

**A SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉS ZAVARAI**  
**SZÖVEGGYŰJTEMÉNY**



**A SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉS ZAVARAI**  
**SZÖVEGGYŰJTEMÉNY**

**SZERKESZTETTE: PINCZÉSNÉ DR. PALÁSTHY ILDIKÓ**  
**GIRASEK JÁNOS**

**DEBRECEN**  
**2020**

Lektorálta: Dr. Tóth László PhD.  
egyetemi adjunktus

Felelős kiadó: Dr. Kustár Zoltán rektor  
Kiadja: Debreceni Református Hittudományi Egyetem  
Debrecen, 2020.

2. kiadás

ISBN 978-615-5853-25-8

Első kiadás: KFRTKF  
Debrecen, 2002.

Nyomdai kivitelező: Digitall Sapiens Kft., Debrecen

## **Előszó**

A pszichológia sokféle szempont alapján osztályozható, csoportosítható, tagolható tudomány. A főiskolai hallgatók tanulmányaik során egyfajta logikai rend szerint találkoznak a pszichológia részterületeivel.

Mi – a könyv szerkesztői – tudatosan törekedtünk arra, hogy a főiskolai stúdiumoknak megfelelő segédanyagokat állítsunk össze. Így készült szöveggyűjtemény vagy segédanyag az általános lélektanhoz, a fejlődéslélektanhoz, a pedagógiai pszichológiához, a pedagógiai szociálpszichológiához, a differenciált neveléshez stb.

Sorozatunk mostani kötete a személyiség fejlődésének sajátos eltéréseivel, torzulásaival, zavarával foglalkozik. Törekvésünk mozgatója, hogy olyan ismereteket gyűjtsünk egy kötetbe, amelyek a pedagógiai munkában jól hasznosíthatóak. Ezért ez a könyv nem követi a pszichiátria szokásos rendszerét, de nem is akartunk kompetencia-határokat átlépni. Szándékunk, hogy az olvasó értse és érezze a személyiségfejlődés sajátos nehézségeit, problémáit, esetleges buktatóit, de ugyanakkor segítse is a Személyiségfejlődés zavarai c. tárgy tanulását.

Debrecen, 2002. május 21.

a szerkesztők



## **PROBLEMATIKUS GYERMEK AZ ISKOLÁBAN**

**(Forrás: Nemes Livia: A bennünk élő gyermek, FILUM.K. 2000. 469-485.)**

A problematikus gyerek beilleszkedését az iskolába önmaga nem tudja megoldani. „Problematikus” éppen abból a szempontból, hogy a szokásos nevelési eszközök – jutalmazás és büntetés – nem hatékonyak nála. Pedagógusoknak, szülőknek együttes munkájára, együttes segítségére van szüksége, hogy problémáinak megoldásához önmaga is hozzá tudjon járulni.

A pedagógus elsősorban az osztályközösség munkáját irányítja. Az a célja, hogy az iskolai órán megértesse a tanulókkal mindazt, amit meg kell tanulniuk, és számon kérje, ellenőrizze eddigi tudásukat. Egyszerre figyel saját munkájára, saját mondanivalójára, a tanítás módszerére, az óra felépítésére és lefolyására, és ugyanakkor figyel az előtte nyüzsgő gyerekekre, akik figyelnek vagy figyelmük elkalandozik, részt vesznek a tanításban vagy a pad alatt játszanak. A tanítónak állandóan kontrollálnia kell önmaga mondanivalóját aszerint, hogyan tükröződik a ráfigyelő gyermekek megnyilvánulásaiban a tananyag megértése. Ebben a nehéz, koncentrált és ugyanakkor sokfelé ágazó, megosztott figyelmet kívánó munkájában nagyon megzavarja a problematikus gyerek.

Minden osztályban akad egy-két olyan gyerek, aki zavarja a tanítást, aki ingadozó figyelmével, társai figyelmének elterelésével „kilóg a sorból”. Ezek a gyerekek nemcsak a tanító figyelmét vonják el a tanítástól, hanem zavaró érzéseket is okoznak. Talán rosszul és unalmasan magyaráz, talán saját munkájában van a hiba? Saját kudarcának érzi, ha egy-egy tanulót nem tud megtanítani arra, amit a többi könnyedén elsajátít; sőt bosszúsága és rossz érzése növekszik, hiszen azt tapasztalja, hogy egy-egy rendetlenkedő, „bohóckodó” gyerek magához vonzza társai figyelmét is.

Természetes, hogy a pedagógus ilyenkor olyan fegyelmezési eszközhöz nyúl, ami a rendelkezésére áll: rászól a gyerekekre, megszidja, külön ülteti, intót ad. S amikor kifogy a fegyelmező eszközökből, megpróbál a szülőkkel beszélni vagy végső esetben az igazgatónak panaszt tenni. Természetesen azzal a rossz érzéssel teszi, hogy az igazgató talán őt fogja hibáztatni, amiért nem tud fegyelmet tartani.

A gyermekpszichológusok tapasztalata szerint a pedagógusok elsősorban a tanítás fegyelmének megbontása miatt fordulnak segítség-

gért a pszichológushoz. Legfőbb panaszait az általános iskolás gyermekekre az alábbi sorrend tükrözi: nyugtalan, agresszív, fegyelmezetlen, túl mozgékony, dekoncentrált. Ezeket a beilleszkedési nehézségeket követik sorrendben neurotikus és antiszociális zavarok, például: dadogás, tik, bevizelés, onánia, csavargás, lopás. Majd azok a problematikus gyermekek zárják a sort, akik önmagukban talán többet kínlódnak, mint a többiek, de nem hívják fel lármás viselkedésükkel a nevelők figyelmét: ilyen a gátlásos, szorongó, passzív gyerek, aki kevesebbet teljesít, mint képességei lehetővé tennék.

Mint a panaszok gyakoriságának sorrendjéből is kitűnik, a teljesítmény és az ehhez szükséges fegyelem a pedagógus primer mércéje, és minden ettől eltérő zavarja a munkájában. Talán nem is azt szeretné tudni, amikor a pszichológushoz küldi a gyermeket, hogy mi az oka a gyermek eltérő viselkedésének, mint inkább az, hogyan tudna rajta változtatni, hogy tudná a zavarokat kiküszöbölni.

