

# A BIZALOM ÉPÍTÉSE BELÁTÁSHIÁNNYAL JÁRÓ SZKIZOFRÉNYA ESETÉN

---

*SZENDI ISTVÁN*

## SZKIZOFRÉNYA ÉS BELÁTÁSHIÁNY

**A** szkizofrénia talán a legtöbb előítélettől sújtott, az egyik legrettegettebb emberi, és a legfélelmetesebb mentális betegség. Rejtélyes. Részenben a megnyilvánulásai miatt. A mentális zavarok többségében megjelenő panaszok (szorongás, depresszió, alvászavar, stb) csirái mindennapos közös élményünk részei, és betegségek esetén leginkább „csupán” ezek elhatalmasodásával állunk szemben. Azonban a leggyakrabban szkizofréniaiban előforduló, pszichózisnak nevezett súlyosabb elmezavar tünetei (hallucinációk, téves eszmék, a gondolatok és érzelmek szervezethez tartozásának felbomlása) és azok magva nem a mindennapi megszokott tapasztalat része. Rejtélyes továbbá azért is, mert ez a betegség olyan reprodukciós hátrányt jelent a betegeknek (különösen a betegséggel élő férfiaknak van ritkán gyerekük), hogy a fajnak néhány generáció alatt el kellene veszíteni ezt a betegséget – ezzel szemben monoton következetességgel jelenik meg lényegében minden korszakban, a Föld minden részén, nagyjából azonos gyakorisággal. Viszonylag gyakori, minden századik embernél kialakul az élete folyamán, a világon hozzávetőleg 25 millió ember él vele. Kétszer annyi ember betegszik meg benne, mint Alzheimer-kórban, ötször annyi, mint szklerózis multiplexben, és hat-szor annyi, mint inzulin-függő cukorbetegségben<sup>1</sup>. Rejtélyes, mert elterjedtsége és a kóros háttér feltárására évtizedeken át fordított hatalmas anyagi és tudományos források ellenére nemcsak, hogy nem sikerült a betegség okát megtalálni (és így az oki kezelés sem megoldott), de még a csak erre a betegségre specifikus tüneti, viselkedési vagy neurobiológiai sajátosságot sem sikerült találni, vagy egyes vonások jelentőségét következetesen igazolni.

A betegség tünettanában van egy sajátosság, ami erősen befolyásolja, milyen lesz a betegség kimenetele egy adott személynél – a betegségbelátás hiánya. Ez sem specifikus szkizofréniaira, a súlyosabb betegségformák nagy részét (bipoláris zavarok, paranoia, viselkedési és szerfüggőségek, stb.) átszövi, és ahol az adott betegséghez társul egy egyénnél, ott sokkal kedvezőt-

---

<sup>1</sup> Eaton WW, Chen CY (2006) Epidemiology. In: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO (eds) Textbook of Schizophrenia. Arlington: American Psychiatric Publishing; 17-37.

lenebbek a kimeneteli esélyek. Ez szkizofréniában is így van, a betegségbelátás hiányával együtt jár a kezeléssel való együttműködés hiánya, ami azért súlyos gond, mert manapság leginkább a jelenleg rendelkezésre álló (még nem oki, de a kórélettani folyamatokba már beavatkozni képes) gyógyszeres kezelés tudja a betegek túlnyomó többségénél a betegség tüneteit olyan mértékben kontroll alatt tartani, hogy a személy képes legyen tartósan és stabilan visszaszerezni az irányítást mentális működései és életvitele felett.

A szkizofréniával élőknel a gyógyszeresedés részleges vagy teljes hiánya a betegek 50-70%-nál jellemző<sup>2</sup>. A rossz együttműködés rossz prognózissal társul, gyakoribbak a pszichózisok kiújulásával járó visszaesések és a kórházi kezelések, nagyobb az erőszakos cselekedetek kockázata, a prognózis kedvezőtlenebb, az általános életminőség pedig gyengébb<sup>3,4</sup>. A hosszú távú együttműködést meghatározó tényezők közül betegségbelátás mellett kiemelkedik még a fontos kapcsolatok megléte vagy hiánya. Jelentős megtartó ereje van azoknak a társaknak, akik képesek a betegeket ítélkezés nélkül meghallgatni, akik tiszteletben tartják a véleményét, és hisznek a kezelés kedvező hatásában<sup>3,4</sup>.

