig szerelmesen,

X.V.

Nem-differenciált típus

Ez azon típus, melyről mindenképpen megállapíthatjuk, hogy fennáll a skizofrénia, viszont egyik előző típusba sem sorolható be. Az ide osztályozottak sohasem voltak kórházi kezelés alatt s általában tudnak a társas élet elvárásaihoz alkalmazkodni.

Reziduális típus

Akkor van szó erről a típusról, amikor a skizofrén zavar jelenléte evidens, viszont hiányzik az aktív szimptómák komplett együttese valamint nincs elég szimptóma ahhoz, hogy skizofréniát diagnosztizálhassunk.

Ezt a típust jellemzik: érzelmi tompultság, másoktól való visszavonulás, figyelemfelkeltő magatartásformák, logikátlan gondolkodás, asszociációs készség zavara vagy annak teljes hiánya.

Pozitív és negatív szimptómák szerinti besorolás

1980-ban T.J. Crow javasolta azt, hogy a skizofrén betegek csoportosításánál vegyék figyelembe a pozitív (produktív) és negatív (defícites) szimptómák jelenlétét vagy hiányát.

Crow a pozitív szimptómákhoz sorolta a téveszméket és a hallucinációkat. A negatív szimptómák pedig magukba foglalják az affektív tompultságot, a beszéd szegényességét (alogia), a

beszéd tartalmát, a gondolkodás megakadását, a motivációk hiányát, az anhedóniát, a másokkal való kapcsolattól történő visszahúzódást, a gyászra, szomorkodásra való hajlandóság hiányát, minimális jelenlétét.

Egyéb altípusok

Bouffée delirans típus

Ezt a diagnosztikai fogalmat a franciák alkották akkor, amikor arra igyekeztek koncentrálni, hogy vajon mennyi ideig tart a skizofrénia. A franciák szerint a skizofrén páciensek 40%-a abba a kategóriába sorolandó, melynek során a tünetek kevesebb mint 3 hónapig tartanak.

A DSM-IV szerint ez a francia besorolás csupán a skizofreniform rendellenességek egyike lenne.

Latens típus

A latens skizofrénia akkortájt keletkezett, amikor a skizofrén rendellenességről kezdték azt mondogatni, hogy abba a kategóriába csak nagyon kevesen lennének besorolhatóak. Ha a skizofréniát tágabban értelmezzük, akkor ez nem is lenne kizárt, s a betegséget a maga súlyosságában csak nagyon kevés páciensről tudnánk állítani.

A latens skizofréniát inkább a skizoid vagy a skizotípusú betegekre értjük. Ezen betegek alkalmasszerűen felmutatnak furcsa magatartásformákat s gondolkodásbeli rendellenességeket, de pszichotikus szimptomáik nem találhatóak meg esetükben kitartó, állandó jelleggel.

Oneiroid típus

Az oneiroid jelző egy álomszerű állapotra utal, melynek során a páciens mélyen zavart s nem képes térben és időben orientálódni.

Ezt a kifejezést olyan skizofrénekre értik, akik mélyen beleássák magukat hallucinációikba s ezért a külvilággal való kapcsolatuk szinte megszűnik. Az oneiroid típusú beteget meg kell vizsgálni mind orvosilag, mind neurológiailag.

Parafrénia

A kifejezés gyakran szinonímája a paranoid skizofréniának. Arra utal, hogy a betegnél megtalálhatóak a nagyon megszerzett téveszmerendszerek, s betegségére jellemző a folyamatos, szakaszos rosszabbodás.

Pszeudoneurózis

Páciensek kezdetben felmutathatnak olyan szimptomákat, mint a szorongás, fóbiák, kompulziók, obszessziók, s egy másik fázisban, később megjelenhetnek gondolkodásbeli rendellenességek s maga a pszichózis is. Ezen betegek jellemzői a pánsszorongás, pánfóbiák, pánambivalencia, s a kaotikus szexuális élet. A szorongásos rendellenességben szenvedőkkel ellentétben, a pszeudoneurótikusok szorongása szabadon áramló, s ritkán állapotodik meg. Ezek csak ritkán válhatnak pszichotikusakká. Legtöbbjükre inkább a borderline diagnózist állítják fel.

Egyszerű típus

Ez a típusú skizofrén páciens ritkán mutat föl olyan drámai szimptómákat, mint a dizorientáció, téveszmék, hallucináció, magatartásbeli vagy nyelvi rendellenességeket. Ellenkezőleg, érdeklődést tanusít, aktív, amit fokozatosan, nem hirtelen kezd elveszíteni.

Leginkább kamaszkor tájékán üti fel a fejét. Ez a skizofrén páciens elvonul a családtagoktól, nincsenek barátai, keresi az egyedüllétet, gyakran egyedül akar enni. Elveszti az iskola, a munka iránti érdeklődését, megjelenésében rendetlen, s szeret álmodozni.

Bár intellektuális képességeiben nem károsodik, mégis a vele kapcsolatba kerülőknek az a benyomása, hogy „bamba”, eltompult. Apátiája, közömbössége, érdektelensége, koncentráció képességének hiányosságai, s az alacsony motiváltság az „értelmi fogyatékoság” jelenlétét sugallná.

Ezen típus legfontosabb jellemzői az apátia és a visszavonulás. A szimptómái idővel fokozatosan romló tendenciát mutatnak, s később ezek bűnözéssel, prostitúcióval foglalkoznak s gyakran kóbor életmódot folytatnak.

Az ICD-10 skizofrénia diagnózisa

Az ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problem) megkülönbözteti a skizotipikus rendellenességeket a skizofrén betegségektől, bár feltehetően genetikailag kapcsolódnak egymáshoz, az ICD-10 úgy jellemzi a téveszmés rendellenességeket, amelyeknek nem sok közülük van a skizofréniahoz.

Az ICD-10 szerint a skizofrénia diagnózisának felállításához 9 szimptómacsoport jelenléte lényeges: 1. gondolati visszhang, gondolatok beépülése, illetve visszavonása, gondolatok mások által való észlelése, kihallása. 2. ellenőrzés, befolyás téveszméi, vagy passzivitás 3. hang hallucinációk 4. olyan téveszmék állandó jelenléte, melyek kulturális szempontból lehetetlenek, elfogadhatatlanok 5. tartós hallucinációk 6. a gondolkodási folyamat megszakadása illetve gátlása 7. katatón viselkedésmód 8. olyan negatív szimptómák megjelenése, amelyek kapcsolatban vannak a társas kapcsolatoktól való visszahúzódással vagy kapcsolatbeli szegénységgel, de melyeket nem depresszió vagy gyógyszerelés váltott ki 9. a magatartásban beálló, folyamatos, mindenre kiterjedő változások kialakulása.

Ellentétben a DSM-IV-el, az ICD a skizofrénia megállapításához csak egy nyilvánvaló vagy két nem egészen világos szimptóma jelenlétét kéri az 1-4 szimptómacsoportból, és legalább kettőt az 5-8 szimptómacsoportból, melyek időtartama legalább 1 hónap kell, hogy legyen (a DSM-IV legalább 6 hónapról beszél a zavarok időtartamát illetően).

Klinikai jellemzők

Fontos a skizofrénia diagnózisában: 1. a páciens történetének ismerete, nem elegendő sohasem annak mentális állapotának felmérése. 2. Azt is tudnunk kell, hogy a páciens szimptómái változnak (eltűnhetnek a hallucinációk, majd ismét visszatérhetnek; vagy megjelenhetnek más szimptómák, amelyek az érzelmi-hangulati rendellenességek jellemzői, pl. depresszió-mánia). 3. Figyelembe kell vennünk a páciens tanulmányi szintjét, intellektuális adottságait, s azt, vajon mely kultúrának vagy szubkultúrának a tagja.

Premorbid tünetek és szimptómák

A skizofrénia tipikus premorbid történetéhez tartozik, hogy a skizofrén páciensnek voltak skizotipikus jellemzői, mint a csendbe való elvonulás, a passzivitás és az introverzió.

Általában jellemzi a pácienseket az, hogy kevés barátjuk volt, nem voltak találkáik, randevúik, kerültek a sporttevékenységben való részvételt. Ha élvezték is a mozizást, tévézést vagy zenehallgatást, azt mások jelenlétének kizárásával tették.

Kamaszkorukra lehet jellemző az akut kényszerneurozisz (obsessive-compulsive disorder). Jellegzetes panaszai közé tartoznak a testi szimptomák, mint a fejfájás, hátfájás, izomfájdalmak, általános gyengélkedés vagy emésztési problémák. Hajlamosak mindent szomatizálni.

Nincs jele annak, hogy társas kapcsolataikban, munkahelyükön, személyes ismeretségi körében jól, elfogadhatóan tevékenykedjenek. Az idő haladtával egyre inkább bezárkóznak, elvonulnak, s idejük nagyobb részében foglalkoztatják őket elvont filozófiai, vallási problémák.

Értelmi állapotuk megvizsgálása

A skizofrén ember megjelenésének skálája széles: terjedhet az agresszív, kiabáló, izgatott egyéntől egészen a csendes, mozdulatlan páciensig. Két szélsőség között felvehetnek bizarr pózokat, beszédesekké válhatnak. Általában akkor tűnnek agresszívnek, mindenféle provokációt nélkülözve támadónak, veszélyesnek, amikor reagálnak a hallucinációikra. Ezzel ellentétben, megjelenhetnek a katatón mozdulatlanság, stupor magatartásformáik is, amikor szinte élettelenek, némának látjuk őket. Manapság a viasz-hajlékonyság tünet egyre ritkább.

A katatón skizofrén páciens elvonul, s ugyanakkor önközpontú, önmagával elfoglalt lesz, hiányzik belőle a spontán beszéd, a céltudatos, célirányos mozgás. A katatón páciens mozdulatlan, néma marad órák hosszat székében, válaszai rövidek, s csak akkor mozog, ha őt valahova irányítják, vezetik. Mozgásaikra jellemző az ügyetlenség, tétováság, merevség.

A skizofrének kerülik a tisztálkodást, fésülködést, s öltözködésükben rendetlenek, koszosak, s általában sokkal melegebben öltöznek fel, mint ahogyan a külső hőmérséklet azt megkívánná. Magatartásformáikra jellemző lehet a tic, a sztereotípiák, a mannerizmus, s az echopraxia (általában az őket diagnosztizálókat, kezelő orvosait utánozzák).

Érzelmek, affektusai

Az akut pszichózis vagy egy pszichotikus epizód kísérője lehet a depresszió. A erős antipszichotikus orvosságok szedése is okozhat depressziót.

Más jellegzetes érzelmek lehetnek még: zavartság, elszigeteltség, félelem, ambivalencia. A skizofrén ember két véglet közötti alkalmatlan érzéseket mutathat: extrém boldogság, vagy harag, illetve szorongás.

Jellemezheti továbbá a csökkent érzelmi válaszkészség, a tompultság, az anhedónia, mindenhatóság-érzés, vallásos jellegű extázis, a lélek dezintegrációjától való szörnyű félelem, illetve a világegyetem összeomlásának bénító szorongása.

Észlelési rendellenességek

Legjellemzőbbek a skizofrén pácienseknél a hallási hallucinációk: olyan hangokat hallanak, melyek fenyegetőek, trágarak, vádlóak, provokatívak. Hallhatnak két vagy több hangot is, amelyek egymás között társalognak, kommentálják a páciens magatartásait.

Még lehetnek látási hallucinációik, de ritkák a tapintási, szaglási és ízlelési jellegűek. A kinesztetikus hallucinációk is megjelenhetnek, melyek a testi szervek megváltozott állapotának benyomásait keltik: pl. égési érzés az agyon belül, nyomás érzése a véredényekben, vágás érzése a csontokban.

Gondolkodási rendellenességek

A gondolkodás tartalmi jellegű rendellenességei közé tartoznak a téveszmék. Ezek rengeteg formáival találkozhatunk a skizofrén pácienseknél: üldöztetéses, nagyozolós, vallási, szomatikus stb. A páciens azt hiheti, hogy gondolatatait, magatartását külső, rajta kívül álló lények, entitások ellenőrzik. Ezek a lények olyannyira képesek ellenőrizni az eseményeket, hogy pl. okozhatják a napfelkeltét, megakadályozhatják a földrengést stb. A pácienseket lekötik az elvont, ezotérikus, szimbolikus, filozófiai-pszichológiai gondolatok.

A skizofrén ember elveszíti saját egojának határait is: nem tudja, hol van teste, értelmi képessége határa, hol ér véget befolyása, hol kezdődik egy tőle különböző másik élő vagy élettelen tárgy. Gyakran gondolják azt, hogy a tv, az újságok rájuk tesznek utalásokat, megjegyzéseket. Gyakran vannak olyan érzéseik, miszerint egyesülnek, fuzionálnak rajtuk kívül álló tárgyakkal (eggyé válik a fával, a másik személlyel), vagy ellenkezőleg „feloldódik” valami másban (a világegyetemben, a porfelhőben). Gyakran kételkednek szexuális orientációjukat, nemüket illetően.

A gondolat formai oldalát tekintve találkozhatunk sok-sok szimptomával: asszociációk elvesztése, kisiklás, inkoherencia, neologizmusok, érintőlegesség, körülírás, verbigeráció, szósaláta, mutizmus. Nagy problémát jelentenek számukra a gondolatok megfogalmazása illetve nyelven való közlése.

Az őket megvizsgáló szakembereknek számukra olyan feladatokat kell adniuk, melyek során beszélgetik, leíratnak valamit velük, vagy pedig rajzoltatják őket. Ezek során derül fény arra, hogy van-e gondolat-folyamatbeli felgyorsulás, megakadás, figyelmük mennyire legyengült, gondolataik mennyire szegényesek, szegényes absztrakciós képességeik vannak, perszeverálnak, vagy asszociációikat hogyan formálják meg.

Impulzivitás, agresszivitás, öngyilkosság

Amikor a skizofrén páciensek nagyon zaklatottak, aktívak, kevés esélyük van arra, hogy impulzusaikat ellenőrizhessék. Társas kapcsolatok, viszonyok iránti érzékenységük sérül, s olyan helyzetekben is agresszíve reagálhatnak, mint pl. mások eldobott cigarettájának felszedése, tv-csatornák gyors átkapcsolgatása, étel földre való dobása.

Impulzus-kontrolljuk csökkenése sajnos kiterjedhet a gyilkosságokra s az öngyilkosságra is. Ezek a gyilkos/öngyilkos késztetések leginkább hallási hallucinációikra adott reakciókként értelmezhetőek. A skizofrén páciensek kb. 50%-a követett el öngyilkosságot.