Ha a gyerek pszichológushoz kerül, s a pszichológus mindezekről a panaszokról hall a szülők beszámolójából, akkor elsősorban azt a kérdést teszi fel magának, mi lehet ezeknek a bajoknak a hátterében, milyen okok és kiváltó okok játszhatnak szerepet abban, hogy a gyermek az iskolai követelményeknek – akár teljesítmény, akár a fegyelem terén – nem tud eleget tenni. Az intelligencia fokát, a figyelem ingadozását, az érzelmi kapcsolatok sérültségét, a cselekvés indítékait próbálja kikutatni. Megállapításai nem értékítéletek, hanem a gyerekkel való bánásmód lehetőségeinek kitapogatására szolgálnak.

A pedagógus és pszichológus nézőpontja eltérő, s talán abban különbözik leginkább, hogy a pedagógus inkább erkölcsi tulajdonságai szerint ítéli meg a gyermeket, például: „lusta”, „szorgalmas”, „fegyelmezetlen”, „igyekvő” stb. Ezek a kétségtelenül meglévő tulajdonságok könnyen általánossá válnak, s a gyerekhez tapadnak. Nemcsak a „szorgalmas” és „igyekvő” gyerek fog úgy viselkedni, ahogy tulajdonságaihoz méltó, hanem a „lusta” és „fegyelmezetlen” is az ilyen „elvárásnak” próbál eleget tenni. Ezeknek a jelzőknek nemcsak az a buktatója, hogy a gyerek a tanári ítéletnek megfelelően viselkedik akaratlanul is, hanem hogy a tanár is nehezebben veszi észre, ha a gyerek igyekezni kezd és változni szeretne.

Hasonló értékítéletnek tűnik sok esetben a pszichológushoz való irányítás is. A nevelő nem bír a tanulóval, s mintegy „büntetésből” pszichológushoz küldi, ráhárítja a gyermek megfegyelmezését. Ezzel némely esetben, mintha a gyerekkel való foglalkozás gondját is elhárította volna magától. Más esetben az értékítélet megakadályozza a pedagógust abban, hogy a problematikus gyermeket pszichológushoz irányítsa, hiszen a gyerek nem „idegbeteg”. Az „idegbetegség” kifejezés laikus körökben hasonlóan megbélyegző, mint a gyerekek körében a „hülye” vagy a „dilis”.



Sokszor találkozunk szülőkkel, akik érzik gyermekük bajait és pszichológushoz fordulnak. Az iskolában azonban nem mernek szólni, mert nem tudják, hogy a pedagógus megértően fogja-e fogadni vagy pedig bizonyítékát fogja-e látni saját ítéletének: „a gyerek idegbeteg és nem való normális közösségbe”, hiszen pszichológushoz is jár. A szülő joggal attól fél, hogy gyermeke kitesztottság érzése még inkább növekedni fog, és a zavaró tünetek csak fokozódnak. Előfordult már, hogy a tanítónő vagy a gyerektársak tapintatlan megjegyzései miatt a gyerek sírva könyörgött anyjának, hogy ne kelljen pszichológushoz járnia.

Feltétlenül el kell oszlatnunk egy félreértést: a nevelési tanácsadóknak és a pszichológiai rendeléseken nem „idegbeteg” gyerekekkel foglalkozunk, hanem olyanokkal, akiknek nevelésében probléma van, akiknek harmonikus fejlődését akadályozza valamilyen pszichés zavar, amely akár az iskolai beilleszkedés nehézségeiben, akár egyéb pszichés tünetben nyilvánul meg. Problematikus gyermeknek nevezhetünk pedagógiai szempontból minden olyan gyermeket, aki a közösségbe nem tud beilleszkedni, az átlagtól eltérő viselkedést mutat, aki egyéni figyelmet, egyéni bánásmódot igényel.

Azok a tanítók és tanárok, akik hasonló megoldásnak szánják a pszichológushoz való irányítást, mint az intőt vagy az igazgatói rovét, azok rendszerint elégedetlenek is a pszichológus munkájával. Eredménytelennek tartják a pszichológiai foglalkozást, mert legtöbbször azonnali hatást várnak, és nem értik, hogy a gyerekekkel együtt olyan folyamat részesei, amely csak együttműködéssel oldható meg.

A pszichológus és pedagógus együttműködésének van azonban másik jól ismert nehézsége is. A pedagógus felfigyel a gyermek problémáira, látja, hogy nehézségekkel küzd, és felszólítja a szülőt, hogy forduljon pszichológushoz. Bizony, nem ritka, hogy a szülő ilyenkor vádolva, sértve érzi magát, védekező és visszautasító lesz, elutasítja és kicsinyíti gyermeke bajait, és a pszichológushoz ezeket a sérelmeket viszi el a gyerekekkel kapcsolatos problémái helyett.

Néha persze az is előfordul, hogy a szülő nem is tudja pontosan, mit is kifogásol a tanító gyermeke viselkedésében. Némely iskolában adminisztratív úton intézik el a kérdést. A szülő kap egy gépelt cédulát, amelyben utasítják, hogy vigye gyermekét a nevelési tanácsadóba. Így a szülő a pszichológusnál joggal védekezik, ami rendszerint így hangzik: otthon nincs a gyerekével semmi baj. Ha a szülő úgy ül a pszichológus elé, mint a „vádoltak padjára”, eleve elutasító lesz minden segítségnyújtással szemben.

A pszichológiai munkához csak akkor lehet hozzákezdeni, ha sikerül a pszichológusnak ezt a védekező sértődöttséget feloldania. Természetesen, ha a nevelő maga is megértéssel vesz részt a szülő gondjaiban, ha kellő tapintattal és megértéssel hívja fel a szülő figyelmét gyermeke problémáira, akkor megkönnyíti a szülő és a psi-

chológus együttműködését, amely természetesen visszahat a nevelői munkára is.

A gyermekről magáról eddig csak a feje fölött beszéltünk. Feltételeztük, hogy a környezet együttműködése nélkül a gyerek maga nem tud viselkedésén változtatni. Segítségre, a pszichológus, szülő és pedagógus együttműködésére van szüksége, hogy a bajokat meg tudja oldani.