A betegségbelátás elemeit a mentális betegség meglétének általános felismerése, a panaszok és a tünetek betegségnek tulajdonítása és a kezelés hasznosságának felismerése képezik<sup>5,6</sup>. Megkülönböztetjük a jelen állapotra vonatkozó aktuális, és a korábbi pszichotikus állapotokra vonatkozó, retrospektív belátást<sup>7</sup>. A belátászavart kezdetben pszichológiai védekezésnek tulajdonították, ám ezzel csupán a belátászavarok kis hányada magyarázható<sup>5</sup>. Önmagában ez nem is egy önálló kognitív diszfunkció, bár a kognitív működészavarok korrelatív szerepe valószínűsíthető. A magyarázó megközelítések között legmeghatározóbb a belátáshiány neuropszichológiai modellje, ami a tünetet kóros agyműködési alapokon nyugvó mentális deficitnek tartja. Az elképzelés a bizonyos agysérülésekkel együtt járó betegség felismerés

---

<sup>2</sup> Keith SJ, Kane JM (2003) Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. *J Clin Psychiatry* 64. 1308-15.

<sup>3</sup> Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM (1991) Awareness of illness in schizophrenia. *Schizophr Bull* 17. 113-32.

<sup>4</sup> Amador XF, David AS (eds) (2004) *Insight and Psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders* (2nd ed). Oxford University Press, Oxford.

<sup>5</sup> Rickelman BL (2004) Anosognosia in individuals with schizophrenia: toward recovery of insight. *Issues Ment Health Nurs* 25. 227-42.

<sup>6</sup> Kemp RA, Lambert TJ (1995) Insight in schizophrenia and its relationship to psychopathology. *Schizophr Res* 18. 21-8.

<sup>7</sup> Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM (1994) Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 51. 826-36.

hiánnyal, ún. anozognóziával való nagymértékű hasonlóságon alapul<sup>8,9</sup>. Mind a szkizofréniára jellemző, mind az agykárosodáson alapuló belátáshiánynál jellegzetes a tudatosulás súlyos hiánya, az ellenbizonyítékok ellenére is fennálló, megingathatatlan, tartós meggyőződés, valamint az erős késztetés a saját vélekedés igazolására, aminek érdekében logikátlan kimagyarázások is előfordulhatnak. A tünet lehet átfogó, vagy csak egyes jelenségekre vonatkozó. Szkizofréniában legjellemzőbb az ún. foltos belátászavar<sup>7</sup>, ami egyrészt a tünet különböző megjelenésére utal a betegségen belül (van, akinél hiányzik, van, akinél átható, és van, akinél csak egyes tünetekre vonatkozik), továbbá arra, hogy változékony is lehet: gyakori, hogy pszichózisok idején kiterjedt, ám az elemzavar múlásával többé kevésbé visszatér és retrospektíve is reálissá válik a betegség észlelés.

Mennyire befolyásolható ez a kimenetel szempontjából kiemelt jelentőségű vonás? A betegségbelátás hiánya, mint tünet kezelése részben eltér a betegség egyéb megnyilvánulásainak gyógyításától. A gyógyszeres kezelés közvetlen hatása következetesen nem igazolt, és kevésbé is vizsgált kérdés<sup>10</sup>. A hagyományosabb szociális készségfejlesztések, az ismeretek betegekre szabott és rendszerezett átadása, a pszichoedukáció, de még az egyéb tünetekkel kapcsolatban eredményeket produkáló kognitív pszichoterápia hatása sem jelentős. Belátáshiány esetén ezekkel szemben alapvetően a motivációs kezeléseknek van relevanciája<sup>11</sup>. Ennek a kibontásával foglalkozik a dolgozat további két fejezete.

Lehet-e valami sajátos kapcsolat a belátáshiány és a szkizofrénia betegség-lényege között? Azok közé tartozom, akik jelenleg a szkizofrénia morbiditási magvát az én-szerveződés kórosságában, a szelf-élmény zavarokban látják és kutatják<sup>12,13</sup>. Ez az elképzelés megjelenik már a betegség korai leírásaiban is, és napjaink perifériás fenomenológiai pszichiátriai gondolkodásában központi szerepet kap. Megközelítésünkben a szelf-zavarok a szkizofrénia

---

<sup>8</sup> Amador XF, Paul-Oudouard R (2000) Defending the unabomber: anosognosia in schizophrenia. *Psychiatr Q.* 71: 363-71.

<sup>9</sup> Lele MV, Joglekar AS (1998) Poor insight in schizophrenia. *J Postgrad Med.* 44: 50-5.

<sup>10</sup> Pallanti S, Quercioli L, Pazzagli A (1999) Effects of clozapine on awareness of illness and cognition in schizophrenia. *Psychiatry Res.* 86: 239-49.

<sup>11</sup> Rüscher N, Corrigan PW (2002) Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr Rehabil J* 26: 23-32.

<sup>12</sup> Lysaker PH, Lysaker JT (2010) Schizophrenia and alterations in self-experience: a comparison of 6 perspectives. *Schizophr Bull* 36: 331-40.