Érzékszervek, tudat

A skizofrén páciensek általában jól orientálódnak térben, időben, személyeket illetően, még akkor is, ha olykor válaszaik bizarrak („Én Jézus Krisztus vagyok, itt a menyországban találok magamat, s K.sz. 35-ik évben járunk”).

Memória-készségük is általában megfelelő. Nagyon szegény viszont az insight-képességük, belátásuk főképpen betegségüket illetően. Ez a rendellenesen működő insight továbbá arra készíti őket, hogy ne nagyon működjenek együtt azokkal, akik rajtuk segíteni próbálnak, akik kezelik őket.

Egyéb neurológiai, fiziológiai jellemzők

A skizofrén pácienseknél gyakran bukkanunk nem-lokalizálható neurológiai tünetekre, mint pl. a dysdiadochokinesia, astereognosis, primitív reflexek, csökkent kézügyesség. Más neurológiai

jelenségek még a tic, a grimaszolás, a sztereotípiák, a motoros készségek gyengülése, abnormális motoros mozgások, mozgáskoordinációk.

A páciensek tovább szemproblémákat is felmutatnak: sokkal többet pislognak az átlagos embereknél.

Jellemzi még a skizofrén pácienszt a szinte kényszeres vízfogyasztás, amely átlagosan elérheti a napi 10 litert.

Differenciáldiagnózis

A skizofrén páciens sajnos nem képes belátni betegségét, képtelen az insight-ra, szemben a neurótikussal, aki érzi betegségét, a betegsége okozta feszültséget észleli. Szakemberek ezért is tesznek különbséget a neurózis és a pszichózis között.

Ennek ismeretében, a skizofrénia mégis különbözik a többi más pszichotikus rendellenességtől. Megkülönböztetjük a skizofreniform rendellenességet a skizofrénitástól: a skizofreniform betegség esetében az időtartam több mint 1 hónap, de mégis kevesebb mint 6 hónap. A rövid pszichotikus rendellenesség időtartama kezdődhet 1 naptól, de nem éri el az 1 hónapot. Amennyiben a skizofréniaival párhuzamosan megjelenik a mánia vagy a depresszió szindrómája, akkor azt inkább skizoaffektív rendellenességnek kategorizálják.

A legnehezebb helyzetben akkor találja magát a szakember, amikor nem tudja igazán, hogy a skizofrénitást mióta, milyen időtartamban kísérik mániakus-depresszív szimptómák, s mely szimptómák elsődleges, illetve másodlagosak. Ilyenkor a teendő az, hogy késlelteti a diagnózis felállítását. Teljesen normális, hogy egy skizofrén epizódot depressziós szimptómák követnek.

Olykor egyes személyiség-rendellenességek (normalitás zónáján belül) felmutathatnak a skizofréniaival rokon szimptómákat. Ezeket inkább skizoid, skizotipikus, borderline személyiségként kategorizáljuk. Bizonyos esetekben a kényszeres személyiség típus (obsessive-compulsive) vagy kényszeres neurótikus szimptómái csupán a skizofrén folyamatok rejtegetéséül jelentkeznek.

A betegség folyamata és a prognózis

Leggyakrabban már a kamasz korban vannak előjelei a skizofrénianak, amelynek szimptómái néhány nap, hónap alatt kialakulnak. A szimptómák kialakulásának időtartamát, esetleges felgyorsulását befolyásolhatják bizonyos szociális vagy egyéb környezeti tényezők: lakóhely megváltozása, kollégiumba való beköltözés, bizonyos szerek használata, közeli rokon, barát halála.

Ami megkönnyíthetné a diagnózis felállítását a skizofrénia és az érzelmi rendellenességek között, az a következő: a pszichózis esetében minden visszaesés után rosszabbodik állapota. Minden pszichotikus epizódot követhet depresszió, viszont a skizofrén ember stresszre való reakciója, érzékenysége egész életében megmarad, az nem átmeneti, ideiglenes. Bár a pozitív szimptómák súlyossága csökken, a negatív szimptómák állandóan megmaradnak, sőt súlyosságukban fokozódnak. A skizofrének 1/3-a valamilyen szinten beilleszkedik, viszont többségükre leginkább a céltalanság, az állandó kórházi kezelése, a passzivitás, a szegénység és a hajléktalanság jellemző.

A skizofrén páciensek kórházi ellátásában (átlagosan 5-10 évig kezelték a pácienseket) segédkező szakemberek szerint jó kimenetelű kezelést csupán 10-20 %-uknál találtak. A skizofrén páciensek több mint 50%-ánál negatív eredmények mutatkoztak: ismételt kórházi kezelés, a szimptómák felerősödése és súlyosbodása, érzelmi jellegű rendellenességek megjelenése, öngyilkossági kísérletek.

A skizofrén betegek kezelése

A kórházi kezelés legfontosabb teendője a megfelelő orvossággal történő ellátás, főleg azért, mivel sokakban gyilkos és öngyilkos gondolati folyamatok indulhatnak be. Kell róluk gondoskodni, ápolásra szorulnak az élet legtöbb területén, hiszen gyakran elutasítják az ételt, a táplálkozást, s a legvégsőig legyengülnek. A gondoskodás kiterjed az étel rendszeres fogyasztására, az öltöztetésre, a védelemnyújtásra.

Fontos a megfelelő orvosságok nyújtása, az adag beállítása, s ha kell a gyógyszeres kezelés megváltoztatása. Manapság rengeteg antipszichótikus orvosság létezik, melyeket hatásuk alapján osztályoznak: dopamin-receptor antagonisták (Thorazin, Haldol) és a szerotonin-dopamin antagonisták (Risperdal, Clorazil). A dopamin-receptor antagonisták leginkább a pozitív szimptomák kezelésére jó (téveszmékkel szemben). Az orvosságokkal a legnagyobb probléma az, hogy egyrészt a páciens mentális állapotát nem fogják helyreállítani velük, másrészt pedig sok-sok negatív mellékhatással bírnak (akathisia, parkinson-kór-szerű szimptomák, mint a merevség és a tremor).

Több pszichoszociális terápiát is kidolgoztak skizofrén páciensek javára. Ilyen pl. a behaviourista háttérű terápia, mely a társas, szociális készségeket igyekszik javítani (pl. kommunikációs készségek), s ezt a jutalmazás módszerével (dicséret, token) éri el. Használja még a videofelvételeket: a páciens előtt levetítik saját maga vagy más skizofrén személyek viselkedését, majd arra kéri őket, helyettesítsék be önmagukat az ő szerepükbe (role playing) vagy a neki feladatként kiadott új magatartást tanúsító szerepkörbe.

A családterápiák általában csak akkor működnek jól, ha rövidek, de intenzívek. Ennek a terápiának az a lényege, hogy egy pszichótikus epizódot annak elmúlta után azonnal megtárgyaljanak: tudják a családtagok és a páciens beazonosítani a tüneteket, szimptomákat s a zavart keltőeket a jövőben igyekezzenek kerülni. Ilyen esetekben a terapeutának ügyesen kell kontrollálni az érzelmek intenzitásának volumenét, nehogy az érzelmek túlzottan intenzív kifejezése megfékezze a gyógyulási folyamatot.

A csoport-terápiák a mindennapok feladataira, terveire, problémáira, kapcsolatrendszerére koncentrálnak: csökkenteni képes a szociális izolációt, s felerősíti a másokhoz való tartozás érzését.

A kognitív terápiában a kognitív jellegű torzításokat, a figyelmetlenséget, az ítélet-alkotási hibákat igyekeznek enyhíteni és korrigálni.

Az egyéni terápia során a legfontosabb lépés a terapeutikus szövetség kialakulása a páciens-terapeuta között. Ez gyakran nagyon nehéz, hiszen a skizofrén páciensek gyanakvóak, kerülnek a társaságot, zárkóztak, bizalmatlanok, s másokkal való együttlévük bennük erős szorongást vált ki. Ezért fontos, hogy a pszichoterapeuta rugalmas legyen: üljön le nyugodtan páciense mellé a padlóra, étkezzon vele együtt az ebédlőben, fogadjon el tőle ajándékokat, s azt viszonzza, teniszezzon vele, emlékezzon a páciense születésnapjára stb.

Appendix

PARANOIA

Különbség a paranoid illetve nonparanoid skizofrénia között

(Weiner I.B., Psychodiagnosis in Schizophrenia,
N.Y, 1966. cikk alapján)

A paranoid típusú skizofrén résen van, örökös, figyelmes, s nagyon érzékeny minden személyét érintő referenciára. Intellektuális működését relatíve megőrizte, s leginkább arra koncentrálnak, hogy a külvilágból személyisége ellen intézett támadásoktól megvédje önmagát.

Tapasztalatszerzését merev módon irányítja, mindenre, amit tapasztal óvatos, precíz mérték szerint reagál s válaszol. Vele szemben a hebefrén skizofrén értelmileg zavart, dezintegrált, s a személyére vonatkozó referenciák nem érdeklők.

A paranoid skizofrén motoros tevékenységében s kognitív aktivitásában nem mutat felrosszabbodást. Különböző feladatok elvégzésére megkérhető, teljesítménye elfogadható, vele szemben a nonparanoid skizofrén teljesítménye gyenge, egyenetlen, s folyamatos romlás tapasztalható.

Az asszociációk rendellenessége szintén skizofrén jelenség. Ez a rendellenesség viszont két irányba mehet el: a környezeti események ingereire kifejlesztett egy még erőteljesebb logikus értelmezési módozatot vagy ellenkezőleg, irreleváns asszociációkat képtelen lesz kizárni, ezért a gondolkodás folyamatára az üresség lesz jellemző, s mérlegelés, értelemkeresés helyett inkább az intuíciónak fog támaszkodni. Nos, az első módozat tipikusan paranoid, a második nonparanoid skizofrénre jellemző.

A Rorschach-teszt pontozásában találunk két fajta értéket: dezorganizációt és önkényes ellenőrzést. A nonparanoid skizofrén pontszáma magas a dezorganizációban, míg a paranoid inkább arra lesz hajlamos, hogy önkényesen értelmezzen, kontrolláljon, magyarázatokat ráerőszakoljon. Silverman szerint a kognitív kontrollnak két típusa van: a pásztázó-kontroll (scanning-controll) és a kognitív-szűrés (cognitive filtering). A pásztázó-kontrollra jellemző a kiterjesztés: az egyén pásztázza mindazon ingereket, melyek az észlelési mezőtől hozzá eljuthatnak. A kognitív-szűrésre inkább a leszűkítés jellemző: a bejövő, beérkező információkat a személy igyekszik rendszerezni. Silverman szerint a paranoid személyre egyrészt jellemző a gyanakvás, óvatosság, éberség, másrészt pedig a merevség, rugalmatlanság, tehát hajlamos lesz a környezetét kiterjedt módon pásztázni, de következképpen azt a rengeteg információt relatíve szűk, merev kategóriákba bekényszeríteni, beszorítani. A nonparanoid ember ezzel szemben inkább visszahúzó, aggodalmaskodó, érzelmileg elszegényedett, s inkább dezorganizált, mintsem túlkontrolláló: nem pásztázza a környezeti ingereket, s az információkat széleskörű, diffúz kategóriákba szervezi össze.

Arieti a kognitív stílust a gyerekkori tapasztalatok alapján igyekszik megmagyarázni. Szerinte a paranoid páciensek szülei a gyereket általában szándékaik vagy hazugságaik miatt vádolták meg. Az ilyen szülők gyerekei önmagukat két módon próbálták ezen vádakkal szemben megvédeni: egyrészt a vádakat meg akarták előzni, amely ahhoz vezetett, hogy környezetüket széles körben, kiterjedt módon pásztázzák, s ez a maga módján hozzájárult ahhoz, hogy éberek, gyanakvók, szorongók, túlfeszültek legyenek; másrészt a vádakkal szemben úgy védekeztek, hogy racionalizáltak, pseudo-logikát gyártottak, s ez elvezette őket a szűk fogalmi kategorizációhoz, s ez hozzájárult a merevséghez, a nagyzóláshoz, a veszekedési-vitatkozási hajlamhoz.

A paranoid páciens legfőbb védekező mechanizmusa a projekció: a projekcióban az egyén önmagát védi az önmagában el-nem-fogadott, de őt mégis megvádoló gondolatokkal szemben azáltal, hogy azokat a gondolatokat másoknak tulajdonítja. Freud egyik elméletében a paranoid ember a homoszexuális ösztönzéseit képtelen elfogadni. Ez az el nem fogadott érzés a következőképpen szól: „Én (aki egy férfi vagyok) szeretem őt (aki egy férfi)”. Ennek az érzésnek ellene kell mondania, s ezt 4 módon teheti meg: A. Az íge tagadásával, amelyet követően így néz ki a mondat: „Őn utálok őt”, de mivel ez is elfogadhatatlan gondolat átalakul projekcióvá, azaz végül „Ő utál engem”-mé válik, s ez indítja be az üldöztetési téveszméket. B. Tagadja az alanyt, amiből „Ő (nőnemben) szereti őt”, ez okot ad a féltékenységi vagy hűtlenségi téveszméknek. C. Tagadja a tárgyat, amiből „Én szeretem őt(nőnemben)” lesz, s ez erotomániát hoz létre, vagy ha kivetíti „Ő (nőnemben) szeret engem”, túlzott szerelmi érzést válthat ki. D. Az egész kijelentés tagadása, ami eredményezi az „Én nem szeretek senkit sem”, majd átalakul „Csak önmagam szeretem” kijelentéssé, s ez a túlzott önimádatot, önmagával való foglalkozást hozza létre.

A nem-freudianusok nem fogadják el Freud azon nézetét, miszerint a paranoiás elsősorban homoszexuális szorongásai ellen kell, hogy védekezzen a projekciója révén. Ovesey, aki rengeteg paranoiást kezelt, csak ritka esetben talált közöttük homoszexuálist. Szerinte a paranoid zavar

inkább alkalmazkodási probléma, s csak pseudo-homoszexuális komponense van. Ovesey úgy véli, a paranoid ember önmagát alkalmatlannak, kudarcot vallottnak gondolja, aki képtelen alkalmazkodni környezetéhez, nem tud beilleszkedni. A kudarcérzést követően valahogyan kompenzálni szeretne, s ezt a hatalom vagy az erő keresése révén teszi meg: keresi azt a valakit, akivel megküzdehetne, akivel szemben védekezhetne, s akit maga alá vethetne. Ezen agresszív érzések, ösztönzések projekció révén úgy alakulnak át, hogy a paranoid ember elvárásai alapján a másik ember ellenőrizni, megkárosítani vagy netalán tönkretenni akarja őt.