Ismernünk kell azonban az életkor sajátosságait is. Vizsgáljuk meg, milyen az iskolába kerülő gyerek, és mik a feltételei annak, hogy az iskolai követelményeknek meg tudjon felelni?

Az általános tapasztalat azt mutatja, hogy a gyermek fejlődésében hatéves kor körül nagy változás, átalakulás következik be. Mozgása higgadtabbá, nyugodtabbá válik, figyelme kevésbé ingadozó. Eddig főként játékaival volt elfoglalva, játékosság jellemezte munkáját is, most bizonyos ideig leköti a feladat és a feladatot nem tekinti játéknak. Gondolatvilágában eddig a képzelet elemei burjánzottak, most inkább a tárgyi valóság felé fordul. Míg korábban éltető eleme volt a mese, ezután a mesében is a reális részletek ragadják meg, kérdései a tények megismerésére irányulnak. Pontosan kezdi érteni, mi az „igaz” és mi a kitalált, kezdi lenézni, kisgyerekesnek tartani régebbi hiszékenységét. Nagyon fontos neki, hogy „bátor” legyen, hogy legyőzze kisgyerekes (irracionális) szorongásait, „gyávaságát”. Éppen azért, hogy lekezeli a mesét mint „nem igazat”, tanulja meg elválasztani képzeletét a valóságtól, és ilyen módon szabadul meg félelmeitől is.

Az értelmi és érzelmi átalakulás összefonódik és kihat a viselkedésre is. A gyerek könnyebben kezelhetővé válik, impulzivitása csökken. Korábbi heves érzelmi reakciói, „hisztizései” egyre kisebb területre korlátozódnak. Megérti, hogy vágyai nem teljesülhetnek azonnal, tapasztalatai megtanítják a halasztásra és a lemondásra is. Megtanul szorongásain, bánatain, csalódásain, sérelmein is jobban uralkodni.

Mindezen átalakulás lehetővé teszi a feladathoz való alkalmazkodást.

A gyermek azonban nemcsak a tárgyi világhoz tanul meg fokozatosan alkalmazkodni, hanem érzelmi kapcsolatai is átalakulnak. Sőt, mint ezt a pszichológiai kutatások nyomán ma már egyre világosabban látjuk, a gyermek érzelmi kapcsolatai befolyásolják döntően a tárgyi világhoz való alkalmazkodást is.

A csecsemő kezdetben anyjával szoros testi kötöttségben, „szimbiózisban” él. Az anyjáról való fokozatos leválás közben tanulja meg önmagát testi és lelki valóságában átélni. Miközben élvezzi az önálló funkcionális örömet – felül, feláll, szabadon kezd mozogni, egyre ügyesebben manipulál a tárgyakkal -, fokozatosan ráébred önmaga különállására, védtelenségére és gyámoltalanságára is. A szoros testi függést lassan a szülőktől való érzelmi függés váltja fel. Ez az érzelmi

függés lényegében az egész élet során megmarad, de változik tartalma, intenzitása. A kisgyerek nagyon jól érzi magát a szeretett személy közelében, el is felejtkezik róla, amikor elmerül játékában. De biztonságát az adja meg, ha játékból felpillantva bármelyik pillanatban megtalálja őt. A szülő jelenléte fokozza biztonságát, és annak elvesztése jelenti a számára a legnagyobb veszélyt. A fejlődő gyermek kb. hároméves koráig a legnagyobb lelki sérülést az okozza, ha váratlanul, ijesztő körülmények között vagy hosszabb időre el kell szakadnia édesanyjától.

A reális veszélyekre meg kell a gyermeket tanítani. Nem fél a gyerek semmitől, sem tüztől, sem víztől, sem mélységtől, sem a civilizáció teremtette veszélyektől. Annál inkább fél az egyedülléttől, a sötétől – mindattól a helyzettől, amikor szüleibe már a szemével sem kapaszkodhat. A szülő állandó jelenlétét pótolni tudja 2-3 éves kor után a feléje áradó szeretet, és ugyanakkor nincs a gyerek számára fenyegetőbb, mint a szülői szeretet elvesztése, haragja, a magára maradás az éltető szeretet nélkül. Óvodáskorban a szülők iránti érzelmek már konstans, vagyis a gyerek már akkor is biztos a szülői szeretetben, ha nem látja őket. Az óvodás gyerek már tudja, hogy anyja vagy apja érte jön az óvodába, biztos benne, hogy nem hagyják ott akkor sem, ha haragszanak rá vagy ha ő maga haragszik valamiért rájuk.

A szülői szeretet és harag, az engedékenység és tiltás találkozik ebben az időben a gyermek növekvő önállóságával, kifejlődő akarásával, dacosságával, amelyek kettős érzelmeket (ambivalenciát) teremtenek a gyermekben szülei iránt. Ezek a kétfelé húzó, egyidejűen fellépő kettős érzelmek megzavarhatják a fejlődő gyermek kapcsolatait a világgal. Sem a túlzott szigor, sem a túlzott engedékenység nem kedvez ezen a konfliktusok megoldásának. Ha a gyerek bízhat a szülői szeretet állandóságában, akkor ellentétes érzelmei ellenére is képes konfliktusain túlkerülni, biztonságban érzi magát. Gyakran találkozunk azonban már az óvodában olyan gyerekekkel, akik nyugtalanok, verekedősek, esetleg visszahúzódóak és félénkek. Mindkét magatartásnak az az eredménye, hogy nem tudnak beilleszkedni a közösségbe. Mindkét irányú viselkedésben a biztonság hiányát ismerhetjük fel: a támadó magatartás mögött a fenyegetettség érzését, a gátoltság mögött a meghúzódó szorongást. (Az első inkább a túlzott szigor, a második inkább a túlzott engedékenység következménye.)

Iskoláskorra a gyermek értékrendje a világról nagyjából stabilizálódik. Nagyjából tudja már, mit szabad és mit nem. Mi az, amit azért nem szabad, mert veszélyes, és mi az, amit azért nem tehet, mert nem illik. Megtanul önmagán uralkodni, és megtanul a szabályokhoz alkalmazkodni. A szülőkkel, a nemi szerepekkel, a szülői ideállal való azonosulás útján magáévá teszi a tiltó rendszabályokat is. A szabályok és a tilalmak betartását ugyan még sokszor meg kell erősí-

tenie a –tekintélyszemélynek, de bizonyos szabályok vagy parancsok betartásában már saját eszére, belső parancsaira hallgat. A feladathoz való alkalmazkodás egyik feltétele, hogy a gyermek már bizonyos mértékig független legyen a parancsoló felnőttől, és önmagától is elvárja mindazt, amit tőle megkövetelnek.