<sup>13</sup> Mishara AL, Lysaker PH, Schwartz MA (2014) Self-disturbances in schizophrenia: history, phenomenology, and relevant findings from research on metacognition. *Schizophr Bull* 40: 5-12.

generatív morbiditási tényezői, és a tünettanban kiemelkedő pszichotikus jelenségekben ezek az élményzavarok tematizálódnak, ami a tudat újrászerveződését és egyfajta egzisztenciális reorientációt tükröz.

Fenomenológiai szempontból a szelf-szerveződésnek három szintjét különítjük el. A szelf legalapvetőbb, legelemibb szintje az implicit, tacit, ún. minimális szelf, az első személyű adódás, az ún. ipszeitás szintje, ahol önmagunk az élmény közvetlen alanyaként tudatosul, a tevékenységek, az élmények és a gondolatok pre-reflektív kiindulópontjaként<sup>14</sup>. A reflektív szelf szintjén az Én explicit módon ismerődik fel az akciók és élmények időbeli egységet alkotó alanyaként. A harmadik, szociális vagy narratív szelf szinten pedig a szelfet sajátos jellegzetességekkel (pl. személyiséggel, jellemvonásokkal, szokásokkal, vagy a magunkról mondott személyes történetünkkel<sup>15</sup>) rendelkezőnek tapasztaljuk.

Úgy tűnik, szkizofréniában az alapvető zavar az ipszeitás szinten, a minimális szelf élmények zavarában nyilvánul meg, ahogy Minkowski fogalmazott<sup>16</sup> „...nem ez vagy az a működés károsodott, hanem sokkal inkább kohéziójuk, harmonikus együttműködésük, ...az intersticiális térben”. A szkizofréniás ipszeitás-zavarra leginkább a tacit, háttér-élmények kiemelkedése, ezekkel kapcsolatos ún. hiperreflexivitás, valamint egy ezzel párhuzamos csökkent én-érzet, hiányos szelf-affekció jellemző. A betegségben kora csecsemő és gyermekkortól finom kognitív, affektív, érzékelési és motoros zavarok, valamint diszkrét személyközi és nyelvi nehézségek jelenhetnek meg a többiekétől esetleg csupán kissé eltérő gyermekeknél. A betegség jellegzetesen fiatal felnőttkori kitörését közvetlenül megelőző, hetekig vagy hónapokig tartó bevezető állapotban, az ún. prodromában már megjelenik a hiperreflexivitással és csökkent szelf-affekcióval jellemezhető minimális szelf-zavar. Majd a pszichózisban ezek a szelf-zavarok téveszmék, hallucinációk és a passzivitási jelenség előbukkanásában tematizálódnak. A téveszmés transzformációban teljességgel új egzisztenciális paradigma születik, melyben a doxazmák nem 'per se' a világ percepciói, sem a személy izolált meggyőződése, hanem a „szelf, mint megalapozó instancia” zavarát tükröző Gestalt<sup>17</sup>.

---

<sup>14</sup> Gallagher I I (2000) Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science. *Trends Cogn Sci.* 4. 14-21.

<sup>15</sup> Haug E, Øie M, Melle I, Andreassen OA, Raballo A, Bratlien U, Lien L, Møller P (2012) The association between self-disorders and neurocognitive dysfunction in schizophrenia. *Schizophr Res* 135. 79-83.

<sup>16</sup> Minkowski E (1926) *La Notion de Perte de Contact Vital avec la Réalité et ses Applications en Psychopathologie.* Jouve & Cie, Paris.

<sup>17</sup> Blankenburg W (1988) Zur Psychopathologie des Ich-Erlebens Schizophrener. In: Spitzer M, Uehlein FA, Oepen G (eds) *Psychopathology and Philosophy.* Springer, Berlin, 184-97.

A saját test- és szelf-reprezentáció zavara koncepcionálisan kapcsolatba hozható a kóros mentális élmények Én-nek tulajdonítási zavarával, így a betegségbelátás hiányosságával is. Mindennek a neurális szubsztrátuma lehet az ún. inzularis kéreg kóros működése, kiemelkedően a jobb hátsó inzula területén. Ennek a területnek az ép működése szükséges a mentális jelenségek felismeréséért és magunkénak tulajdonításáért, az önfelismeréssel kapcsolatos jelzések integrációjáért, az Én és a Más közötti határ meghatározásáért, valamint a szelf-érzet kialakulásáért<sup>18</sup>. A régió károsodása specifikus kapcsolatban van az anozgnóziával járó baloldali féltest-bénelásokkal. Szkizofréniában pedig inverz kapcsolat mutatható ki a belátási zavar mértéke és jobb hátsó inzula térfogata között<sup>18</sup>.