Sullivan szerint a paranoid dinamizmust az jellemzi, hogy mivel a paranoid ember tud saját kisebbségéről, ezért ezt az önvádat inkább másokra próbálja áttaszítani, kivetíteni. A kisebbségérzés alapja az, hogy a paranoid ember úgy észleli önmagát, mint aki képtelen másokkal intim s kölcsönösen kielégítő kapcsolatba kerülni. Ez számára szorongást okoz, amitől legkönnyebben a projekció révén szabadul meg.

Salzman – aki egyetért Sullivannal abban, hogy a paranoid ember kisebbségérzéstől szenved - szerint a paranoid személy legelső reakciója a kisebbségérzésre nem a projekció, hanem a tagadás és a behelyettesítés: az önlebecsülést tagadni kell, s helyettesíteni saját méltóságának és képességeinek nagyozásával, eltúlozásával. Ezáltal a nagyozás által viszont egyre inkább elszakad környezetétől, mivel mások ezt nem fogadják el, unszimpátiával fognak rá tekinteni, s mindez pedig fokozatosan oda fog vezetni, hogy a paranoiás egyre inkább meggyőzi önmagát, hogy „környezete, mások ellenségeskedők, idegenek, bizalmára méltatlanok”.

Bullard, aki elfogadta Salzman érvelését azt állítja, hogy a homoszexualitás nem oka, hanem esetleg eredménye a paranoid zavarnak. Bullard szerint a paranoid ember erősen fél, s ezt a félelmét áttolja a heteroszexualitásra, mivel a projekció által elejét veszi a visszautasításnak, a nevetségessé-tételnek. A nőktől való félelme és a tőlük való visszahúzóadás folyamatosan hajlamossá teheti őt arra, hogy nemi orientációja felől aggodalmaskodjon. Tehát, bármely nem-freudianus értelmezést vesszük figyelembe, a homoszexuális aggodalmaskodás, szorongás nem oka, hanem csak kísérője lehet a paranoid zavarnak. Klein és Horwitz kutatásai során a paranoid páciensek mindössze 1/5-e mutatott fel homoszexuális aggodalmaskodást.

Paranoid mechanizmusok

(Meissner W.W., The Paranoid Process könyve alapján)

Mint ismeretes, a paranoid ember a számára fájdalmas, elviselhetetlen belső impulzusokat úgy kezeli, hogy azokat rajta kívül eső tárgyakra, valóságokra, személyekre, eseményekre vetíti ki. Ezt nevezik projekciónak, kivetítésnek.

Azonban nem szabad elfelejtenünk azt sem, hogy a projekció mechanizmusával szorosan kapcsolódik az introjekció is: a paranoid ember krónikusan fél nem csak attól, hogy az őt üldöző rajta kívüli emberekbe botlik, hanem fél az önmagán belül hordozott, számára is ismeretlen introjekcióktól is. Az introjekciók az emberek torzított reprezentációi, belső megjelenítései: bár azok a valós emberek valamikor kívül léteztek, most benne vannak. Ezek a benne élő reprezentációk leszűkítik saját énjé területét, s az az érzése támad, hogy azoktól meg kellene minél hamarabb szabadulnia. Ebben segít majd neki a projekció.

Mind a projekció, mind az introjekció felelős abban a folyamatban, melynek során a személy kezdi megkülönböztetni önmagát a tárgyaktól, melyek tőle függetlenül, rajta kívül léteznek. Freud szerint a projekciónak sok köze van az öröm-principiumának működéséhez: a szervezet ennek segítségével igyekszik a kellemesség, öröm érzését fenntartani, megőrizni. A kérdés az, hogy ez a projekciós folyamat védekező jellegű-e és mely pillanattól fogva. Ez inkább nem védekező jellegű, hanem segít a megkülönböztető folyamatoknál az externalizációban és az internalizációban, azaz az én és a tárgy (mások) közötti határ megállapításában: a folyamat végeredménye a külső-belső megkülönböztetése, a belső-világ és a külvilág kialakítása. A gyermek belső világának megkonstruálása elég korán kezdődik.

INTROJEKCIÓ + PROJEKCIÓ = ÉN---MÁS MEGKÜLÖNBÖZTETÉSE

Az ő globális és nem-differenciált tapasztalatszerzésében az inkorporatív aspektus megelőzi az önmaga és a tárgy megkülönböztetésének képessége kialakulását. A differenciáció határa talán akkor kezd megjelenni nála, amikor megtapasztalja azt, hogy van jó és rossz, hogy a kellemetlennek vannak bizonyos fokozatai is, s így próbálja azt ami rossz (rosszabb), kellemetlen externalizálni, önmagán kívülre helyezni. Amikor ez a differenciációs határ megjelenik, akkor képes kialakulni az introjekció s az introjektív mechanizmusok révén kezdi kialakítani, formálni saját belső világát. Az introjektumok függenek mind a belső, mind a külső világtól: az introjektum minősége függ a külső tárgy jellemzőitől, amelyhez kapcsolódnak a külső tárgynak tulajdonított elemek, s ezek pedig már függenek a belső világtól. Az introjektum a tranzicionális tárgyakhoz hasonlóan működik: valamelyest a külső és a belső világ kombinációja, amelyet a belső világ asszimilál. Végző soron, amit internalizáltunk az introjekciók révén, az egy interakciónak eredménye: a valós tárgy valós tulajdonságai és a személyből származó tulajdonítások együttese.

Azon minőségek tulajdonítása, amelyek a személytől származnak, s amelyeket ráaggatunk a külső tárgyra alakítják a projekciót. Az introjektumok minősége részben függ a belső világból a külső világra projektáltak minőségeitől, s a belső világ pedig az ösztönöktől, belső késztetésektől függ: amennyiben ellenséges, agresszív ösztönöket projektálunk a tárgyra, akkor az rossz, fenyegető lesz, így ugyanazon tárgy introjektuma is egy rossz, fenyegető introjektummá válik. Hasonló módon, a jó, szerető impulzusok jó és szerető introjektumokat alakítanak ki. Az igazán jó, szerető tárgy (személy) képes magába elnyelni, abszorbálni sok-sok ellenséges, negatív, agresszív projektumokat. Egy ellenséges, elutasító tárgy (személy) viszont csak fokozza az introjektumok destruktív, fenyegető minőségeit.

Az introjektív és projektív mechanizmusok eme együttes játéka szövi meg azt a hálózatot, mintát, amely alapján a személy a tárgyak világához fog viszonyulni, s ugyanakkor ebből fogja felépíteni saját önképét is. Tehát megállapíthatjuk, hogy a projekciók és introjekciók fontos szerepet játszanak a fejlődésbeli és a differenciálódási folyamatokban s így azokat nem lehet leeredukálni csupán védekező mechanizmusokká. A későbbi fejlődésben a személy-tárgy differenciáció már olyan szintre jut el, ahol a folyamatok már nem függenek az ösztönöktől, az impulzusoktól. Amennyiben a projekció-introjekció folyamatai bizonyos fejlődési szakaszon túl is erősen, szívósan megmaradnak, akkor azok tényleg védekező jelleget öltenek. Fejlődésbeli szempontból az introjekció-projekció az Ödipuszi-konfliktus megoldása után nem kell, hogy többé komoly szerephez jusson, hiszen mind a projekció, mind az introjekció segít a Superego és az Én-Ideál kialakulásában. Nehéz megmondani pontosan mikor történik ez, de kamaszkor után biztosan védekező jelleget öltenek ezek a mechanizmusok.

Fontos észben tartanunk, hogy a projekció és az introjekció korrelatív mechanizmusok: amit projektálunk, az az introjekciókból származik; a projekció viszont az a „re-externalizációs” folyamat, ami az introjekciók által internalizált tartalmakat veszi elő s amelyeket az ösztönök befolyása révén bensőleg átalakítottunk.

A projekció révén a tárgy irányába történő cathexes-t nem vonjuk vissza, s nem is jelenti azt, hogy a használata révén a kognitív funkciók csődöt mondanak. A projekció inkább a valóságra és a projekció tárgyára történő irányuló nagyobb figyelmet jelenti, tehát szó sincs észlelési torzításról. A projekció nem a megjelenő, felbukkanó valóságot torzítja, hanem az annak tulajdonított jelentést, értelmet. A projekció nem más, mint a külső valóság „interpretációs torzításának egyik formája”.

PROJEKCIÓ = INTERPRETATÍV TORZÍTÁS

A projekció védekező jellegű használata sok-sok formát ölthet: bizonyos tulajdonságok eltúlozása vagy mértékfeletti kihangsúlyozása. Erre mutat rá Freud is akkor, amikor a féltékenység jelenségét vizsgálta: az egyik partner minimalizálja a hűtlenségre irányuló késztetéseit, ösztönzéseit, mialatt azt a másik partnerben éppen ellenkezőleg felnagyítja. Aztán a projekcióban nem szükséges állandóan felnagyítani valamit: elég, ha úgy magyarázza saját belső állapotát, hogy azt külső (mások által kiváltott) befolyásnak vagy elképzelt szándéknak illetve motivációnak tulajdonítja.

Jaffe arra mutat rá, hogy a projekció mechanizmusában érdekes dualisztikus-konfliktuális szerep rejlik: egyik pólusán találjuk azt a vágyat, hogy maga a tárgy megsemmisüljön; a másik póluson viszont meg szeretné őrizni, menteni a tárgyat, sőt azonosul is azzal. A két pólus kibékítése, az egyensúly fenntartása az Ego-ra hárul. Ami mindenesetre érdekes, hogy a paranoid páciensek rendkívül félnek szembesülni a tárgyak irányába érzett saját haragjukkal, agresszivitásukkal. A paranoid ember mindáron arra törekszik, hogy megőrizze a tárgyat, a tárgy-relációt, s el ne szakadjon attól.

Ez a megőrzés-megsemmisítés, az introjekció-projekció együttes használata tipikus a paranoid állapotoknál. Ezen komplexus működése tulajdonképpen a tárgy-relációk átalakításán alapszik, melynek során az Én képes önmagát úgy megőrizni, hogy önmagát jelentésteli kapcsolati kontextusaiban érezheti. A paranoid ember védekezése az Én megőrzésére irányul, viszont ezen megőrzési igyekezet eléggé lehatárolt: a paranoid embert úgy belülről, mint kívülről hatalmas nyomás éri: Én-jének kellemetlen, rossz, elfogadhatatlan részeit el kell utasítania s kívülre helyeznie (projektálnia), de ugyanakkor a kapcsolat-szilánkokat kell önmagához „visszatapasztania”, amelyek Én-jének értelmet adnak s magát a tárgyak világa kapcsolatába tudja beágyazni (introjekció). Viszont ez a művelet nem nagyon működik, mivel mind az introjekció, mind a projekció saját Én-je értékét (önértékelését) csökkenteni fogja: a projekció a tárgy bizonyos eltorzított minőségeit képes megőrizni, de annak árán, hogy elveszíti saját Én-je projektált részeit s ráadásul kompromittálja azon képességét, hogy kapcsolatokat alakítson ki olyanképpen, hogy az Én-je fejlődését és integrációját elősegíthesse. Ugyanez a helyzet az introjekcióval is: bár megőrzi az Ego-ban a tárggyal való kapcsolatát, de az származék-jellegű, derivatív lesz, hiszen abban nem maga a tárgy van, hanem annak internalizált jelenléte, amelyet az impulzusok, késztetések befolyásuk alatt tartanak.

PROJEKCIÓ = MEGSEMMISÍTENI + MEGTARTANI

Érdekes jellemvonása a paranoid páciensnek még az, hogy önállóságában állandóan fenyegetve érzi önmagát. Ezért kontrollál, ellenőriz s próbálja a szituációt irányítani, uralni. Ez a hajlandósága akkor még inkább felerősödik, ha arra kérjük őt, hogy magát vesse alá más személy akaratának. A paranoid együttműködés vagy engedelmesség egyenlő saját Én-jének megsemmisítésével, s mely során önmaga gyengeségét, alkalmatlanságát érzi, s ez rendkívül kínos, fájdalmas számára. Míg normál személyek esetén az önállóság kompetencia-érzést, büszkeséget, öntiszteletet eredményez, addig a paranoid számára arroganciához, pseudokompetenciához, alattomosághoz való folyamodáshoz vagy megszegyenülés lehetőségének veszélyéhez vezet. Az érett, stabil autonómia során a személy pihenteti a kontrollt s megengedi önmaga számára a spontaneitást vagy a kreatív regressziót. Az autonóm személy ad, anélkül, hogy „feladná”, anélkül, hogy magát mások kontrolljától tenné függővé vagy hogy önmagát alávetné, megalázná. Ezzel szemben a paranoid személy autonómiája merev, törekeny, instabil. Nem képes önmagát mások ellenőrzése, külső kontrollja, tekintélye alá vetni. Minden jellegű behatásra, hatásra – legyen az külső vagy belső – érzékeny. A paranoid ember minden kérést, szívességet, igényt úgy tekint, mintha magát mások akaratának kellene alávetnie. Minden utasítás, amihez nem fűződik érdeke, aminek nem ő húzza a hasznát, az felér saját önállóságához, önértetéhez intézett támadással, feléje

irányított „lenézéssel”. Minden, ami önállósága, személyes jogai ellen látszik kibontakozni, azt „szkenelni”, szűrni, éber figyelemmel kell kísérni.

KOMPETENCIA ÉRZÉSE

(NORMALITÁS ESETÉBEN)



AUTONÓMIA



(PARANOIA ESETÉBEN)

FENYEGETETTSÉG ÉRZÉSE

Az önállósága, autonómiája ellen intézett támadások nem csupán „kívülről” érkezek, hanem belülről is: az introjektumokból, a tárgy-kapcsolatokból. Az introjektumok szinte teljesen önállóan működnek, s az Ego belső autonómiáját fenyegethetik. A paranoid introjektumok az Ego-t állandó fenyegetettségnek teszik ki: az introjektumok belső integritását s önbecsülését ássák alá.