A gyermek fejlődése közben tehát bizonyos belső önállóságot, belső biztonságot és szabadságot ér el. Ez a közösségi beilleszkedés szempontjából azt jelenti, hogy fontosabbá válnak a gyerektársak, mint régebben. Míg korábban a felnőtt jelenléte növelte a gyermek biztonságát, a gyerekekkel is vidámabban játszott, ha a háttérben ott volt a védelmező felnőtt, addig iskoláskorban a gyerektárs már a „mi” érzését, az egyéni biztonságot is fokozza. A kisiskolásnak rendkívül fontos, hogy a tekintélynek, akit a tanító képvisel, megfeleljen, követelményeinek eleget tegyen. Ítéleteit a felnőtt normák szerint alakítja. Viselkedésében azonban inkább a gyerektárs válik mintaképpé, ideálja a nagyobb, az ügyesebb és bátrabb gyerek.

A közösségi beilleszkedés a gyerektársak közé rendszerint már az óvodában kialakul. A társai között elfoglalt helye azonban újraszerveződik az iskolában, a tanulásban kialakult rangsor és a közösségben elfoglalt helyzet szerint. A gyerekeknek az iskolában kettős alkalmazkodást kell megtanulnia: megfelelni a tanító követelményeinek és meg kell találnia a helyét a társai között. Az első főként engedelmességet, a második főként kölcsönösséget kíván. Aki csak a tanító követelményeinek tud megfelelni, lehet eminens tanuló, de elszigetelt marad osztálytársai között. Kölcsönösség kisiskoláskorban azonban nem alakulhat ki pozitív felnőtt kapcsolat nélkül.

Az iskolai követelményekhez való alkalmazkodás tehát függ az egész megelőző fejlődéstől. A gyerek számára az óvodai beilleszkedéshez képest a leginkább új az, hogy bizonyos általános szabályokhoz kell alkalmazkodnia. Míg az óvodában a feladat leginkább a személyes kapcsolaton keresztül volt megvalósítható, addig az iskolás gyermeknek érettnak kell lennie arra, hogy egyedül tudja teljesíteni azt a feladatot, amit a tanító általában, az összes gyerekeknek ad. Ez az, ami a legnehezebb az első osztályban, majd megnehezíti az ötödik osztályt. Az utóbbiban a tanárok ismét személytelenebb kapcsolatba kerülnek a gyerekekkel, mint az alsóbb osztályokban.

Ha ezt a szempontot vesszük figyelembe a problematikus gyerek beilleszkedésénél, akkor látjuk, hogy az iskolában ott merül fel az első probléma, hogy nem tudja az általános szabályokat betartani, nem tudja az utasításokat követni, nem tudja a feladat előfeltételeit megteremteni. Vagyis kétszemélyes kapcsolatra van szüksége ott, ahol a többi már eleget tud tenni az általánosnak is. A kétszemélyes kapcsolat szükségessége már utal arra, hogy a személyekhez fűződő kapcsolata nem alakult ki az iskolaérettséghez kellően szilárdná.

A gyermeknek a közösségben, az iskolai osztályban kell helyállnia, egy felnőtt és 30 gyerek között. A pedagógus sokszor úgy gondolja, hogy a pszichológusnál a gyerek nem is azt a képet fogja mutatni, amit az iskolában, hiszen ha egyedül beszélget a gyerekekkel, ő is jó kapcsolatot tud vele tartani, csak az osztályközösségben nem bír vele. „Ne is vigye pszichológushoz a gyereket – mondta egy tanítónő az anyának -, az úgysem fog róla megállapítani semmit, mert egyedül foglalkozik vele.” A pszichológusnál a gyerek tényleg nagyon okosan, fegyelmezetten viselkedett, a pszichológiai vizsgálatok azonban feltárták közösségi viselkedésének hátterét: a nyolcéves kisfiú rendkívül bizalmatlan volt a felnőttekkel, és gyermektársaiban is folytonosan a vélt támadót látta. Bizonytalanságában örökké attól félt, hogy bántani fogják. Nyugtalansága fokozódott a közösségben, védtelennek érezte magát, s folytonosan arra terelődött a figyelme, hogyan tudná megvédeni magát. Ezt a rejtett motívumot titkolta, tagadta önmaga előtt is. Sőt, inkább ő látszott veszélyesnek, hiszen minden közeledést ellene irányuló bántásnak élt át, és védekezett, mielőtt bántották volna.

Ez a fajta agresszív viselkedés nagyon sok gyerek esetében magyarázza a kirívó magatartást. Azért irányítja önmagára akaratlanul is a pedagógus figyelmét, mert egyedül védtelen. Az ilyen esetek többségében az otthoni nevelésben meg is szoktuk találni azt az okot, amely a gyereket erre a bizalmatlanságra neveli. A gyerek „rosszaságát” rendszerint veréssel szokták megtorolni, és soha nem ismerik el az ő igazát. Esetünkben a kisfiút kisebb csínyeiért is szíjjal verték, de örökösen alulmaradt néhány évvel idősebb bátyjával szemben is. Egymással is örökösen verekedtek, amiért mindkettőt keményen büntették. Az apai megtorlásokból mindketten azt tanulták, hogy egymásban sem bízhatnak, és senkiben sem bízhatnak, senkitől sem várhatnak megértést. Az otthoni nevelés áthangolásával lehetett a kisfiú magatartásán közvetve változást elérni. Ez a folyamat természetesen hosszabb időt vesz igénybe, és fontos, hogy a pedagógus is több megértést mutasson a gyerek felé, hogy hiányzó bizalmát megnyerje.