### HOGYAN SEGÍTSÜNK?

A betegségbelátás tartós hiányában a megszokott segítői attitűdök, a hagyományos orvosi és szülői modelljeink – melyek abból indulnak ki, és azt is hangsúlyozzák, hogy mi tudjuk azt, hogy a betegséggel élő embertársunknak mi a jó -, működésképtelenek, céljukat nem érik el, sőt a nehézségekkel küzdő társunktól, szerettüinktől idegenítenek, távolítanak bennünket. Ha nem tudunk ezen érzékenyen és hatékonyan változtatni, eszköztelenné válunk velük kapcsolatban, elveszítjük bizalmukat, és ezzel az esélyt, hogy segíthessünk. Az irányultságunkon, a fókuszunkon kell változtatnunk: arra kell figyelniük nekünk is, ami az ő számukra lényeges, a személyes élményeikre, a változásaikra és a céljaikra.

A Rogers-i elvek<sup>19</sup> univerzalitását jelzi a segítő kommunikációban, hogy még ebben a helyzetben, a belátáshiánnyal járó elmekegés állapotok esetén is ezekre érdemes támaszkodnunk, az empátia, a feltétel nélküli elfogadás és a kongruencia módszereire. Az empátia a kommunikáció eszköze, a feltétel nélküli elfogadás a segítés filozófiája, a kongruencia pedig a segítő személyiség jellemzője. Az empátia ebben a megközelítésben a metakommunikatív üzenetek észlelését, és azok tudatosítható visszatükrözését jelenti. A feltétel nélküli elfogadás az eredendő hit abban, hogy mindenki képes a változásra, ha megkapja a szükséges feltételeket – ennek a bontakozását pedig a pozitív megnyilvánulások iránti szelektív figyelem, és azok kiemelésének, vissza-

---

<sup>18</sup> Palaniyappan L, Mallikarjun P, Joseph V, Liddle PF (2011) Appreciating symptoms and deficits in schizophrenia: right posterior insula and poor insight. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 35: 523-7.

<sup>19</sup> Tringer L (1992) A gyógyító beszélgetés. VIKOTE, Budapest

tükrözésének képessége segíti. A kongruencia a segítő őszinteségét, szándékainak és közléseinek illeszkedését jelenti, ami a bizalmi kapcsolat pillére.

A Rogers-i elvekből egyenesen következik, hogy a belátáshiány esetén is a szubjektív élményeken keresztül építhető fel a bizalmi segítő kapcsolat. Nem informálásra van szükség, nem professzionális szakmai felvilágosításra, és nem is a realitással való visszatérő szembesítésre és meggyőzési igyekezetre a családtagok részéről, hanem arra, hogy a beteg személyes élményeinek megadjuk a tiszteletet, a figyelmet és az elismerést. Méltányolnunk kell, amit átél, ezzel érdemes foglalkoznunk, ha és amíg megosztja velünk. Ez nem azt jelenti, hogy értünk egyet esetleg irracionális meggyőződésekkel is, hanem azt, hogy méltányoljuk, hogy ő ezt éli át, ez valóságos a számára. A változáshoz motivációra és bizalomra van szükség, ezek pedig a megértettségben és az elfogadottságban fogannak.

Xavier Amador, Egyesült Államokbeli klinikai pszichológus részben saját belátáshiányos járó betegséggel élő testvérének támogatása során fejlesztette ki azt a módszert, ami a leghatékonyabb, módszerszerűleg összefoglalt, és világszerte elterjedt gyakorlati útmutató a betegek rokonai és egészségügyi segítői számára. A módszert egy betűszó szimbolizálja, melynek egybeolvasott jelentése az akadály átugrására utal. A LEAP betűszó az angol Listen (hallgasd meg) + Empathize (érezz vele) + Agree (jussatok egyetértésre) + Partner (légy a társa) kifejezések első betűiből áll össze. A módszer lényege a bizalom felépítése, ami az akadályok leküzdéséhez szükséges motiváció forrása lehet. A bizalom megteremtése a lényeg, minden ennek rendelődik alá. A segítőnek közvetlen célja a beteg megértése, és a megértés visszajelzése. A kialakuló bizalmi kapcsolatban a közvetett cél a kezelés elfogadásához szükséges egyéni indokok megtalálása.