A paranoid projekciók nagy hányada Superego-projekció: a Superego-nak megvan azon képessége, miszerint önmagát figyeli, önmagát kritizálja. A projektív téveszmék egyik jellegzetessége az auditív hallucináció: a paranoid páciens hallja „nyers”, „primitív” Superego-ját, amint őt kritizálja, szidja, gyalázza. A Superego nagyobb részét az introjektumok alkotják, amelyek közeli kapcsolatban vannak az ösztöni energiákkal, befolyásokkal, különösen pedig az agresszióval. Így a Superego kialakulása nem csak a nyers, kemény, ellentmondát-nem-tűrő szülői tekintélyszemélyekkel van kapcsolatban (identifikáció az agresszorral), hanem a nem-semlegesített intrapszichikus agresszivitással is, amely felerősíti a Superego archaikus moralitását és ellenséges-mivoltát. A Superego introjektumai magába asszimilálják az agressziót, miközben megőrzik archaikus, primitív Superego-tulajdonságaikat, s ezáltal gátolják, illetve torzítják az integritás- és identitás-érzés belső valóságát. Ezek a Superego-introjektumok fenntartanak egy belső pathogén megosztást, fragmentációt, aláásva ezzel a személy jólétét, önbecsülését illetve belső autonómiáját. A projekciók majd arra szolgálnak, hogy ettől a belső Superego-nyomástól valamelyest megszabaduljon.

A projekció mellett a másik lényeges védekező mechanizmus a tagadás. A tagadás nem más, mint tudatalatti akaratlanság az észlelést illetően, azaz egy primitív technika arra nézve, hogy hogyan kerüljük ki a fájdalmas és elviselhetetlen valamit. Amíg a projekció több különböző szinten jelen lehet, addig a tagadás megőrzi primitív jellegét. Legprimitívebb fajtája látható az akut téveszmés illetve a nagyzolási paranoid állapotban.

A paranoid ember az információ minden szilánkját, mely nem illik bele a paranoid preconcepcióba s amely azzal nem egyeztethető össze, mellőzi, nem vesz róluk tudomást, nem-
létezőknek tekinti őket. Ezért a paranoid ember túlzottan éber és gyanakvó. A valóság adatai, amelyek arra várnak, hogy azokat integrálják, a paranoid embernél önvédekezéssé, ön-megőrzéssé alakulnak át. A tagadásnak egyik formája pedig a szelektív figyelmetlenség.

A tagadás minden más védekező mechanizmussal szoros kapcsolatban van. Szoros a kapcsolata a represszióval. A tagadás egyik oka a represszió hiányos működése. A represszió egy

magas fokon megszervezett védekezés: képes általa egy specifikus ellencathexes-t a védekezés javára fordítani. A represszióban az ellencathexetikus energiákat az Id-ösztönök és Id-származékok kifejezései ellen képes a személy irányítani. Az Ego jobban képes tolerálni. Ezzel szemben, a primitívebb tagadás során a cathexes az Id-ösztönöktől visszavonul, eltávolodik. Az Ego nem képes a toleranciára, s kevés energiával rendelkezik arra, hogy szembeforduljon az Id-ösztönökkel. Amíg a represszió felveszi a harcot, küzd (fight), addig a tagadás menekül (flight). A tagadásban az észlelésből az Ego visszavonja a cathexes-t, legyen az külső vagy belső észlelés. A paranoid embernél a tagadás és a projekció gyakran kéz a kézben működik. Bár a tagadás primitív védekezés, mégsem minden esetben pszichotikus: ha pl. valaki véleményét fenn akarja tartani, vagy valakinek előítéletei vannak.

Hogyan is építi fel a paranoid ember ismeretét, ismeretei világát? A paranoid személy kognitív magatartását jellemzi az intenzív figyelem: mindig aktívan és intenzíven fürkészi környezetét, olyan akár egy riasztó berendezés radarja. Ez az ő irányított figyelme viszont feszült, merev, gyanakvó. Az észlelési anticipációit merevség jellemzi: az ösztönök és ösztön-származékok olyan belső nyomását tapasztalja meg, melynek révén a kívülről érkező információkat kiszelektálja azokat reinterpretálja szűkös fogalmi keretébe. A paranoid személy intellektuális forrásait, született intelligenciáját, figyelmét, precíz észlelését nem a reality-testing érdekében, hanem a valóság-torzításra mozgósítja. A valóság torzítása, mellőzése olyannyira merev, hogy képtelen a saját valóság-észlelését módosítani, korrigálni. A paranoid konstrukció nem más, mint az interpretatív gondolkodás egyik formája. A paranoid személynél a reality-testing és a valóságról alkotott ítélet nagyon közel van egymáshoz. Viszont az az ítélet interpretatív, magyarázó, sohasem az ingerekből eredő benyomásokra adott mechanikus reakció. A paranoid ember a valóságot úgy ragadja meg, úgy ismeri meg, hogy azt a jelentések referenciáihoz igazítja, melyek természetesen nem a valóság struktúráiban találhatóak, hanem azt a szubjektum hozza létre az értelmében az interpretatív és szimbolikus folyamatainak keresztül.

A jelentések kontextusa általában úgy fejlődik ki az emberben, hogy az interpretatív normákat folyamatosan magáévá teszi s más emberek – akik ugyanazon valósággal találkoznak - konszenzuális érvényesítési folyamatához igazgatja. Más emberek az interpretatív ítéleteket kijavíthatják, korrigálhatják állandó feedback és más észlelési és ítéleti eszközökkel összehasonlíthatják. Nem így van ez a paranoid személyeknél. Olyannyira merev és szelektív figyelme belső ösztönzései következtében, hogy belső meggyőződését nem képes a kölcsönös kommunikáció – mely megengedné a konszenzuális érvényesítés bizonyos fokát - semmilyen szintjére emelni. A paranoid konstrukció jellemzője, hogy a jelentés-keretek elsősorban a szubjektív szükségletei által válnak érvényesekké, nem pedig az objektív érvényesítés vagy a konszenzuális egyetértés által. A jelentés-keretek a nárcisztikus libidótól kapja az elsődleges cathexes-t, amihez nagyon szorosan kapcsolódik Én-je megőrzése, fenntartása és önbecsülése. Az a nyomás, hogy ezen belső perspektíváját fenntarthassa, arra kényszeríti, hogy gyanakvó magatartást vegyen fel minden új, friss információ irányába: az új információ belső rendszerét veszélyezteti, ellentmondással vagy elutasítással fenyegeti. Ezért a bejövő információkat a szelektivitás, a ferdítés vagy a tagadás mechanizmusaival kell kezelnie.

Mi is az, ami igazán megkülönbözteti a paranoid konstrukciót a nem-patológikus emberi cogniciótól? A normál emberi cognicio számára a validitás (érvényesség) kritériuma inkább a társas konszenzus, mintsem a szubjektív szükségletek. Ezért is van úgy, hogy a normál emberi tudás-konstrukció rugalmas, az új tapasztalatokra nyitott, s állandóan keresi másokkal illetve a közösséggel a konszenzuális érvényességet, amely számára egy állandó, meg nem szűnő folyamat. Ezzel szemben a paranoid konstrukció ellenáll a korrekciónak, előtérben inkább saját személyes szükségletei vannak, mintsem az objektív evidencia s a konszenzuális megegyezés.

NYITOTTSÁG AZ ÚJ TAPASZTALATOKRA
LEHETŐSÉG A KORREKCIÓRA
KONSZENZUS/EGYETÉRTÉS MÁSOKKAL
(NORMÁL ESETBEN)



A TUDÁS VALIDITÁSA



(PARANOID ESETBEN)
SZUBJEKTÍV SZÜKSÉGLETEK
TORZÍTÁS/FERDÍTÉS
TAGADÁS
ELTÁVOLODÁS A VALÓSÁGTÓL

A paranoid ember vallási csoportokban mutatott viselkedése is különös. Saját „hitét”, vallási téziséit intenzíven, s olykor erőszak bevetésével is megvédi. Saját hitrendszerét képtelen megkérdőjelezni, azt felkutatni, átgondolni, átértékelni, felülvizsgálni. Saját hitrendszere inkább szubjektív szükségleteit szolgálja, s ezért leggyakrabban konfliktusokba keveri. A projekció része a paranoid konstrukciónak, ezzel szemben nincs jelentős súlya a normál emberi kognícióban. A projekció nem a ténylegessel, aktuálissal, megjelenővel foglalkozik, hanem inkább a közvetlen evidencia szempontjából „rejtett”-el, a meg-nem-közelíthető-vel. Az információ-beáradás során is a projekció inkább a „résekbe” szeret beférközni. A projekció inkább egy „be-töltés”, „ki-egészítés” funkciót tölt be a kognícióban, amely a szubjektív szükségletekből származik.

A paranoid konstrukció érdekes hasonlóságot mutat a mitikus gondolkodásmóddal. A mitoszok akkor jönnek létre, amikor egy történet, egy esemény már befejeződött: saját igazolására a mitoszalkotó érzelmi felhívó-jelleget tölt a valós történetbe. Az érzelmi felhívó-jelleg nem a valóságon alapszik, hanem azon amiben hisznek, amely igazságot a mitoszba beépítenek. A mitosz nem magával a történelemmel foglalkozik, nem is a múlt eseményeinek magyarázatával. A mitosz mögött mindig egy gondolkodásmód, mentalitás húzódik meg. A mitikus gondolkodás nem a passzív kontempláció egyik formája, hanem inkább a valóságról való elképzelés aktív, kreatív kidolgozása.

J.R.Lion, Personality Disorders, Diagnosis and Management, London, 1981.

Paranoid Personality

A paranoid személy gyakran irigy és féltékeny, amely tulajdonságokhoz társul az a hajlam, hogy másokat hibáikért szidjon, ugyanakkor saját hibáit takargassa, kimentse magát alóluk. Bár stressz alatt előfordul, hogy pszichotikus epizódot élnek át, de a mindennapi életben általában stabilak.

Többnyire tehetségesek, nagy teljesítményre képesek. Szeretik a magányt, általában nem házasodnak meg, s kevés a barátságnak örvendenek. Komoly, mély emberek. Ellene vagyok azon véleménynek, miszerint a paranoid embernek ne lenne humorérzéke. Van humorérzékük, akkor is ha ez leginkább hasonlít az „akasztófahumorra”: marós, csípős, gúnyos humorral rendelkeznek.

A paranoid ember legfőbb védekező mechanizmusai a projekció, tagadás, racionalizáció. „Tiszta” paranoid típust ritkán találni a pszichiátriában: legtöbbször keveredésekről van szó. Sokszor történik meg az, hogy a kliens kényszeres betegségben (obsessive-compulsive) szenved, de erős stressz esetén paranoid személyiséggé válik.

„Egy 35 éves kémikus kutató publikálni akart egy tudományos folyóiratban. Nagyon jól sikerült cikknek hitte azt, s ezért, amikor elutasították – melyhez kritikus megjegyzéseket is fűzött a szerkesztő - publikálási kérelmét, nagyon erős reakciót érzett magában. Dühös volt, s a szerkesztőnek pontról pontra válaszolt. A kémikus felkereste a pszichológusát, akinek beszámolt az ügyről, s azt vélte, hogy az elutasítás mögött valószínűleg egy befolyással bíró, irigy kollega közbenjárása állhat. Néhány nappal később a kémikus visszatért a pszichológushoz, s az ügyet sokkal objektívabban szemlélte s elismert, hogy az egész ügyre túlzottan reagált.”

A paranoid típusú személyiség akkor tűnik ki leginkább más személyiség-típus keverékei közül, amikor ön-értékelésüket, ön-becsülésüket valamilyen erős nyomás, stressz, kritika, kísértés éri. Minden interperszonális szituáció sebezhetővé teszi őket, amely emberi közelséget, intimitást, kölcsönös bizalmat, tisztességet kívánna meg vagy pedig tartani lehetne a heteroszexuális „csábítás” lehetőségétől, hiszen a paranoid emberből hiányzik az alapbizalom, a kétértelműség iránti tolerancia, az intimitás iránt erős félelmek vannak. Az erős stressz hatására akár rövid téveszmés epizódjaik is kifejlődhetnek.

„Egy 28 éves orvostanhallgatóban egyszerre voltak megtalálhatóak a kényszeres (obsessive-compulsive) és a paranoid személyiségjegyek. Egyik alkalommal a rezidensvezető kritizálta őt azért, hogy a diagnózis felállításával túl sok időt tölt el. Erre ő mérgesen reagált, s azt mondta, nem a mennyiség, hanem a minőség számít. A következő napon, amikor belépett a kórházba, az ápolónővéreken azt vette észre, hogy egymás között halkan beszélgetnek. Ő megvult győződve arról, hogy biztosan róla beszélgetnek, s valószínűleg hallottak a rezidensvezető hozzá intézett kritikájáról. Úgy vélte, hogy az egész intézményben neveltség tárgyává teszik. Ezen meggyőződése fix téveszmékké alakult át, de a következő napokon, miután senki sem kritizálta, ezek a téveszmék eltűntek.”

A paranoid emberrel folytatott pszichoterápia sok nehézségbe ütközik, mivel ez a személyiségtípus fél attól, hogy „elcsábítják”, „rászedik”, nem tűri a kétértelműséget. Ezért meggyőződött, szilárd terapeutára van szükség. A terapeutikus szerződésnek ki kell térni minden apró részletre, hogy ne kapjon teret semmiféle félreértés. Ha a terapeuta elfogad információkat a hozzátartozóktól, ismerősöktől, azt teljes egészében közölje a pácienssel. Ne nagyon interpretáljon, ha teszi legyen rövid, konkrét. Óvatosnak kell lennie, hogy ne váljon részrehajlóvá, azaz ne álljon a paranoid páciens mellé akkor, amikor ő valakit szid, vádol. Mind a paranoid páciens védelembe való vétele, mellette való kiállítás, mind pedig a vele való szembeszállás, ellenállás előhozza és felerősítia paranoid személy tipikus védekező mechanizmusait: tagadás és projekció. Vigyázni kell, hiszen a paranoid személy gyakran provokatív, fenyegető. A terapeuták által elkövetett leggyakoribb hiba a konfrontációtól való visszavonulás vagy pedig a vele való vitába-szállás. Mindkét viszonyulást a paranoid páciens a terapeuta gyengéjének fogja fel s ez arra ad számára felhatalmazást, hogy ne kelljen haragját, dühét jobban ellenőriznie. A paranoid pácienssel való terápia hosszan tart, mivel nehéz vele a bizalom kapcsolatát kialakítani, amely lassan épül ki, s a kapcsolatra mindig az a veszély leselkedik, hogy annak „bármikor” vége szakadhat.