Megfigyelésem szerint az iskolai beilleszkedési nehézségek – dekoncentráció és fokozott nyugtalanság – szorosan összefüggnek azzal, hogy mennyire érzi magát a gyermek a közösségben biztonságban. A rendelőben felfigyeltünk arra a gyakran előforduló szülői panaszra, hogy a gyerek nem tud beilleszkedni a közösségbe, „pedig” már bölcsődés kora óta közösségben él. Úgy gondolnánk, hogy a biztonságérzet fokozódik, minél korábban szokja meg a gyerek a közösséget, vagyis minél inkább hozzászokik. A tapasztalat azonban azt mutatja, hogy ennek éppen a fordítottja igaz. A kisgyerek biztonságérzetét egyedül a szeretett személy tudja megadni, biztonsága csökken idegen környezetben, és egyáltalán nem mindegy neki, milyen korban, milyen korán került a kisebb biztonságot nyújtó közösségbe. Úgy tűnik, mi-

nél kisebb korban kerül a bölcsődébe, ez annál jobban kihat a közösségi beilleszkedésre, és annál kevésbé találja meg a helyét az iskolában is.

A figyelmetlenségnek és nyugtalanságnak két válfajával találkozunk pszichológiai rendelésen. Az egyik esetben a gyerek csak feladathelyzetben térül el folytonosan a játék felé, a másik eset súlyosabb, a gyerekek hiába engedjük meg a szabad tevékenységet, játék közben is folyton megszakítja magát, elmélyülten még játszani sem tud. Az első esetben a gyerekesség, játékoság dominál, ez akadályozza – a legtöbb esetben csak átmenetileg – a tanulást. Ilyenkor az egyéni törődés, a tanulás megtanítása rövid idő alatt eredményt érhet el. Súlyosabb a másik eset, ahol először a gyereket játszani kell megtanítani. Amíg egy gyerek játszani sem tud, addig nem várható el tőle, hogy a tanulásban mélyedjen el.

Egy hétéves kisfiút azért hozott édesanyja a pszichológiai rendelésre, mert alvászavarban szenvedett. Mint kiderült, a fiú nemcsak nem aludta végig az éjszakát (többször felébredt, és a szülők nyugalmát is folyton megzavarta), de nappal sem tudott mit kezdeni egyedül, örökké csak unatkozott, anyját nyúzta. Amikor iskolába került, a tanulás nem tudta lekötöni. Társait szerette ugyan, de együttműködni nem tudott velük. Magatartása mögött kisgyerekes dacot találtunk: örökösen csak anyját akarta nyúzni, sem vele, sem nélküle nem tudott meglenni. Örökké mást akart, mint amit tőle akartak, s ez megakadályozta abban, hogy bármit is szívesen csináljon. A kisgyerekes dacosság hátterében szintén a bizonytalanság és súlyos szorongás bontakozott ki. Problémája anyjának és gyermekének egymáshoz fűződő konfliktusainak feloldásával volt megoldható. Iskolai beilleszkedése az első év végére vált problémamentessé.

Több olyan 6-10 éves gyerekkel foglalkoztam, akit gondolatgazdagsága, képzeletvilága akadályozott meg abban, hogy az iskolai tananyagra koncentráljon. Áradó fantáziajátékaik, mesélőkedvük elapadhatatlan. Ezek a gyerekek a pszichológiai foglalkozásokon – egymástól függetlenül – arra kértek, hogy írjunk regényt. Heteken, hónapokon át színezik, variálják kitalált történeteiket és gyakran illusztrálják rajzaikkal.

Egy kilencéves fiú, aki az iskolában figyelmetlenségével, nyugtalanságával tűnt ki, fél éven át szőtt mesetörténeteket Malackáról és Tádéről, az ismert mesefigurákról, ugyanakkor saját magát és öccsét, vágyfantáziáit szötte kalandjaikba. A mese fordulataiból mindig lehetett tudni, hogy otthon kikapott vagy az iskolában rosszul felelt, az öccsével goromba volt vagy édesapja megbüntette, mert eljátszotta a házi feladatra szánt időt. Ezen az áttételes úton tudta kudarcait, bánatát és szorongását feldolgozni.

Egy másik hasonló korú kislány testvérféltékenységét és az állatoktól való rettegését dolgozta fel oroszlan-szelidítő kalandtörténeteiben, ahol mint bátor hős uralkodott nemcsak a testvéreken, a vad oroszlanokon, hanem még a felnőtteken is. Ha nagyon haragudott valakire, ráuszította képzelt oroszlanjait.

Egy tízéves fiú nagy konfliktusban élt tanítónőjével, aki – elég rossz pedagógiával – nem dicsérte soha, és a legapróbb hanyagságáért is mind szigorúbban büntette. Nála a rajzok és történetek a tanítónő megbüntetéséről s a legkisebb győzelméről szóltak.

A túlradó fantázia 6-10 éves korban bizonyos mértékig már gátolja a tanulást, elvonja a figyelmet a tananyagtól. Ezek a gyerekek – szinte azt mondhatnánk – az iskolai tanulás ellenére szerzik meg műveltségüket, hiszen a kalandokat kergető fantáziájuk érdeklődésüket az állatvilágra, a világ tájainak megismerésére, az indiánok és a történelmi hősök felé irányítja. Mesélőkedvüket, verbalitásukat, stílusukat fejleszti a meseszöveg, a regényírás írásukat és helyesírásukat biztosabbá teszi, s a rendszerint ehhez párosuló rajzolási kedv a kézügyesség fejlesztésén túl a megfigyelőképességet teszi pontosabbá.

Tapasztalatom szerint a fantáziavilágát élő gyerek nehezen tűri az iskolai szűk kereteket, elvész a konkrét tárgyi tudást rendszerező aprólékosságban, a szürke napi tanulnivalók között. Az ilyen gyerekeket ritkán éri siker, hiszen ha mód van rá, inkább telerajzolják füzeteket, a padot, a könyv margóját, és ritkán tudják, hogy miről van szó az órán. Néha még a többi gyerek nevetségének tárgyai is.

Az említett kilencéves fiú tanítónője azonban kitűnően tudta érvényesíteni tanítványa mesélőkedvét. Ha valami dolga akadt, megkérte a fiút, hogy meséljen az osztálynak. A gyerek a valóban élvezetes és humoros kitalált történeteivel teljesen lekötötte társait, a tanítónő távolléte alatt egyetlen gyerek sem rendetlenkedett, nem volt szükség fegyelmezésre. Míg a kisfiú az előző évben átkínlódta a második osztályt, szinte minden tárgyból kettesre állt, addig a harmadik osztályban elterelődő figyelme ellenére megállja a helyét, kapcsolatot talál a gyerekekkel és lényegesen jobb tanuló. A tanítónőnek sikerült pozitívan kihasználnia a gyerek gazdag képzeletvilágát, és bevonni vele az osztály munkájába.