Az időszakosan elmezavarral járó betegségeket, köztük a szkizofréniát, a legtöbb krónikus népbetegséghez, pl. a vérnyomásbetegséghez, a cukorbetegséghez hasonlóan még nem tudjuk meggyógyítani, de többé-kevésbé jól kezelni már igen. Ami azt jelenti, hogy a tüneteket a kezelés olyan mértékben lehet képes visszaszorítani, hogy a betegséggel élő személy minél több készséghez, képességéhez férjen újra hozzá, és minél teljesebben tudja élni az életét. A belátáshiány viszont elveszi ezt az esélyt a betegektől, hiszen mivel nem tartják magukat betegnek, a kezelést is elutasítják. Kezeletlenül ezek a betegségek azonban, nem mindig, de az esetek jelentős részében romló lefolyást mutatnak. Amit visszatérő, veszélyeztető pszichózisok, a pszichotikus epizódok között pedig az érzelmek, a társas készségek és a gondolkodás visszamaradó hiányosságai jellemeznek – következményes munkahelyi és társ-

kapcsolati veszteségekkel. A beteg kisodródik saját lehetséges életéből, és a betegség által szabott korlátok közé szorítva éli szabadnak vélt életét. Van, amikor ezt a lefolyást gyógyszeres kezeléssel sem sikerül lényegileg áttörni. De azt gyakran tapasztaljuk, ha sikerül elérnünk annyi belátást, ami a kezelés elfogadásához már elegendő, a kezelés visszaszorítja a tüneteket, a szabaddá váló készségek pedig – megértő, elfogadó társas támasz mellett – az életet már a mindennapi emberek boldogságával élhető szinten képesek tartani. A betegség sokszínű, lefolyása és kimeneteli esélyei is változatosak. Vannak eleve kedvezőbb kimenetelű esetek, ahol a kezelés a tüneteket minimalizálni képes. Ezek a személyek a társadalomban – a betegséggel járó előítéletek árnyékában ugyan –, de önálló, független és szuverén módon élhetik.

Az orvostudomány jelen állása szerint a rendelkezésre álló kezelési lehetőségeknek igen nagy jelentősége van a betegek életkilátásai szempontjából. Kizárólag emiatt a közvetlen támogatáson és szeretetteljes törődésen túl az a segítők közvetett szándéka, hogy a kezelés elfogadásához és megtartásához is támaszt nyújtsanak. Ennek érdekében kiemelt jelentősége van a megértésre való törekvésnek, és a megértés visszajelzésének. A hatékony segítő a meggyőzés hagyományos módjairól lemond, a korábbi helytelen megközelítés és társas tapasztalatok okozta károk helyreállításán fáradozik. Célja, hogy minden erőfeszítésével a kezelés elfogadásához a személy saját indokainak megtalálását, érvényre juttatását és kibontakoztatását segítse.

#### A HELYES SEGÍTÉS ESZKÖZEI

Az eszközöket az Amador által javasolt és módszerszerűleg a LEAP programban kidolgozott elvek szerint vesszük végig<sup>20</sup>, ebbe fűzöm bele a saját terápiás tapasztalataimra vonatkozó utalásaimat. Ezek az elvek intuitíve beláthatók és akár triviálisnak is tűnhetnek, ám aki családtagként vagy még nem képzett segítőként szerzett személyes tapasztalatokat a belátáshiánnyal járó mentális betegséggel élők segítésének mindennapjairól, nehéz óráiról, hónapjairól és éveiről, az tudja, hogy gyakran – különösen az idő múlásával, az együttműködés újra és újra elvesztésével –, ösztönösen nem így reagálunk. A helyes segítés tanulása során kezdetben tudatosan és sokszor erőfeszítéssel kell a kommunikációnk fókuszában tartani ezeket az elveket. Amikor aztán már működni kezdenek hatótényezőik, és gyakorlottá válunk alkalmazásukban, készségstívtívé válnak, és már csak időnként kell tudatosság, ha véletlenül önös érdekeink mentén kezdenénk lesodródni a helyes útról.

## A VISSZATÜKRÖZŐ MEGHALLGATÁS

Tevékeny, figyelmes, megértésre törekvő hallgatás – meghallgatás –, és a megértés visszatükrözése. Figyeljünk különösen a nehézséget vagy szenvedést okozó panaszokra, a jövővel kapcsolatos attitűdre és elképzelésekre, valamint a betegséggel és a gyógyszeres kezeléssel kapcsolatos megnyilvánulásokra.

A panaszok egyrészt segítenek megérteni a szenvedés forrásait, segítenek az együttérzés erősítésében, továbbá konkrét kapaszkodót és esélyt is adhatnak a gyógyszeres kezelés felé tereléshez. A betegeknek nehézséget az alvászavar és rémálmok, a tanulási és emlékezési problémák, a feszültség, szorongás és félelem jelentik. Gyakran szenvednek a környezetből áramló túl sok információtól, az időélmény megváltozásától, vagy saját gondolataik áramlásától, csapongásától vagy időszakos eltűnésétől. Sokaknak okoz önbecsülési problémát a munkavégzési képtelenség – ami gyakran pusztán a szociális háló hézagosságától és a munkalehetőségek rendszerének társas érzéketlenségéből fakad. Fájó lehet még a partnerkapcsolatok, barátok hiánya, a magányosság is.