Ha a paranoid személy haragja s önállósági vágya mögé bújunk, akkor ott egy bizonytalan, függő személyiséget találunk. Ha egyszer a bizalmi kapcsolat létrejött, akkor a paranoid személy hagyja magát vezetni és elfogadja a terapeuta tanácsait, utasításait. Mít tegyen a terapeuta a paranoid védekező mechanizmusokkal, a projekcióval és a tagadással? A legtöbb terapeuta azt tanácsolja, hogy azokat nem kell közvetlenül foglalkoznia, mivel azt a paranoid egyén azonnal támadásként éli meg. A legproduktívabb terapeutikus megközelítés a panaszok türelmes végighallgatása, a pártoskodás, részrehajlás elutasítása, s a paranoid személy „sebeire” való fókuszált figyelem. A terapeutának, ha úgy érzi, provokálni akarják, hezitálás nélkül meg kell mondania páciensének, hogy őbenne a jelen helyzetben a „haragot” provokálja, váltja ki a páciens.

A paranoid személyiségzavar leírása DSM-III alapján

A paranoid személyiséget jellemzik az átfogó bizalmatlanság, gyanakvás s mások motivációinak „rosszindulatú” félreértelmezése. Másokról azt tételezik fel, hogy ki szeretnék őt használni, ártani akarnak neki, s rá akarják őt valamire szedni, bírni, még akkor is, amikor ezen feltevéseiket nem képesek alátámasztani. Jelentéktelen vagy nem is létező bizonyítékok alapján gyanúsítgatnak másokat azzal, hogy ellenük összefognak, összeesküvést terveznek, meg szeretnék őt váratlanul támadni.

Mások megbízhatóságában kételkednek, amit persze szintén nem tudnak alátámasztani. Ők maguk másokban nem bíznak, képtelenek az intimitásra, hiszen azt tételezik fel, hogy a legminimálisabb információt is, melyet mások rendelkezésére bocsátanak, valamikor majd ellenük fogják felhasználni. Minden kritikában és jóindulatú tettben rejtett jelentéseket észlelnek arra nézve, hogy őket megalázzák vagy megfenyegezzék. Így pl. egy üzletvezető a beosztottja általi véletlenül elkövetett hibát „szándékos átverési kísérlet”-nek értelmezi. A humoros, vicces megjegyzéseket is támadásnak vélik, de ez még az irányukba tett gratulációkkal, jókívánságokkal is így van. Még mások segítségét is kritikának fogják fel („azt hiszi, magamtól nem vagyok rá képes”).

Képtelenek elfelejteni a sértéseket, nem hajlamosak a megbocsátásra. Még a legkisebb sértés is erős haragot, ellenségeskedést vált ki belőlük. Mások szándékait állandóan fürkészik, s „kártékonyak” tartják, hiszen „szerepük”, „jó hírük”, „becsületük” ellen ágálnak. A sértésekre nagyon gyorsan ellentámadással reagálnak, s haragjuk mértéktelen. Patológikusan féltékenyek, s ez főleg a házastárs felé irányul, akit gyakran követnek, figyelnek vagy figyeltetnek, s egy minimális gyanú is elég „bizonyítékként hűtlenségük ellen”.

A paranoid személyiség számára nehéz másokkal megegyezni, dűlőre jutni. Gyanújuk, ellenségeskedésük gyakran polemikussá, állandóan panaszkodókká, elégedetlenekké teszik őket. Minden potenciális fenyegetéssel szemben felveszik a hipervigil, éber, figyelő, „titokzatos” megfigyelő szerepet, s ezért érzelmileg „hidegek”, hűvösek, érdektelenek, szinte „érzelemmentesek”. Érzelmek csak olykor nyilvánulnak meg, de leginkább az ellenségeskedésben, a makacsságban s a szarkazmusban. Agresszív és gyanakvó magatartásuk másokban is „ellenségeskedő” válaszokat válthat ki, s ez pedig arra „jó”, hogy eredeti „mások iránti elvárásaikat” alátámasszák („aha, tudtam hogy ilyen vagy...na bejött, amit hittem veled kapcsolatban”).

A paranoid személyiségnek túlzott igénye, szükséglete van az autonómiára, arra, hogy mindenre „önmagam is képes vagyok”. Ugyanakkor mások hiányosságait ki kell emelniük, fel kell nagyítaniuk. Könnyen veszekedésbe, legális perekbe menekülnek, hogy saját igazukat védjék, alátámasszák. Legkedveltebb témáik a rang és a hatalom, hajlamosak negatív sztereotípiák kidolgozására, melyek által „másokat” önmaguktól (önmaguk népcsoportjától) megkülönböztetnek. Minden kétértelmű közegben automatikusan gyanakvóak lesznek. Hajlamosak a fanatizmusra, gyakran alapítanak szektákat, kultikus csoportokat a hozzájuk „hűségeseeknek” tartottakból, akik szintén meggyőződnek paranoid elgondolásait illetően.

P.H.Hoch, Differential Diagnosis in Clinical Psychiatry, Nwe Zork, 1972

Különbség a meggyőződés és a téveszmék között

Létezik-e egy kontinuum a normál elgondolástól a túlértékelt elgondoláson át a kijavíthatatlan meggyőződésig?

1. A téveszmés páciens erősködik azon, hogy elgondolása az így és így van, s hogy ebből ő nem fog engedni.

2. A téveszmés elgondolást annak a téveszmének az ellentétje már képtelen befolyásolni. Az erős meggyőződésű ember még mindig nyitott arra, hogy elgondolását illetően vitatkozzanak s hogy felismerhesse, elgondolása esetleg téves, elhibázott, kijavításra szoruló. Nem így van ez a téveszmékkal. A paranoid pszichotikus képtelen kijavítani téveszméit, belátni annak képtelenségét, s még arra sem képes, hogy azokat racionálisan megmagyarázza („...így van,és kész”).
3. A téveszmék tartalmai valószínűtlenek. A téveszméket mindig a tényekkel kell szembesíteni. Ha valaki azt mondja, hogy az az elgondolás tényleges, tényeknek megfelelő, akkor nem beszélhetünk téveszmékről. De amikor valaki erős intenzitással tartja fenn elgondolását, meggyőződését, s erre épít a továbbiakban is, s mindent bevet arra, hogy azt alá is támassza, akkor gyanítanunk kell, hogy téveszmékről van szó (pl. a feleség azt hiszi, férje hűtlen hozzá; bár hűtlen tényleg lehet, de a feleség erre építi föl téveszméit, s ha pl. férjével valaki az úton találkozik, az számára „jelzésértékű”).
4. A neurótikus személy meggyőzhet minket arról, hogy elgondolása miért és hogyan van úgy, leállhat velünk vitatkozni arról. Ezzel szemben a téveszmés ember meg van arról győződve, hogy igaza van, s ezért nem is vitatkozik felőle.

S. Akhtar, Paranoid Personality Disorder, 1990

Különbség a nyílt és burkolt paranoid-típusok között

- A. **Saját magáról kialakított fogalma** (Self-concept): Nyílt Paranoid Típus (NYPT): arrogán, túlzottan bízik önmagában; könnyen megfélemlít másokat; önelégült könnyen haragra gerjedő. Burkolt Paranoid Típus (BPT): flénk, ijedős, állandó kétségei vannak; mások felé irányuló agressziója miatt büntudatos; kisebbségi érzések s irigység gyötrik.
- B. **Személyközi kapcsolatai**: NYPT: bizalmatlan, vádaskodó, követelődző; tartózkodó, zárkózott; hiányzik belőle a humorérzék; erőtlen próbálkozások arra, hogy mások szerethessék, mások számára szimpatikus legyen; érzelmileg távolságtartó, rideg. BPT: naív, rászédhető; tart azoktól, akik hatalommal rendelkeznek; fél attól, hogy szeressen vagy hogy őt szerethessék; irtózik a függőségtől; haragtartó és bosszúálló; túlérzékeny.
- C. **Társas alkalmazkodása**: NYPT: szorgalmas, stréber, hajtós; észben tart minden részletet; gyakran csak az egyedül végzett, „magányos” munkákban sikeres; előnyben részesíti a kemény munkát, ami mechanikus, elektronikával kapcsolatos vagy jogászok munkakörbe tartozó. BPT: gyakran vannak interperszonális nehézségei; ragaszkodik a munkatervhez, a naplóban leírtakhoz; képtelen az őszinte csoportmunkára; munkahelyén kevés a barátja; képtelen élvezni a zenét, a költészetet, azt, ami „könnyeddé” tenné a munkát.
- D. **Szerelem/Szexualitás**: NYPT: a romantikus jellegű témákat kerüli; ellenzi a szexuális jellegű pletykát, burkolt megjegyzéseket s a humort. BPT: szélsőségesen szorong a szexuális megnyilvánulások miatt; erotomániában sebezhető; túlzottan érzékeny mások szexuális megnyilvánulásaira; latens homoszexualitás; szadomazochisztikus perverziók fantáziájában.
- E. **Erkölcse, Elvei, Ideáljai**: NYPT: moralisztikus; csak az intellektuális teljesítményt értékeli; vallásosságában „szószzerinti”, olykor vallásosan „fanatikus”. BPT: saját beállítottságú, önkényes erkölcsiség; tapasztalt hazudozó; gyakran szociopata hajlamú.
- F. **Kognitív stílusa**: NYPT: éles figyelem; hipervigil; kategorikus; olyan vezérfonalat, kliséket keres, amit be tud illeszteni előzetes ismeretkereteibe; gazdag szókészlet; szórszálhasogató; gyakran jó adottságú közszereplő, szónok; túlzottan visszaemlékszik mindenre (hyperamnesztic). BPT: képtelen megragadni a főbb fogalmakat, kulcsfogalmakat; elveszti könnyen az arányokat és a kontextust; azt, ami nyilvánvaló, gyakran mellőzi, elkerüli figyelmét; mellőzi azt az evidens dolgot, ami ellentétes saját véleményével, nézetével; a

múltbeli eseményeket úgy idézi fel, hogy azokat erősen „torzítja” személyes, szubjektív motivációinak megfelelően.

DEPRESSZIÓ/MÁNIA

Bevezetés:

Mind a depresszió, mind a mánia a hangulat rendellenességeit jelzik. Ezen rendellenesség során a személy elveszti ellenőrzését érzései, érzelmi állapota fölött s mély szorongást tapasztal meg.

A hangulat egyik pólusán találjuk a mániát (felfokozott hangulat; terjengősség; gondolatszárnyalás /flight of ideas/; csökkent alvásszükséglet; magas önértékelés; nagyzóási gondolatok), a másik ellentétes pólusán pedig a depressziót (érdeklődés és energia elvesztése; bűntudat, önvád érzése; csökkent koncentráció; csökkent étvágy, halállal és öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok).

Történelmi előzmények

A depressziót már az Ókorban is ismerték. Az Ószövetségben egyik eklatáns eset Saul király élete, aki súlyos depresszióban szenvedett, vagy a Homérosz Illiászában szereplő Ajax története, aki végül öngyilkos lett.

Hippokratész K.e. 400 körül már használta a mánia és a melankólia kifejezéseket, melyek segítségével mentális állapotok leírására törekedett. A római orvos, Aulus Cornelius Celsus saját művében, a De re medicina-ban meg is magyarázza a melankólia jelentését (melan = fekete + cholé = epe), mivel szerinte a depressziós hangulatot az epe váltja ki. Ugyanezt a kifejezést még sokan mások is átvették tőle, így Arateus, Galenus, Tralleszi Sándor, vagy a XII-ik századi Maimonides, aki a melankóliát úgy mutatja be, mint különálló, sajátos tulajdonságokkal rendelkező betegséget. 1686-ban Bonet ezt a mentális betegséget maniaco-melancholicus jelzővel nevezi meg.

1854-ben Jules Falret ezt a betegséget „folie circulaire”-ként nevezi meg, utalva a mánia és a depresszió hangulatainak változásaira, melyeket ugyanazon beteg tapasztalhat meg. J.G.F. Baillarger ezt folie a double forme néven említi. 1882-ben a híres német pszichiáter. K. Kahlbaum cyclothymia-nak nevezte.

A depresszió/mánia kiváltó okai

A hangulati rendellenességnek okait pontosan nem ismerjük. Ha okokról beszélünk, mindig többet kell említenünk: biológiai, pszichoszociális vagy genetikai okokat.

A biológiai okok közé sorolják a biogén aminókat, így a norepinephrint és a szerotonint., mely neurotranszmitterek felelősek az ember hangulataért. Sok depressziós betegben észlelték a pajzsmirigy rendellenes működését, valamint a növekedés-hormonok változásait.

A genetikai tényezők inkább a bipoláris betegségekben, mintsem a depresszióban jutnak jelentős szerephez (5, 11 és X kromoszómák esetében).

A pszichoszociális okok között szokták említeni a stresszes életformát, mely megelőzi a hangulati rendellenességek kifejlődését. Egy másik fontos kiváltó ok lehet az egyik szülő elvesztése 11 éves kor előtt. A hangulati rendellenességek kifejlődésében sokat számít a szülők esetében fennálló patológia, főleg ha az az azonosulandó szülővel fordul elő.

Definíciók, osztályozások

A DSM-IV kiemeli azt, hogy ezen rendellenesség hangulati jellegű, azaz már nem csupán egy érzésről, érzések együtteséről vagy érzelmi állapotokról s azok külső kifejezésformáiról van szó, hanem hangulatról s annak zavart állapotáról.

Azok a páciensek, akiknél egyedül depressziós epizódok lépnek fel, major depressziós rendellenességről beszélünk, amelyet olykor unipoláris depressziónak is hívnak. Akiknél viszont a depressziós epizódok mellett találunk mániás epizódokat, bipoláris I rendellenességről van szó. Úgyszintén azok is, akiknél csak mánia található – depressziós epizód nélkül –, a bipoláris I rendellenességbe osztályozzák.

A DSM-IV szerint az egyszeri vagy több depressziós epizódot, amelynél kizárják a mániás, hipomániás vagy kevert epizódokat, major depressziós rendellenességnek nevezzük. Ez a major depressziós epizód legalább két hétig kell, hogy tartson. Ez az egyén depressziós hangulatot mutat s a legtöbb területen elveszíti érdeklődését. Ehhez még a felsoroltak közül legalább 4 más szimptóma kell, hogy társuljon: változások az étvágyban és testsúlyban; változások az alvásban és az aktivitásaiban; energia hiánya; büntudat érzése; gondolkodásbeli és döntésekkel kapcsolatos nehézségek; halállal vagy öngyilkossággal kapcsolatos gondolatok.