Az alsóbb osztályokban a problematikus gyerek magatartása és tanulása változó. Ha kedve van tanulni, előfordul, hogy kitűnően oldja meg a feladatot, máskor meg olyan hanyag, hogy alig osztályozható. Különösen megfigyelhető ez az írásbeli feladatoknál, amelyek otthon általában szebben sikerülnek, mint az iskolában. Sok gyermeknél különösen írásban mutatkozik meg, hogy nem tud a többiekkel haladni, nem tudja a közösen megoldott feladatokat füzetébe pontosan leírni, vagy dolgozatai mindig rosszabbak, mint a feleletei. Esetleg ott hon felügyelet mellett szépen és hibátlanul dolgozik. Ebben is ugya-

naz a probléma nyilvánul meg, mint amit fentebb vázoltunk. Míg a diák a felelésnél szinte le tudja olvasni a tanár arcáról, hogy jót mondott vagy rosszat, addig az írásnál végig saját magának kell ellenőriznie a gondolatmenet helyességét, nem kap semmiféle visszajelzést. Itt ismét a személyes kapcsolat hiánya erősödik fel, és ez a magyarázata annak, hogy sok gyereknek elég, ha valaki mellette ül, amíg házi feladatát elkészíti, és azt máris hibátlanul megoldja.

Látjuk, milyen sok lelki tényezőn múlik a gyerek tanulása. Vajon a tanulmányi eredmények elérésében mi múlik az értelmi képességeken?

A pedagógusok régi tapasztalata, hogy a szorgalom és igyekezet megemeli a teljesítményt, és így nagyon közepes képességű gyermekek is kitűnő tanulók tudnak lenni. Másokat meg így jellemeznek: „Képességei szerint többet várnak tőle, de egyenlőtlen, nem szorgalmas, nem látom rajta az igyekezetet.”

Rendelőnkben az olyan gyermekekről, akiknek tanulással kapcsolatos problémáik vannak, intelligenciavizsgálatot is szoktunk készíteni. E vizsgálatok során feltűnt, hogy a gyerekek jó része lényegesen jobb intellektuális teljesítményre képes a tesztvizsgálat során, mint amilyen eredményt az osztályzatok mutatnak. Ezt a megfigyelést számszerű összehasonlítással ellenőriztük. Az eredmény szerint azok a tanulók, akiknek 3,5 feletti volt az átlagosztályzatuk, az „átlag feletti” és az „igen magas intelligencia” övezetben helyezkedtek el. Más szóval az a problematikus gyerek tudja felküzdni magát, akinek az intelligenciája átlagon felüli vagy igen magas. A „problémát” (pszichés zavart) tehát csak az átlagnál jobb intellektus képes egyensúlyban tartani.

Ugyanez a tendencia érvényesül az „átlagos” vagy „alacsony intelligenciájú” problematikus gyereknél. Ezeket a gyerekeket a pedagógusok nemegyszer úgy ítélik meg, hogy a gyerek nem való normál közösségbe, és gyógypedagógiai áttelepítését kérik.

Az eddigi eredmények alapján azonban nemcsak a problematikus tanulók egyenlőtlen teljesítményére következtethetünk, hanem az osztályzatoknak a magatartással kétségtelenül összefonódó megítélésére is.

Néhány évvel ezelőtt más oldalról közelítettem meg ugyanezt a problémát. Az átlagosztályzatokat vizsgáltam meg négy budapesti iskolában, közel 3000 tanuló átlagát kigyűjtve fiú-lány bontásban. Mint kiderült, mind a négy általános iskolában, minden osztályban, az elsőtől a nyolcadikig, a lányok nagyobb számban értek el jobb tanulmányi eredményt, mint a fiúk. Ez az adat ismét alátámasztja, hogy a tanítók és tanárok az osztályzatban nemcsak a tudást, hanem a magatartást is értékelik, hiszen ebből az adatból semmiképpen nem következtethetünk arra, hogy a lányok értelmesebbek, legfeljebb arra, hogy a lányok „jobbak”, mint a fiúk.



Pszichológiai nyelven kifejezve, a szóbeli (írásbeli) közléseken túl van még valami, ami nem szavakban, hanem a viselkedésben, mutatkozik meg, ami befolyásolja a tanár ítéletét anélkül, hogy esetleg ő maga is követni tudná hogyan, s ez a kommunikáción túl az ún. „metakommunikációban” érvényesül. A tanár a tudás megítélésében akaratlanul is honorálja a gyerek viselkedését, aki annál jobb tanuló lesz, minél fontosabb neki jóságának honorálása.

Ehhez kapcsolódik azoknak a tanulóknak a problémája, akiknek a magatartásával nincs semmi baj, sőt inkább túlságosan jók, és problémájuk szorongásban, lámpalázban, passzivitásban nyilvánul meg. A felelést sok esetben vegetatív tünetek kísérik, a gyerek izzad, megfájdul a gyomra, a feje, és gyakran kevesebbet mutat a felelete, mint amennyire felkészült.

Míg a fegyelmezetlen, túl mozgékony gyerek a fejlődés során lecsillapszik és csökken a számuk a magasabb osztályokban, addig a szorongás, lámpaláz, vizsgadrukk ritkábban jelenik meg az első osztályokban, inkább harmadikban-negyedikben kezdődik és végigkísérheti a gyerek egész iskolai pályafutását.

A szorongó, lámpalázos gyermekek szorongásának oka és típusa éppúgy különböző, mint a nyugtalan fegyelmezetleneké. A problémát sok esetben fokozza, hogy nincs mindig közvetlen összefüggés a szülők vagy tanári követelmények és a gyermeki lámpaláz között. Legalábbis a szülők többsége tagadja, hogy olyan nagyon sokat várna gyermekétől vagy összeszidná egy-egy rosszabb osztályzat miatt. Sőt a szülők éppen mert észrevették gyermekük szorongását, inkább kicsinyíteni próbálják az osztályzatok jelentőségét.