A jövőirányultság személyiségünk és identitásunk mag-tulajdonságai közé tartozik. Ebből egyrészt következtethetünk a mentális állapot egészségességére, és ugyanúgy a betegség legveszélyesebb szövődményének, az önvesszélyeztetés lehetőségének bontakozására is. Emellett azonban értékes fogódzókat is nyújt a közös tervek, az együttműködés perspektíváinak felmérésére és építésére.

A betegséggel és kezeléssel kapcsolatos attitűdök jelzik a kezelés felé terelés korlátait, amit folyamatosan tesztelnünk érdemes, mert a változásokat, a megnyíló kapcsolódási lehetőségeket jó eséllyel fel tudjuk használni.

Lényeges a segítő beszélgetések során a minősítések kerülése. De ne beszéljünk zavarosságról, hallucinációkról, hanghallásokról sem, és ne szembesítsük a túlértékeléseket a valósággal, a valóságossággal. És ne a mi aggodalmainkról, félelmeinkről beszéljünk. Amador a tagadás táncának nevezi a belátáshiány és a szembesítő attitűd találkozásának játszóját, melyben a naiv hozzátartozó vagy képzetlen segítő belátáshiányra adott zsigeri, reflektálatlan szembesítő törekvéseire a páciens részéről tagadás, düh és elkerülés lesz a válasz – a kapcsolat hűvössé és merevvé válik, nem képes a gyógyulást segíteni.

Ehelyett a következő szempontokat tartja Amador követendőnek – mind a segítő, mind a hozzátartozók számára. A beszélgetésekhez teremtsünk biztonságos légkört, szánjunk rá megfelelő időt, és adjuk mi is magunkat át a helyzetnek. Törekedjünk a megértésre, és jelezzük is vissza, hogy ez a fontos



a számunkra, és nem befolyásolni akarjuk. A belátáshiányból fakadó korábbi vagy aktuális reakciókat fogadjuk el, és jelezzük vissza, hogy adott helyzetben ezek természetesek. Ha hibáztunk volna korábban e reakciók kezelése során, kérjünk érte bocsánatot, és tegyünk őszinte ígéretet arra, hogy a jövőben törekedni fogunk arra, hogy ezeket elkerüljük. Ígéreteink betartása erősíti a hitelességünket. Nem adunk kéretlenül tanácsot és nem véleményezünk, hanem megérteni próbálunk. A hallottakat tükrözzük vissza minősítésektől mentesen: a tagadás táncát a tisztelet megadásával kezdetjük megállítani. Figyeljünk a vádaskodások, téves gondolatok és összefüggéstelenségek esetén is a szavak mögött az érzésekre, azokat is tükrözzük vissza. Ha a megértési törekvésünket az egyetértés kielezésével szembesítené, provokálná, válasszuk ezeket ketté: legyünk őszinték, jelezzük, hogy ahhoz, hogy megérthessük őt, nem kell feltétlenül egyet is értenünk, de fontosnak tartjuk, hogy tiszteljük egymás gondolatait és érzéseit. Végül találjuk meg azokat a problémákat, valamint célokat és motivációkat, amiken együtt dolgozhatunk.

## AZ EMPÁTIA

Az érveknél erősebb a személyes kapcsolat hatása.

A meghallgatás a segítőben az empátia kibontakozásához vezet. A segítség varázsköve (ami egyszerű, zörög, nem jáde – ld. Tao Te King) ennek az együttérzésnek az őszinte kifejezése, visszatükrözése. Az empátia, a 'vele érzés' kifejezése a megértettség és a tisztelve levés érzetét segíti kisarjadni, amiből pedig fokozatosan bizalom fakadhat. A bizalom a nyitottabbá válást segíti, a nyiladozás pedig a változás esélyét hordozza magában. Az együttérzés kifejezése a tagadás táncát lassítja, hozzájárul az elzárkózás és háritás oldásához.

A segítség és a kezelés során a bizalom kialakulása a legfontosabb, valójában mindent ennek rendelkezünk alá. A segítőkapcsolatban a bizalom közvetlen forrása az empátia. Az empátia pedig a meghallgatáson alapul. Halljuk meg a betegeket a szeretteiktől és segítőiktől eltávolító érzések kifejezését. A betegség miatti veszteségeket, a korábbi célok el nem érése miatti csalódottságot, a kezelésre kényszerítés miatti frusztrációt. A kudarcok és a megbélyegzettség miatti félelmeket, valamint az orvosi kezelésekkal kapcsolatos aggodalmakat. És kiemelten a vágyakat, a munkával, kapcsolatokkal, családdal kapcsolatos reményeket.