A mániás epizód legalább 1 hétig kell, hogy fennmaradjon, kórházi kezelés mellőzésével. Ennek megállapítására szükséges a nem-normál módon való felfokozott, terjengős és irritálható hangulat jelenléte. A kevert hangulati rendellenességekhez legalább 1 héten szükséges a depressziós-mániás állapotok állandó, 1 napon belüli változásának fennmaradása. A hipomániás epizód legalább 4 napon át kell, hogy tartson, s 3 szimptómának jelen kell lennie a mániás epizódból: megnövekedett önbecsülés, alacsony alvási szükséglet, elszórakozottság, megnövekedett fizikai és mentális aktivitás, olyan kellemes aktivitásokban való részvétel, melyeknek kellemetlen, negatív következményei lesznek.

A bipoláris I rendellenesség megállapítására szükséges az 1 vagy több mániás epizód, s olykor a major depressziós epizód. A DSM-IV megállapít még más hangulati rendellenességeket is: distimiás és ciklotimiás rendellenességeket: ezek már nem annyira súlyosak, mint a major depressziós vagy a bipoláris I rendellenesség. Mindkettő jellemzője az, hogy szimptómainak legalább 2 éven át kell megjelenüniük a páciensben. A DSM-IV függelékeiben még megtalálhatjuk a bipoláris II rendellenességet is, melyben a major depressziós epizódok hipomániás epizódokkal váltakoznak.

A normalitás-neurózis-pszichózis, vagy normalitás-patológia (enyhe, moderált, súlyos jelzőkkel lehetne jelölni megfelelően) tengelyén fontos figyelembe venni azt, hogy mind a depressziós, mind a mániás hangulatok pszichótikusakká válhatnak. Ezeknél szükségesek a szimptómák felfokozottsága, hosszabb idejű jelenléte mellett a hallucinációk és a téveszmék jelenléte is.

Epidemiológia

A major depressziós rendellenesség a nők esetében kétszeres előfordulású, mint a férfiaknál. Ennek pontos okai ismeretlenek, de feltételezik, hogy a háttérben meghúzódhatnak hormonális különbségek, a gyerekszülés ténye, az eltérő szociális stresszorok, a megtanult tehetetlenség viselkedésbeli modelljeinek eltérése s egyéb más okok.

A bipoláris I betegség átlagkora terjedhet a kamaszkortól egészen az időskorig, az átlagos kor az 30, amíg a depressziós rendellenességek átlagkora 40 év. A major depressziós rendellenesség jellemzőbb azokra, akiknek nincsenek szoros kapcsolataik, vagy elváltak.

Premorbid személyiségi tényezők

Nincs olyan személyiségjegye vagy típus, amely predisponál a depresszióra. Erre minden ember hajlamos, bár vannak, akik ennek a veszélynek még jobban ki vannak téve: orális-függő, kényszeres és hisztrionikus típusok jobban, mint paranoid, antiszociális s egyéb személyiségek, akik a projekció segítségével képesek externalizálni, maguktól távol tartani azt a haragot, amit belül éreznek.

Freud arról tesz említést, hogy a depresszióra hajlamos egyének a mások irányába érzett dühüket, haragjukat megtartják, s önmaguk ellen fordítják.

Melanie Klein szerint a depresszió esetében a szeretett személyek iránti agresszióról van szó. Klein szerint a depresszió különböző fejlődési szakaszokon megy keresztül, s a jelenleg depressziós ember képtelen volt valamely fázisban sikeresen megküzdeni ellene: abban a fázisban rekedtek meg, amikor irigységüket és destruktivitásukat aszeretett „jó” tárgyak felé irányították s azokat megsemmisítették. A szeretett „jó” tárgyak hiányában a depressziós személy úgy érzi, hogy őt üldözik a gyűlölt „rossz” tárgyak. Ezért van úgy, hogy a depressziós személy önvádját nem az internalizált tárgyak felé irányítja, hanem önmaga felé!

Edward Biring szerint a depresszió, mint feszültség az Ego-n belül keletkezik, nem pedig az Ego és a Superego között. Szerinte a depresszió az a jelenség, amely során szakadék támad a különösen magas ideálok és a személy valós helyzete között.

Edith Jacobson szerint a depressziós állapot hasonlít egy segítség nélküli gyerek helyzetéhez, aki azonosult az öt gyötrő szülők negatív aspektusaival: a szülők szadista aspektusai átalakulnak öngyötrő, önkínzó Superego-vá.

Silvano Arieti azt figyelte meg, hogy a depressziós emberek nem önmaguk, hanem mások életét „élik” (a domináns Más). A domináns Más, akiért, aki helyett élnek lehet egy ideál, egy eszme, egy intézmény vagy egy személy. A probléma az, hogy akiért ez a depressziós személy él, annak elvárásait sohasem lehet teljesíteni, azoknak sohasem lehet megfelelni.

Kohut a depressziót a Self-teóriájából vezeti le. Szerinte a Self-nek olyan szükségletei vannak, amelyeket a szülőknek a gyermek felé kell biztosítani. Ilyenek többek között az a pozitív önbecsülés (self-esteem) és az ön-kohézió (self-cohesion). Ezen szükségletek kielégítéséhez szükséges a felnézés, az értékelés, a jóváhagyás és az idealizáció. Amennyiben a szülők, a „fontos Mások” ezen szükségleteknek nem tesznek eleget, akkor az depresszió formájában nyilatkozik.

A behaviouristák állatkísérleteikből indulnak ki, s arra a következtetésre jutnak, hogy amikor folyamatos áramütések érik őket, s azok elől nem képesek elmenekülni, akkor azok egy idő után feladják, s többé nem is fognak próbálkozni a meneküléssel. Ezt nevezték ők el „tanult segítség nélküliségnek”. Ugyanez történik az emberi lényekben is. Ezért a terapeutáknak azt javasolják, hogy a pácienseiket arra próbálják rávenni, hogy környezetük fölött erősödjön bennük a kontroll és a kompetencia érzése. Ezt el lehet érni jutalmazással vagy pozitív megerősítéssel.

A kognitív elméletek szerint az ember az élettapasztalatokat negatív „torzításban”, „félreértelmezésben” látja. Ehhez társul még a negatív önértékelés, pesszimizmus, s reménytelenség. Az ember, miután megtanulta a negatív világnézetet, depresszióssá válik. A kognitív terapeuták megpróbálják beazonosítani ezeket a negatív „kogníciókat”, s magatartásbeli feladatokat adnak pácienseiknek, mint pl. a gondolataik tudatos módosítása s az azokra való emlékeztetővel.

Klinikai jellemzők

Depressziós epizódok

A depressziós hangulat fő jellemzője az érdeklődés és az öröm elvesztése. A páciens mondhatja, hogy lehangolt, maga alatt van, reménytelen, értéktelenség éri magát. A depressziós páciensben van valami, ami őt megkülönbözteti az egyszerű szomorúság vagy gyász érzésétől. A páciensek gyakran panaszkodnak belső kínzó érzelmi fájdalomról, vagy arról, hogy képtelenek ordítani, kiabálni.

A depressziós páciensek úgy 2/3-a gondolkodik öngyilkosságról, s 10-15% el is követi azt. Bár sokszor a depressziósok nem szeretnek panaszkodni, kerülnek hangulatuk kifejezését mások előtt, de a családtagok, a közeli ismerősök ezt mégis érzékelik: kerülnek a velük való kapcsolatokat, a barátkozást, s elvesztik érdeklődésüket a korábban örömet szerző tevékenységek iránt. A depressziós páciensek 97%-a panaszkodik arról, hogy energiájuk lecsökkent, képtelenek vállalt feladataikat befejezni, munkában s tanulásban gyenge teljesítményt nyújtanak, s nem érzik magukat motiváltak ahhoz, hogy új terveket alkossanak. A páciensek 80%-a alvási zavarokkal küzd, túlságosan korán felébrednek, éjszaka többször felébrednek s problémáik felett őrlődnek. Sokan elvesztik étvágyukat, lefognak, míg másoknak megnő az étvágyuk, sokat esznek s elhízhatnak, s többet alszanak a kelletténél.

A szorongás szintén általános szimptóma a depressziósoknál. A változások sok területre kihatnak: cukorbetegség, magas vérnyomás, tüdő- és szívbetegségek. A depressziósok szexuális aktivitása is csökken, menses-eik abnormálisak. A szorongás (főleg a pánikbetegség), az alkoholhasználat, a szomatikus panaszok komplikálják a depressziót. A betegek többsége azt mondja, hogy szimptomáik a reggeli órákban súlyosabbak, az esti órákban enyhébbek. Kognitív szimptomákról is gyakran panaszkodnak: a betegek 84%-a nem tud koncentrálni, 67%-a gondolkodásában is gyengülést tapasztal.

Gyerekkorban az iskola-izony és a szülőkhöz való túlzott tapadás a depresszió előjele lehet. Kamaszkorban a depressziót jelezheti a gyenge iskolai teljesítmény, a drogok használata, az antiszociális viselkedés, a szexuális promiskuitás, az iskolakerülés. A depresszió viszont sokkal gyakrabban fordul elő idősebb korban.

A depresszió összefügghet az alacsony társadalmi státussal, a házastárs elvesztésével, vagy a társadalmi izolációval.

Mániás epizódok

A mániás epizód legfőbb tulajdonsága az emelkedett, felpörgött, irritálható hangulat. Az emelkedett hangulat eufórikus, gyakran „megfertőzi” a körülötte levőket, olyannyira, hogy a tapasztalatlan pszichiáter benyomása lehet, hogy nincs is szó betegségről, rendellenességről. Az emelkedett hangulat könnyen irritációvá, ingerültséggé válhat akkor, ha úgy látják terveiket valami vagy valaki át akarja húzni.

A mániás betegek kórházi kezelése rendkívül komplikált, hiszen előszeretettel tolják át másokra a felelősséget, kihasználják mások gyengeségeit, képesek megosztani a kezelő és ápoló személyzetet. Kórházon kívül a mániás betegek gyakran fogyasztanak túlzottan alkoholt. Emelkedett hangulatuk során gyakran telefonálgatnak órákon keresztül (főként a kora reggeli órákban), patológiusan szeretnek játékgépezni, szerencsejátékokkal foglalkozni. Szívesen öltözködnek túlcicomázva (ékszerekkel, világos árnyalatú, szokatlan, falusias ruhákban, vagy pedig szívesen vetkőznek nyilvános tereken. Gyakran figyelmetlenek a kisebb részletekre (pl. a telefonkagylót nem teszik vissza a helyére). Impulzíván, meggyőződéssel és céltudatosan cselekszenek. Sokat foglalkoznak vallásos, politikai, gazdasági, szexuális jellegű témákkal, amely súlyosabb esetben téveszmékké alakulhat át. Olykor játszadoznak széketükkel vagy vizeletükkel.

A kamaszoknál a mániát gyakran összetévesztik az antiszociális vagy skizofrén személyiséggel. A kamaszkori mánia magába foglalhatja a pszichótikus epizódot, az alkohol- vagy droghasználatot, öngyilkossági kísérleteket, filozófiai témákkal való túlzott foglalkozást, szomatikus panaszokat, kényszeres vagy antiszociális magatartásformákat.

Appendix

Mániás-Depressziós Pszichózis

M. Strahl, Differential Diagnosis in Clinical Psychiatry, New York, 1972.

A mániás-depressziós pszichózis ismeretlen eredetű hangulati rendellenesség, amely 3 alegységre osztható mind a mánia (hipománia, akut mánia, deliráns mánia), mind a depresszió (egyszerű depresszió, akut depresszió, depressziós stupor) esetében. Az alegységek csak fokozatban, kvantitatíve különböznek egymástól. Nem így van ez a skizofréniában, amelynél az alegységek, az altípusok nem mennyiségileg, hanem kvalitatíve különböznek egymástól, pl. a katatón alcsoport katatón jellemzői nincsenek meg a paranoid alcsoportban. Ezen megfontolásból, talán jobb lenne a depresszió-mánia rendellenességet – ellentétben az előbbi fogalmakkal - a klasszikus fogalmakkal meghatározni, azaz beszélhetünk enyhe, közepes, súlyos depresszióról vagy mániáról.

Már Kraepelin rámutatott arra a jelenségre, hogy a depresszió-mánia pszichózisában a páciens érzelmileg és intellektuálisan nem épül le, attól függetlenül, hogy a pszichózis mennyire hosszú tart nála. A depresszió-mánia nem mentális, értelmi betegség, ezért a normál és a patológikus hangulati felfokozottság vagy depresszió csak „fokozat”, „mennyiség” kérdése. Ha a depresszió-mánia betegségben történnek is értelmi, mentális változások, azok mindig a hangulat állapotának függvénye: azokkal jön elő vagy tűnik el, ameddig a hangulat változik, csak addig változik a mentális állapot.

A skizofrénia leginkább alacsony társadalmi rétegekben fordul elő, a depresszió-mánia inkább gazdagabb, iskolázottabb csoportokban. A belvárosi részekben több a mániás-depressziós, amíg a peremrészekben, külvárosokban több a skizofrén. Skandináv országokban nagyon ritka a mánia-depresszió, annál inkább a skizofrénia. De ez változik, ha délebbre tartunk. Dél-Németországban már több mániás-depressziós található, még több, ha Olaszországban, Spanyolországban járunk. Zsidóknál is jellemző a mánia-depresszió, viszont primitív kulturákra inkább jellemző a skizofrénia gyakoribb előfordulása.

A mánia-depresszió leginkább 30-40 éves korban fordul elő. Ha kamaszkorban depressziós vagy mániás szimptomatológiával találkozunk, mindig gyanítanunk kell vagy a skizofréniát vagy az organikus megbetegedéseket.

A mániás vagy depressziós epizódok időtartamát nehéz meghatározni: nem tudhatjuk előre, mikor lép fel, mikor múlik el, mennyi ideig tart. Inkább jellemző az ismétlődés, a gyakori roham (a páciensek 60-70%-nál). Az „ismétlődő” tulajdonság viszont nagy eltérést mutat: a depressziós roham 10-szeresen többször fordul elő a mániához képest. Megfigyelések szerint, ahogy ezek depressziós-mániás a páciensek idősödnek, rohamaik száma is csökkenő tendenciát mutat.