Némely gyerek nem nőtte ki kisgyermekes támaszra szorultságát, azt szeretné, ha a tanítónő egyedül vele foglalkozna, ha folyton csak őt figyelné, őt dicsérené. Féltékeny a többi gyerekre, mint otthon a testvéreire, nem akar osztozni a tanítónő szeretetében, és nem tűri, hogy versenytársa legyen. Egy harmadik osztályos kislány nagyon jó tanuló volt, tanítónője szerette is, de nem lehetett neki gyengébb jegyet adni, mert rögtön sírva fakadt. A kislány otthon nyafogásával mindig elérte, amit akart, s ha valami nem sikerült neki, kisebb korában az ujját szopta. Iskoláskorára leküzdötte ezt a kisgyerekes szokást, de védelemre szorultsága abban a fokozott igyekezetben nyilvánult meg, hogy mindig a tanítónő kegyeit leste. Első szeretett volna lenni, ez nem sikerülhetett neki, mert elkényeztetettsége folytán ügyetlenebb volt társainál, és nyafogása miatt nem szerették.

A tanítónőnek a pszichológussal való megbeszélés nyomán azzal sikerült a kislányt a sírástól megszabadítania, hogy olyan teendőket adott neki, amelyek önállóságot kívántak, felelősségtudatát növelték. Nem annyira a feleleteiért dicsérte, hanem ha ügyesen elintézett valamit vagy kezdeményezett. Egy gyengébb tanuló mellé ültette, akinek

segíthetett. Később a gyengébb társát is megkérte a tanítónő, hogy javítsa ki kislányunk rossz válaszát. Így megtanult bírálni és a bírálatot elviselni. A többiek is kezdték befogadni.

Másik esetben a szorongás hátterében a tanítónő szigora állt. Gyermeünk – szintén harmadik osztályos kislány – soha nem kapott ki a tanítónőtől, nem is adott rá okot, mégis annyira félt az iskolában, hogy mindennap megfájdult a feje, átizzadva, kimerülten tért haza. Otthon aztán nem találta a helyét, ha anyja szólt hozzá vagy kérte valamire, dühösen visszautasította. Egy osztállyal lejjebb járó sikeres, jó tanuló hűgával mind utálatosabb lett, parancsolgatott neki, irigykedett rá. A naponta lezajló jelenet után kimerülten lefeküdt aludni, délután vidáman ébredt, szorgalmasan tanult, felmondta a leckét és másnap minden kezdődött előlről. Az órán nem jelentkezett, s ha felhívták, olyan bizonytalanul felelt, mintha csak találgatná a helyes választ. A szigorú és követelő tanárnő elégedetlen volt vele, s bár soha nem szidta meg, nem is dicsérte. Bátorságot és nagyobb aktivitást várt, és mit sem tudott a naponta megharcolt gyötrelmekről. A kislány félelmét fokozta, - mint ezt sok más gyereknél is tapasztaltam – hogy bár a tanítónő őt nem bántotta, de ugyanúgy félt, ha egy haszontalan gyerek kapott büntetést, és úgy viselkedett, mintha ő maga lenne a „bűnös”. A kislány otthon egyre inkább a szigorú tanítónő szerepét vette fel, babáival szünet nélkül iskolást játszott, mind keményebb büntetést rótt ki rájuk és a vele játszó hűgára.

Ha azt állítjuk, hogy a szigorú tanítónő volt a kislány bajainak „oka”, akkor legfeljebb kiváltó okra gondolunk, a szorongás mélyebb oka kisgyermekkorai történésekre vezetődik vissza. A kislány iskolához való viszonyában azonban mégis változást lehetett elérni azáltal, hogy az anya a pszichológiai foglalkozás során felismerte az iskolai szorongás és az otthoni veszekedő, dacos viselkedés, kimerült alvás összefüggését. A kislány oldottabb hangulatában megpróbált rátapintani, mi bánthatta őt aznap az iskolában. A hazahozott feszültségek egy idő után már nem robbantak azonnal, és főként, az anya nem veszekedéssel válaszolt a dacosságra. Egy idő múlva az anya megpróbálta megbeszélni a tanítónővel is megfigyeléseit, aki ezután több figyelmet fordított a passzív kislányra, többet kérdezte, akkor is, ha nem jelentkezett, de észrevette rajta, hogy tudja, amit kérdez. Az egyéni figyelem és odafordulás – ha a szorongás mélyebb okát nem is oldotta meg – itt is az iskolai beilleszkedés javulásához vezetett.

A pedagógus talán úgy véli, hogy bármi legyen a baj, nem tudunk mást tanácsolni, mint az egyéni bánásmódot. Ezzel a felismerésével azonban nem tud mit kezdeni, mert egyéni foglalkozásra nincs ideje, amúgy is túl van terhelve munkával, lehetetlen volna egyetlen gyerek problémájára koncentrálnia.

Abból indultunk ki, hogy a problematikus gyerek éppen abból a szempontból okoz gondot, hogy a szokásos nevelési eszközök – jutalmazás és büntetés – nem hatékonyak nála, egyéni foglalkozást követel. Foglalkoztatja a pedagógus, akár van rá ideje, akár a tanítási időt veszi el. Ilyenkor a nevelő – jobb híján – adminisztratív eszközökkel próbál nevelni, például piros és fekete pontokkal, intővel, beírásokkal. Ezek az adminisztratív eszközök időt rablók és a bejegyzések további adminisztrációt követelnek, hiszen a piros és fekete pontokat, a betélapokat át kell váltani számokra, át kell vezetni az osztálynaplóba, a beírt intót ellenőrizni kell, hogy aláíratta-e a gyerek otthon stb. Vajon az adminisztratív nevelés nem vesz több időt igénybe? Nem volna érdemesebb ezen időt – amelyre nem fordít egyéni gondot, csak mechanikusan értékel – a gyerekre fordítani?

Természetesen nem minden esetben tudunk a gyerek magatartásán csupán a felnőttek közreműködésével változtatni. Az eddig vázolt példák legtöbbszörében a pszichológus külön is foglalkozott a gyerekekkel. Az alábbiakban olyan esetelemzést mutatok be, ahol hosszabb pszichoterápiára volt szükség.