Különösen tapintatos vele-érzésre van szükség, ha a véleményünket kérdezi a beteg. Véleményt csak akkor fogalmazzunk meg, ha kéri – a kikért szempontok segíthetik az elfogadást, míg a kéretlen vélemények inkább háritást válthatnak ki. És bár a segítség során a legfőbb, ami számít, az az ő

véleménye, mégis van, amikor szüksége lehet a miénkre. Mindvégig őszintének kell lennünk. Bocsássuk előre, hogy tudatában vagyunk, nem lehetünk tévedhetetlenek, és bocsássa meg, ha más véleményen vagyunk, mint ő. De ez egyébként másodlagos amellet, hogy ő a fontos a számunkra. És egyttal mi tiszteletben tartjuk az ő véleményét. Megállapodhatunk abban, hogy (az együttműködéshez) egyáltalán nem kell mindenben egyetértenünk, de becsljük egymást azzal, hogy tiszteletben tartjuk a másikunk véleményét is. Végül véleményünket feltételezés, hipotézis formájában mutassuk be. A pszichózisról és szizofréniáról mindig érzékenyen beszéljünk. Semmiképp sem a laikus vagy szakmai köznyelv által tévesen vagy túlzóan használt tudati, identitásbeli vagy realitás tesztelési zavarként határozzuk meg. Inkább az agy, mint szerv feltételezett érintettségéről beszéljünk. Az információ szűrés és kiemelés, a jelentőség adás vélt és befolyásolható problémájaként közöltsük meg. És ennek a szellemi, érzelmi és fizikai kimerüléssel való kétirányú kapcsolata felől.

#### AZ EGYETÉRTÉS

Mindig létezik közös nevező, és a segítők, különösen a professzionális segítők feladata ennek a megtalálása. Szakértő munkájának ez az egyik konkrét rész-célja. A 'vele érző' meghallgatás során körvonalazódnak a beteg saját motivációi. Szuverén joga van az ezzel kapcsolatos döntésekhez és az ezekkel járó felelősséghez, ennek a kidolgozásában kell őt kísérnünk. Az egyetértés kialakítása során is a közvetett cél, a kezeléssel való elégséges együttműködés fokozatos kifejlesztése felé tartunk.

A beszélgetés során a beteg által megfogalmazott zavaró élmények normalizálása felől indulunk. Ezek vagy az idegrendszer túlműködési képességéből fakadnak, vagy a kimerülés, túlterhelődés általános következményei, és adott helyzetben vélhetően más és mi is ugyanezt vagy hasonlót éreznénk. A páciens által észlelt problémákkal és panaszokkal feltételes kapcsolatba hozzuk a kezelési lehetőségek esetleges előnyeit. Összefoglaljuk a korábbi kezelési tapasztalatok észlelt (racionális és irracionális) előnyeit (pl. akkor nem kerültem kórházba, tudtam aludni) és hátrányait (pl. szégyelltem, meghíz-tam, leállította a gondolataimat). A félreértéseket a korábban már javasolt körültekintő felvezetéssel igyekezzünk korrigálni (elnézést kérünk a különböző véleményért, nem tartjuk tévedhetetlennek magunkat, nem kell egyetértenünk, de tiszteletben tarthatjuk egymás véleményét, a sajátunkat hipotézis formájában mutatjuk be). Jelezzük vissza és hangsúlyozzuk a beteg által észlelt előnyöket. A kezeléssel kapcsolatban pedig ajánljuk fel a meg-

fontolás és a próba lehetőségeit. Maradjunk nyitva arra a lehetőségre, hogy a másikkunknak van igaza, figyeljük együtt, mi történik.

Vélhetően először nekünk kell elfogadnunk, az ő kezelés mentességi próba ajánlatát. Mi is legyünk nyitottak arra, hogy ez többé-kevésbé működhessen. Ebben az esetben is együtt fogalmazzuk meg előre azokat a kritériumokat, melyek azt jelzik, hogy a terv működik, vagy, hogy hol lesz az a pont, amikor be kell esetleg majd látnunk, hogy nem, és akkor el fogunk gondolkodni egy másik megoldáson.