Skizofréniában is lehetnek rövid depressziós vagy mániás rohamok, viszont ezek tényleg rövidek, maximálisan néhány naposak. Az igazi, tényleges mániás-depressziós rohamok tovább, hosszabb ideig tartanak.

A mániás fázis jellemzői

A mániás megnyilvánulások ritkábbak, mint a depressziós szimptómák. A beteg szempontjából a mániás fázis „kellemesebbnek” tűnik: jókedv, eufória, mindenhatóság kitörő érzése. A mániának 3 formája létezik: hipománia, akut mánia, deliráns mánia. A 3 altípus között nem minőségi, hanem mennyiségi a különbség. Az alapszimptómák a mániás fázisban egy triáoszt alkotnak: hangulat emelkedettsége (hangulati szféra), gondolatszárnyalás (mentális szféra), fokozott pszichomotoros aktivitás (motoros, viselkedési szféra). Az érzelmi emelkedettséghez szorosan kapcsolódnak az intellektuális és motoros szférákban is végbemenő változások: gondolatszárnyalás (flight of ideas), amely során a páciens azt érzi, gondolatai, asszociációi felpörögtek s ehhez még elszórakozottság, figyelmetlenség is társul; a motoros szférában a változást az izgatottság, a hiperaktivitás, fokozott nyugtalanság jellemzi.

Lényeges szempont ennél a betegségnél: a triász mindig harmonikusan van jelen. Ezzel szemben a skizofréniában a 3 komponens között ellentét, szembenállás húzódik meg: az érzelmeknek, a hangulati állapotoknak nincsenek hatásai az intelligenciára vagy a pszichomotoros aktivitásra, azaz diszharmónia áll fenn.

Hipománia

Ez a mánia legenyhébb és leggyakrabban megfigyelt változata. A triász még nem annyira feltűnően mutatkozik meg, az emberek számára ők teljesen normálisnak tűnnek.

Az ilyen páciens **hangulata** emelkedett, eufórikus. Szórakoztatónak, viccesnek tűnnek, gyorsan asszociálnak, élénken, fürgén ragadják meg mindazt, ami éppen körülöttük zajlik. Társas kapcsolataikban nagyon sikeresek. Szeretik a közösségi, az összejövetelszerű részvételt, s ott mindenki kedveli őket egészen addig, amíg nem válnak túlságosan terhéssé, mindenbe beleszólóvá és hozzászólóvá, amíg nem akarják uralni a „terepet” s amíg nem mutatkoznak gátlástalanoknak.

Amikor frusztráltak, akkor ingerültebbekké válnak. Az emelkedett hangulat agressziót és ellenségeskedést rejt, s gyakran türelmetlenek akkor, ha valaki keresztezi útjukat, elgondolásaik kivitelezését. Nem nagyon viseli el a kritikát, tapintatlan, követelőző. Amikor valamit meg akar valósítani, akkor gyakran visszaél mások jószágával, segítőkészségével. Agressziója viszont inkább verbális szinten, mintsem fizikális szinten jelentkezik.

A hangulat változása mellett, megjelenik a triász második komponensének változása is: a hipomán egyén **gondolatszárnyalást** észlel. Könnyű kikököcsölni gondolatmenetéből, hamar elszórakozottá válik a külső ingerek hatására. Témáról témára ugrál s monopolizálja a beszélgetést. Gyakran kér elnézést a beszélgetés alatt, de azért „csak mondja”. Ami őt elszórakozottá, figyelmetlenné teszi, az nem a belső ingerek hatása, hanem a külső ingereké: megpillant valamit, meghall valamit, észlel valamit. Az új inger gondolatmenetét eltereli s ő követi ezt az elterelést, s ezen elterelésekre akar gyorsan reagálni. A mániás beteg „kifelé”, az inger irányába, környezete felé orientálódik. Vele szemben a skizofrén páciens befelé, a bentről eredő ingerek felé orientálódik.

A hipomán személyben az intelligencia nem károsodik, nem sérül. Mind a memória, mind az orientáció ép marad. Minden változás, ami végbemegy a gondolkodásban, az ítéletben vagy egyéb intellektuális funkciókban, az az érzelmeknek, a hangulati állapotoknak tudható be, onnan indulnak ki. Ha az érzelmi, hangulati állapotok hatása megváltozik, akkor vele együtt minden más funkció változik. Ezért a gondolatszárnyalás nem egy intellektuális sérülés, hanem az érzelmi „felgyorsulás” következménye. Így van ez az ítélettel is: annak meggyengülése az érzelmi zavar következménye. A felfokozott hangulat a mániás páciens Ego-ját mintegy „felfújja”, határait „kitágítja”: azt érzi mindenre képes, minden lehetséges számára, hatalommal, különleges képességekkel rendelkezik, mindent megengedhet magának, sokkal többet és jobban teheti meg mindazt, amit szeretne, mint bármikor előtte.

A hipomán egyén észlelése, érzékelése is ép marad. Jól észlel, de viszont ez az észlelése felszínes. Környezetével való kontaktusa jó, de próbálja mások előtt azt a benyomást kelteni, hogy a

normál embereknél különlegesebb, magasabb szintű teljesítményre képes. Sajnos saját helyzetébe kevés az insight-ja. A pszichológiai tesztek azt mutatják, hogy – ellentétben azzal a benyomással, amit el szeretne érni – tudása, intellektuális teljesítménye alacsonyabb a normálnál. Teljesítményét jó társas kontaktusával, jópofáskodásával, gyors asszociációival leplezi.

Pszichomotoros aktivitásában – ez a triász harmadik komponense – is felfokozott: nyugtalan, feszül, mintha „menni készülne valahova”. Nem szeret sohasem egy helyen lenni. Változékony, nem következetes, hiányzik belőle a kontroll. Nem szereti követni a szabályokat, előírásokat, főként akkor, amikor feljebbvalónak, sebezhetetlennek érzik magukat. Gátlástalansága más magatartásformákban, így a szexualitásában is megjelenik. Gyakran túlzásba viszik az ivászatot. Ami még jobban komplikálja helyzetét, az az, hogy nincs belátása betegségébe, nem akarja elfogadni, hogy ő beteg, s kezeltenie kellene magát.

A hipomániás nem szokott öngyilkosságot elkövetni, másoknak sem szokott ártani. Ő nagyon jól érzi magát, akkor, amikor hipomániás, de nem jól érzik magukat a közeli családtagok: ők már alig várják, hogy depresszióssá váljon. Miért? A hipomániás felfokozott hangulati állapotában sok negatív következményekkel járó tetteket szokott elkövetni: üzleti életben kockáztat; sok pénzt hamar elszór, elveszít; dorbézol; mindenféle eszement házasságokba belemegy; gyakran megszegi a törvényeket.

A hipomániás egyénél viszont nem jelentkeznek hallucinációk, téveszmék. Minden külső ember számára normálisnak tűnik.

Akut mánia

Az akut mánia klinikai képe már másképp rajzolódik ki. Nála már mindenki, aki őt látja, ismeri azt mondja, hogy valami probléma van, ő beteg s kórházi ellátásra szorul.

Az akut mániás nagyon hamar untatják a körülállók. Már nem szimpatikus, nem keresik az ő társaságát.

Az akut mániás hangulata szintén felfokozott, de szélsőségesen, erőteljesen s provokatívan. Beszéde felgyorsul, gondolatszárnyalása s elszórakozottsága teljesen nyilvánvaló. Állandóan aktív, ingerlékeny, sőt támadóvá válik.

Hangulata a szélsőségekig felfokozott, „fertőző”, de már mások szemében is irreális. Bár még mindig megőrzi bizonyos „játékosságot”, valami „jó humor félét”. Izgatottsága „nem rideg”, ellentétben a skizofrén pácienssel, akié „rideg”, „visszataszító”. A mániás izgatottságban mindig megmarad valami melegség, amit környezete felé képes kimutatni; a skizofrén egyén környezete felé agresszív, visszataszító, s ő maga pedig attól vissza szeretne vonulni, el akar távolodni, s a környezetében mások nem éreznek iránta szimpátiája, nem sajnálják meg.

Az akut mániás, ha útját keresztezik, agresszív, ingerlékeny. Ez az agresszió nála csak kisebbségérzését leplezi s megerősíti őt azon tendenciájában, hogy ő különlegesebb, mint a többiek, mint a környezete. Intoleráns bármely frusztrációra: ha valaki beszélget vele, állandóan kérdegeti, vitatkozni fog, s nem szünik meg kérdegetni, míg közben mondogatja, hogy már készül haza indulni, már nem lesznek kérdései. Ha kórházba kerül, ott is vitatkozni fog a személyzettel, mert máshol szeretne szobát, nem az északi, hanem a déli oldalon, s ha ezt a kérését nem teljesítik, úgy féktelen haragra gerjed, letámadóvá s kihasználóvá válik. Olykor megjelennek nála paranoid tünetek is.

Gondolatai szanaszét vannak, szétszórt, beszéde is kusza. Beszédét még jellemzi a csúnya kifejezések használata, amit növel benne a szexuális feszültség, amely olykor gátlástalan s agresszív jelleget ölt. Bár a gondolatszárnyalása olykor az inkohérenca jellegét ölti, de még sincs szó erről. Inkább arról van szó, hogy gondolatai, asszociáció a hangulati állapotot már-már nem tudják követni („pumping-association” jelenség).

Pszichomotoros aktivitása felfokozott, izgatott. Állandóan mozog, izgága, helyet változtató. Olykor ugrálgat. Viszont – ellentétben a skizofréniaival – ha környezete azt kívánja tőle, hogy ne mozogjon, ellenőrizze mozgásait, erre képesnek tűnik. Két másik érdekes szimptóma is

megjelenik a hipomániás jellegzetességeken túl: nem akar enni s aludni. Olyannyira elfoglaltak, leköti őket valami, hogy nem marad idejük enni, olyannyira jól érzik magukat, hogy az étkezési időt átugorják. Nem érzik a fáradtságot, ezért nem akarnak aludni. Ritkán vagy sohasem merülnek ki: a test alkalmazkodik mániás elvárásaikhoz. Nem is panaszkodnak, semmi sem zavarja őket, ellentétben a depressziósoknál, akiket minden zavar, akik mindenféle panaszt megfogalmaznak.

Téveszmék és hallucinációk nem nagyon fordulnak elő náluk, viszont annál gyakrabban az illúziók: ezek gyorsan formálódnak, a háttérben maradnak, nem lesznek kidolgozottak. Az akut mániás észleléseit eltúlozza, de ezek mindig beleilleszkednek eufórikus hangulatába. Még hetvenkedésébe is megjelenik vajmi játékosság, s ezzel másokat nem sért, nem zavar. Csak a figyelmet akarja felkelteni, de nincsenek nagyzolási téveszméi. Ha hasonlítanak is hetvenkedései a téveszmékre, azok nem szétterjedtek, bizarrak. Egyszerű ön-felnagyítási túlzásokról lehet szó. Pl. nagyon gazdagnak, befolyással rendelkezőnek, szexuálisan nagy teljesítményekre képesnek hiszi magát.

A mániás betegnek, ha vannak is téveszméi, azok mindig harmóniában állnak hangulatával. Ezért gyanús az, amikor egy páciens azt találná mondani „nincs szívem”, vagy „nincs pulzusom”. A mániás ilyet sohasem tesz, viszont valószínű, hogy a skizofrén páciens ilyesmit mond, ha van benne egy kis mániás színezet. A skizofrén páciensnél ez a hasítás mechanizmusa (splitting), amikor olyanról alkot téveszmés gondolatokat, amelyeknek hangulatához semmi közük. A mániás színezetű skizofrén páciensre még jellemzőek a magas szintű szorongás és az ambivalencia: önmagát gyengének, erőtlennek érzi, közben nagyzolási gondolatokkal védi magát. A mániás-depressziós pácienseknek is lehetnek nagyzolási gondolatai, viszont másképpen jár el. Ha valaki azt állítja magáról „Én vagyok Napóleon”, s ezt az állítását hetekig fenntartja, s ragaszkodik is hozzá, akkor semmiképpen sem mániás beteggel van dolgunk. Legelőször azért, mivel a fogalmi szerveződés nagyfokú zavaráról van szó; másodsor, olyan makacs ragaszkodásról van szó, ami nem jellemzi a mániás beteget; harmadsor, az előbbi téveszme bizarr jellegű, mely szintén nem jellemzője a mániának. Amennyiben a mániásnak vannak téveszméi, azok nem bizarrak, s azokra mindig próbál valamilyen magyarázatot adni, valamint azok sohasem uralják gondolkodási folyamatait. A skizofrén páciens annak ellenére is fenntartja bizarr téveszméit, amikor hangulata megváltozik. Ha pl. kórházba viszünk egy katatón skizofrént hétfőn, láthatjuk rajta a túlzott aktivitást, a játékosságot, s tegyük fel, kifejezi azon elgondolását, hogy őt az emberek követik, el akarják kapni. Kedden már azt látjuk, játékosságát, jókedvét elveszítette, de elgondolásait ugyanúgy fenntartja, sőt azt látjuk, hogy kerüli mások társaságát, az emberek elől félrehúzódik. De ugyanúgy fenntartja elgondolásait, miszerint üldözik, követik őt. Ekkor tehát hangulata nincs harmóniában elgondolásaival, s ez pedig tipikusan nem mániás betegre vall.

A mániás betegnél nem nagyon tapasztalunk hallucinációt, inkább illúziókról van szó, amely szintén hangulati „kerékvágását” követi. Ezek az illúziók nem kidolgozottak, csak átmenetiek, s könnyű szembesíteni azokat a valósággal.

Deliráns mánia

Erre a deliráns, pszichotikus mániára használják a „zavaros mánia” (confusional mania) kifejezést is. Ebben a stádiumában a páciens nagyon beteg. A szimptomái ismét követik a triász tengelyét (hangulatemelkedettség, gondolatszárnyalás, pszichomotoros izgatottság).

Az eufória annyira felfokozott, hogy nem is észlelhető: inkább tudati homályos állapotot tapasztalunk, mintha deliriumról lenne szó, ami a páciens tudatosság-állapotát erősen befolyásolja, megzavarja. Amíg a hipomán, vagy akut mániás esetében tiszta tudati és emlékezeti állapotokra bukkanunk, addig ez hiányzik a deliráns mániásnál. A deliráns mániás se térben, sem időben nem jól tájékozódik, s nagyon zavartnak tűnik.

A gondolatszárnyalások esetében is nagy zavart találunk. A gondolatok erősen zavartak, kuszák: nehéz emberi kontaktusba kerülni vele. Az ilyen páciens hangoskodik, nyihog, s nem figyel

senki kérdésére, mondanivalójára. Inkoherens állapothoz hasonlít, amit olykor nehéz megkülönböztetni a gondolatszárnyalástól. Gondolatszárnyalása során egyik témáról ugrál a másikra, s gondolkodása nem tűnik logikusnak, túl gyors, követhetetlen.

A deliráns mániás magatartásában, pszichomotoros aktivitásában is komoly változások mutatkoznak: képtelen önmagáról gondoskodni, öltözetét elhanyagolja, s olykor inkontinenciát mutat. A deliráns mániás izgatottsága szélsőséges: sohasem pihen, nem alszik, nem eszik. A kimerültségre elég hamar eljut: szíve felmondja a szolgálatot, s nem ritka nála az 'agyhalál' jelensége sem, akkor, ha gyorsan nem avatkoznak közbe valamilyen jellegű kezeléssel.

Értelmi állapotuk megvizsgálása

Depressziós epizódok

Állapotukat jellemzi a pszichomotoros lassúság vagy izgatottság (ez főképpen idősebbeknél). Jellemzi őket a kézcsavargatás, a hajhúzogatás. Képtelenek spontán mozgásokra, s felveszik a görnyedt pózt.

Tekintetüket lesütik vagy elfordítják (nem szeretnek a másik szemébe nézni). Aktivitásuk csökken, a társas, közösségi élettől visszahúzódnak. A beszédjük üteme s volumene is lelassult. Csak néhány szóval s nagyon lassan, elkésve adnak választ. Vannak, akiknél 2-3 percig is várni kell a válaszra.

A depressziós egyéneknek lehetnek téveszméik, hallucinációik pszichótikus állapotukban. Ezek lehetnek hangulattal egybeváogók (bűntudat, bűnösség érzése, értéktelenség, hiábavalóság, szegénység, sikertelenség, üldöztetési, szomatikus panaszokra vonatkozó stb.), vagy attól eltérőek (hatalom, tudás, értékesség nagyzsolási elgondolásai). Téveszmék lehetségesek, de nagyon ritkák a hallucinációk.

Gondolkodásukban a negatív világnézet nyer teret, de ebbe belefér a halálról, öngyilkosságról való elgondolkodás is. A depressziósok kb. 10%-a gondolkodásában akadályozott, szegényes.

Időben, térben, személyben jól orientálódnak, bár ez nem tűnik mindig így, hiszen nem érdeklí őket a válaszadás vagy pedig nincs elég energiájuk azok kimondására.

A depressziósok 50-75%-a tapasztal meg kognitív károsodást, s arról panaszkodnak, hogy nem képesek koncentrálni, s könnyen felejtenek (ezt depresszív pszeudodemenciának is nevezik).

A legtöbb depressziósnál hiányzik az energia ahhoz, hogy impulzusaiknak utat engedjenek. Az öngyilkossággal kapcsolatos veszélyhelyzetek akkor kezdődnek leginkább, amikor kezd visszatérni erejük, s ekkor még inkább tudnak tervezgetni. Ezért kell nagyon ügyelni a pszichiátereknek az antidepresszánsok felírásával, hiszen ezek kihatnak energiaszintjükre, aktivitásuk felerősödésére.

A depressziósok ítélethozatali képessége és betegségükbe való belátása kitűnő: olykor túloznak, túlhangsúlyozzák szimptomáikat, életproblémáikat.

Megbízhatóságukra az jellemző, hogy túlhangsúlyozzák a rosszat, s minimalizálják a jót. De a pszichiáternek a pácienssel való elbeszélgetésében nem kell feltételeznie a szándékos „félreinformálást”. Ez mindössze a páciens reménytelen, kilátástalan helyzetéből következik.

A depresszió szintjének megaállapítására különböző tesztek születtek, melyek hasznosak a diagnózis felállításában (Zung, Raskin s Hamilton tesztjei).

Mániás epizódok

A mániás páciensekre jellemző általában az izgatottság, a beszédesség (olykor szórákozhatóan), a hiperaktivitás. Amennyiben pszichótikus állapotokat mutatnak, akkor szükséges a szedatív injekció beadása.

Hangulatuk eufórikus, olykor ingerültek. Nem nagyon viselik el a frusztrációt. Érzelmekben labilisak, s aránylag gyorsan tudnak nevetésből elkeseredett, elkenődött állapotba váltani.

Amikor beszélnek, nehéz félbeszakítani őket, s akik körülötte állnak, azok számára tolokodásnak tűnhet beszéd módjuk. Beszédjük zavart: hangosabban, gyorsabban beszélnek, játszanak a szavakkal, tréfákkal túzdelik tele mondandójukat, lényegtelen, jelentéktelen témákat hoznak szóba. Nehezen koncentrálnak, könnyen elvesztik asszociációik fonálát, gondolatszárnyalásuk van, olykor szósalátát s neologizmusokat hoznak létre. Az akut vagy deliráns mániást gyakran összetévesztik a skizofrénnel éppen emiatt az inkoheregensnek tűnő beszéd mód miatt.

A mániás betegek 75%-a tapasztalhat meg esetleges téveszméket, amelyek legtöbbször összeillenek hangulatával.

A mániás beteg gondolatait túlzott önbizalommal és ön-felnagyítással kapcsolatos ideák fűzik tele. Gondolatmenete felgyorsul, s könnyen képes a gondolatmenetétől eltérni, elszórakozik, s figyelmetlen bármely más külső inger hatására.

Tájékozódása és memóriája többnyire ép. Ebben károsodás leginkább deliráns fokozatában lehetséges.

A mániás beteg nehezen ellenőrzi impulzusait, agresszívnek, letámadónak tűnik, de csak ritkán tesz kárt önmagában vagy másokban.

A mániás páciens ítélethozatala erősen károsul: megszegi a törvényeket, pénzét gyorsan felesleges dolgokra elkölti, szexuálisan abnormális tetteket követ el, családját s másokat is anyagilag megkárosít. Betegségükbe is minimális a belátásuk.

Információik közlésében megbízhatatlanok, gyakran hazudoznak, csapnak be másokat, rászédnek embereket.

Differenciáldiagnózis

Egyik klinikai nehézség a mánia és a skizofréria megkülönböztetése. Nézzünk néhány eltérést:

1. Kor: Mánia (M): 30 - 40 év; Skizofréria: 17 – 18 év.
2. Az 1-ő epizód után: M: visszatér a normál állapotára; S: folyamatosan rosszabbodik
3. Rendellenesség: M: hangulati; S: mentális
4. Hangulat-Gondolkodás-Cselekedet kapcsolata: M: harmónia; S: disharmónia
5. Ingerek: M: kívülről; S: belülről
6. Szimbólumok: M: felnőttre jellemzőek; S: infantilisak
7. Memória-Orientáció: M: nem zavart; S: zavart
8. Hallucinációk: M: nincsenek; S: jelen vannak
9. Személyközi kapcsolatok: M: lehetségesek; S: lehetetlenek
10. Koherencia: M: van; S: nincs
11. Téveszmék: M: rövid ideig, de nem bizarrak; S: hosszú időn keresztül s bizarrak

A depresszió nagyon sok betegséggel járhat együtt: demenciák, Parkinson-kór, epilepszia, daganatos betegségek. A major depressziós rendellenességben a kognitív szimptomák azonnal fellépnek, pl. az önvád formájában. A kognitív szimptomák napi váltakozása jellemezheti a depressziós beteget, míg ez nem vonatkozhat a demenciásra. Amíg a depressziósnál előfordul, hogy az őt kérdezőhöz nem ad választ, addig a demenciás elkezd konfabulálni. A depressziósban inkább

a jelen, nem pedig a távoli memória károsodik, de ha ösztönözzük, képes visszaemlékezni. A demenciás ösztönzés hatására sem emlékszik vissza.

A betegség lefolyása és a prognózis

A major depressziós rendellenességek első megjelenését az esetek 50%-ában depressziós szimptomák előzik meg. Ezen szimptomák jelenléte ellenére nincsenek premorbid személyiségi zavarok. Az esetek 50%-ában az első depressziós epizód 40 éves kor előtt lép fel. Ha ez később lép fel, akkor nem gyanítunk mögötte családon belüli hajlandóságot.

A nem kezelt depressziós epizód 6-13 hónapig tart, de ha kezelik akkor csak kb. 3 hónapig. Amennyiben viszont az antidepresszánsokat legalább 3 hónapig megvonják, akkor szinte minden esetben visszatérnek a szimptomák. Ahogy a betegség kifejlődik, úgy a páciens hajlamosabb lesz arra, hogy depressziós epizódjai hosszabb ideig tartsanak.

A kezdetben major depressziós epizódnak diagnosztizált páciensek 5-6 %-ában 6-10 éven belül az első depressziós epizódot mániás epizód követi. Ezen „hangulatváltás” átlagéletkora 32 év.

A major depressziós zavar sajnos krónikus jellegű: a beteg hajlamos lesz többször visszaesni. Ha az első major depressziós epizód után kórházi kezelésben részesülnek, úgy az esélyük 50% arra, hogy felépüljenek. A felépülés esélye viszont a kor haladtával fokozatosan csökken.

Minden betegség esetében próbálják a szakemberek beazonosítani a jó illetve rossz prognosztikus tüneteket. A major depressziós zavar „jó” prognózist elővetítő jelei: enyhe epizódok, pszichotikus szimptomák hiánya, rövid kórházi kezelés szüksége, stabil baráti kapcsolatok kamaszkor alatt, stabil családi szisztéma megléte. Ezzel szemben a rossz, gyenge prognózist vetítik elő: disztimikus zavarok együttes jelenléte, alkoholhasználat, kábítószeres használata, szorongással kapcsolatos zavarok megléte.

A bipoláris I zavar az esetek többségében (nőknél 75%-ában, férfiaknál 67%-ában) depresszióval kezdődik. A betegek jó részénél a depresszió és a mánia váltakozik, csupán az esetek 10-20%-ában lehet szó tisztán mániáról. A mániás epizódok általában rövid ideig tartanak (órák esetleg napok). Ha a mániát nem kezelik, eltarthat 3 hónapig is. Ezért van az, hogy a pszichiáterek azt tanácsolják, hogy ezen epizód alatt soha ne hagyják el az orvosságok szedését. A betegség folyamatos kifejlődésével az epizódok közötti időtartam sajnos lerövidül. 5-6 mániás epizód után az időintervallum általában stabilizálódik: 6-tól 9 hónapos intervallumra.

A bipoláris I zavar ugyanúgy előfordulhat fiatal, mint idős korban. Már 8 éves korban is felléphet. Minél korábban kezdődik, annál szegényebb lesz a prognózis. Általában a bipoláris I zavarnak rosszabb a prognózisa, mint a major depressziós rendellenességnek. A bipoláris I páciensei 40-50%-ában az első epizód után általában 2 éven belül felbukkan a második epizód. A szegényes prognózis előjelei: a mániás epizód rövid időtartama, előhaladt kor, öngyilkos gondolatok, súlyvesztéssel illetve súlygyarapodással kapcsolatos orvosi problémák jelenléte. A bipoláris I zavarban szenvedők 40%-a krónikus beteggé válik, az átlagos mániás epizódok száma 9.

A depressziós-mániás beteg kezelése

A depresszióban és mániában szenvedők kórházi kezelése, ellátása javasolt akkor, amikor önmagukat hajlamosak veszélyeztetni (öngyilkos gondolatok, tervszövés). A legtöbb hangulati beteg nem szívesen megy kórházba, a depressziósok esetében, mert képtelenek döntést hozni, gondolkodásuk teljesen lelassul, a mániások pedig, mert esetükben hiányzik a betegségük súlyosságának felismerése (nincs insight).

Különbéféle terápiákkal igyekeznek segíteni a hangulati betegek állapotán. 3 rövid-terminusú terápia van: kognitív, interperszonális és behaviourista; s a pszichoanalitikus terápia, melynek terminusa sokkal tovább tart. A rövid-terminusú terápiákban a terapeuta aktív, direkt módon kezel.

Kognitív terápia: ezt a terápiát Aaron Beck fejlesztette ki, s a „kognitív torzításokra” koncentrál. Ezen torzításoknál szembeűnő a körűlmények negatív aspektusaira és az irrealisztikus következményekre irányuló szelektív figyelem jelenléte. Így pl. az apátiát és az alacsony energiaszintet az váltja ki, hogy a páciens minden területen sikertelenséget vár el, kudarcra számít. A kognitív terápia célja a negatív kogníciók beazonosítása és próbálgatása; a pozitív, rugalmas gondolkodásmód illetve az alternatívák kifejlesztése; új kognitív és viselkedésbeli módozatok kialakítása.

Interperszonális terápia: Gerald Klerman a terápiában az interperszonális problémákra összpontosít. Két alapfeltevéésre épít: az interperszonális problémák gyökerei korai diszfunkcionális kapcsolatokra nyűlnak vissza; a jelen interperszonális problémák felelősek azért, hogy valakinél depressziós problémák alakulnak ki vagy tartósan megmaradnak. A terápiás program 12-16 hetes időtartamú. Aktív terapeutikus módszert használnak, s a védekező mechanizmusokkal, a belső konfliktusokkal nem foglalkoznak.

Behaviourista terápia: arra a hipotézisre épít, miszerint a személy nem-alkalmazkodó viselkedési mintái azt eredményezik, hogy kevés pozitív visszajelzést kap, elutasítják, megvetik. A terápiában megvitatják ezeket a nem-alkalmazkodó viselkedésformákat s megtanítják a páciens olyan módon viselkedni, mely pozitív megerősítést eredményez, s megtanul a társadalomban „jól funkcionálni”.

Pszichoanalitikus megközelítés: a változásnak a személyen belül, a személyiség struktűrájában kell végbemennie, s ezért ezen megközelítés szerint nem elégséges csupán enyhíteni a szimptomákat, ahogy azt más terápiákban teszik. Amit ez a terápia célként tűz ki, a következők: javítani a személyközi bizalmat, intimitást; kifejleszteni a megküzdő mechanizmusokat; megtanulni a gyászt; az érzelmek széles skálájának megtapasztalási képességét kidolgozni. Mivel a terápia feltételezi, hogy a páciens a foglalkozás alatt stresszt, szorongást, feszűltséget tapasztalhat meg, ezért ez évekig is eltarthat.