## A PARTNERSÉG

A segítség fő célja a bizalom megteremtése, egy olyan kapcsolat kialakítása, amely lelegendően biztonságos ahhoz, hogy a betegség éve során, szükség esetén mindig legyen bátorsága és bizalma hozzánk fordulni. Közvetett, másodlagos célunk a kezelés elfogadásához segíteni a beteget. Nem az a cél, hogy belássa, hogy beteg, hanem hogy függetlenül attól, mi a meggyőződése, tudjon okot találni arra, hogy elfogadja a kezelést. A „Nem vagyok beteg!” kijelentésétől az „Egy kis/Ez a kis segítség jól jöhet/elfogadható” érzéséig eljutni. Mivel ez egy folyamat, a cél teljesüléséhez nem szabad mereven ragaszkodnunk, különösen nem a kapcsolatépítés elején. Hazaengedhető valaki pszichotikus tünetekkel is (persze nem veszélyeztető állapotban), ha ez azt segíti, hogy így visszajöjjön a következő találkozásra. A beszélgetések során megfogalmazott közös célok (pl. a kórházi felvétel elkerülése, a tanulás/munka folytatása, kapcsolatok megtartása, családi béke) elérése felé tartunk, és ennek során, mintegy másodlagosan kialakulhat a kezelés fokozatos elfogadása is. Menetközben megfogalmazhatjuk, kinyilváníthatjuk és megerősíthetjük az együttműködésünket.

A kezelés elfogadás halogatása, vagy folyamatban lévő kezelés abbahagyási szándéka esetén is a kapcsolat megtartása, erősítése a cél. Megmagyaráztatjuk a szándék mögötti okokat és célokat. A kockázatot nyíltan kalkuláljuk, a lehetséges előnyöket és hátrányokat megbeszéljük. A kockázatot tudatosan és nyíltan kell vállalnunk nekünk is, amennyiben ennek a feltételei egyáltalán fennállnak. Az elsődleges szempont, hogy közvetlen veszélyeztető állapot nem állhat fenn, vagy még nem fenyeget. A család vagy a segítő rendszer más elemei is bevonhatók a kezelés-mentességi próbába. Az együttműködés megerősítésének kinyilvánított érdekében a családtagok vállalják a közös felelősség rájuk háruló részét, hiszen ők azok, akik érzékelné, tapasztalni fogják az állapot esetleges rosszabbodását, a veszély fokozódását. Ennek a családi/segítői kapcsolatnak a megbízhatóságától függ azoknak a kritériumoknak a közös kialakítása, nyílt megfogalmazása, ami az állapotrosszabb-

dást, a soron kívüli vagy sürgős orvoshoz juttatás feltételét fogja esetlegesen jelenteni. Ezeket a kritériumokat és a családtagok majdani esetleges segítő beavatkozását együtt beszéljük meg, és ezeket a betegnek is kinyilvánítottan el kell fogadnia, mert ezek jelentik az ő kezelést halasztó, vagy csökkentő/elhagyási kérését megvalósító közös erőfeszítésnek a biztonsági feltételeit. Ki kell közösen alakítani egy megfelelő krízis tervet. És azt is világosan közölnünk kell, hogy ha rosszra fordulnának a dolgok, ránk mindig számíthat. Engedje majd meg, hogy a család és mi is segítsünk, ha szükségessé válna, bár reméljük, hogy ez nem következik be, hiszen bele sem vágnánk ebbe a közös próbálkozásba, ha nem lenne esély arra, hogy úgy történjenek a dolgok, ahogy ő szeretné.

A betegek egy részénél a belátáshiány korrigálhatatlan, mivel minden valószínűség szerint dominálón szervi meghatározottságú, vélhetően hiányzik a kialakulását lehetővé tevő mentális folyamatokat biztosító neurális hátér. Azonban gyakori tapasztalatunk, hogy eredményes együttműködés, erősödő kapcsolat esetén a legalább elégséges mértékben elfogadott kezelés idővel, jellemzően több év után, önmagában is jelentősen hozzájárul ahhoz, hogy a beteg legalább annyit belásson, hogy a kezdeti minimális közös szemponton túl, másképp is segítenek neki a gyógyszerek (segít, hogy ne halljam a hangokat, nem menjen a komputer a fejemben, csökkenti a gyanakvásomat, nem érzem, hogy küldenének üzeneteket vagy jeleket). Idővel fokozatosan újrafogalmazza problémájukat, és azt mentális betegségként kezdi meghatározni, számon tartani. És bár nem ez volt sem az elsődleges, sem a másodlagos célunk, ez mintegy harmadik fokozatként tovább segítheti a betegeket a tudatos és felelősségteljes kezelési együttműködés fenntartásához, ami további és tartós stabilizálódáshoz segíti őket.

### A VÁLTOZÁS PARADOXONA

E rövid dolgozat sommás összefoglalásaként álljon itt a változás paradoxonának Amador általi megfogalmazása. Belátáshiánnyal járó szkizofrénia eseteire is igaz az, hogy ítéletektől mentes, tiszteleten és bizalmon alapuló kapcsolatban, ha nem erőltetjük, hogy a másikkunk változzon, gyakran ő maga fog okokat keresni rá.