Az eset, amelynek terápiás folyamatát próbálom felvázolni, tipikusnak mondható abban az értelemben, hogy sűrítve foglalja magában mindazon zavarokat, amelyek az iskoláskor neurotikus szerveződésére jellemzőek. Gábor hét és fél éves, vezető tünete a tik, amelyről tudjuk – Gerald, Mahler, Rouard és mások nyomán –, hogy leggyakrabban 6-8 éves fiúknál jelenik meg, amikor a gyermek a leghajlamosabb a pszicho motoros zavarokra. Mindig a környezettel való konfliktust jeleníti meg, a tünetben az engedelmesség és a lázadás ambivalenciája jut kifejezésre.

A tünehez társuló pszichomotoros nyugtalanság visszatérően felveti az organikus háttér kérdését. Gábor kezdeti szem-tikje áterjed az orr- és szájrészre, garatra, fej- és vállrángatásra, hipermotilitás lépett fel, vagyis a tünetek hevessége és kiterjedése olyan mértékben fokozódott, hogy a chorea minor gyanúja is felmerült. Kórházi kivizsgáláskor azonban organikus és szomatikus leletei negatívnak bizonyultak.

Fejlődési szempontból a pszichomotoros nyugtalanságot leginkább úgy jellemezhetjük, hogy a gyermek nem jutott el az iskolai beilleszkedéshez szükséges fegyelmezettséghez, érintetlen intellektuális fejlődése mellett mozgásos és emocionális fejlődése elmaradott. Gábor esetére is mindez érvényes. Az iskolaérettségi vizsgálaton a Nevelési Tanácsadó nem találta őt iskolaérettnek, a szülők mégis beírást kértek, mert a gyermek az óvodában nem érezte jól magát. Első osztályban, bár játékos és figyelmetlen volt, négyes eredménnyel végzett. Jelenleg másodikos. A tanítónő véleménye szerint dekoncentráltabb és viselkedése gyerekesebb mint tavaly, egyedül talán nem is tud dolgozni. A

szülők arról panaszkodnak, hogy a gyerekekkel otthon nem lehet bírni, dacos és engedetlen. Hosszas rábeszélés, könyörgés, magyarázkodás kíséri a reggeli felöltözést, a délutáni leckeírást, az evést vagy a lefekvést. Gábor tehát – mint sok hasonló esetben – a szülő jelenlétében nem engedelmeskedik, saját akaratát hangsúlyozza, távollétében azonban önállótlaná válik, fél egyedül.

Így viselkedik a pszichoterápia kezdetén is. Szorongását megpróbálja leplezni, de közömbös és bizalmatlan. Szívesen játszik, ügyesen konstruál, de nem köt kapcsolatot, tünetét nagy erővel visszafogja. Kapcsolatunk azzal kezdődik, hogy egyszer elmeséli, mennyire haragszik a doktor bácsira, aki kórházba utalta, és milyen nagyon haragszik anyukára, aki hagyta, hogy ilyen sok rossz történjék vele. (Klinikai kivizsgálása közben ugyanis skarlatos fertőzést kapott, hetekig fertőző osztályon is kezelték.)

Amikor a gyerek az engedelmes és tünetmentes arcát mutatja a terapeutának, kétféle indulatátétel érvényesül: részint jó akar lenni, ahogy az iskolában megkívánják, részint tagadja baját, nehogy újból orvosi beavatkozásra kerüljön sor. A latenciakor terápiájában elsősorban az orvossal és a pedagógussal való viselkedés sémák vannak előtérben, kezdetben a terápiás kapcsolat ezen tapasztalatok mintájára alakul. A tünetmentesség azonban csak a bajok elfedésére szolgál.

Esetünkben az elfedés hosszú ideig, két hónapig tartott, ezen időszak alatt Gábor tünete otthon is csökkent. Belejátszott ebbe az iskolai karácsonyi szünet is, a megkönnyebbülés látszott rajta, felszabadult a kötelesség nyomása alól. Csábító lett volna ebben az időben a pszichoterápiát eredményesnek minősíteni és lezárni. Szülők, akik nem ismerik a pszichoterápia menetét, hajlamosak ilyen sürgetésre. Gábor esetében azonban már nem hittek az átmeneti, viszonylag nyugalmasabb periódusok tartósságában. A második félév kezdetén a gyerek valóban ismét tikkelni kezd, amelynek megnyilvánulása most heves fejrázás, szimbolikusan talán úgy értelmezhető, hogy mindenre „nem”-et int.

A már nem titkolt tünet a pszichológusnál is megnyilvánul, és ezzel párhuzamosan játéka és viselkedése is egyre leplezetlenebb. Hasonlóan kezd viselkedni mint otthon, provokálja a tiltást és örül, ha valaminek ellentmondhat. A táblára üvöltő vadállatot rajzol, amely ormányából vizet okád és székletével betölti a táblát. Festeni próbál, de szétkeni a festéket, befesti a szoba padlóját és az ablakpárkányt. Csúnya szavakat mond, és a gyerekes csúnya szavakba felnőtt obszcén kifejezések kerülnek. Visszatérően és izgatottan egy meztelen felsőtestű néniről beszél, akit szoptatni látott, és akinek le akarja tépni a „szoptatóját”. Eddig egy kisbabára azt mondta, milyen édes, mennyire szereti a kicsiket. Most azt játssza, hogy a nagyfiúk ellopják a kicsi cumiját, kidobják a szemétkébe, a gyereket bedobják a kanálisba, ki-

csúfolják és ördöggel fenyegetik. Kikutatja a szekrényeket, egyikben kekszet talál, mohón falni kezdi, élvezetét abban találja, amiről azt hiszi, nem szabad.

A szülők ebben az időben arról számolnak be, hogy a rossz étvágyú, válogatós, finnyás gyerek otthon jól eszik, mintha nyugodtabb lenne az alvása is. Sokszor tapasztaljuk, hogy a melléktünetre – amelyről a szülők úgy gondolják, nem tartozik a pszichológusra – pl. az evésre vagy az alvásra, hatni tud a terápia szorongás oldó hatása. A rossz evés, hasonlóan az alvászavarokhoz, rendszerint szorongást leplez, akkor is, ha manifeszt megnyilvánulásait nem észleljük, s a szülők nem panaszozzák. Azt is tapasztaljuk, hogy a melléktünetek könnyebben oldódnak, mert nem irányul rájuk tudatosan figyelem a gyerek és környezete részéről.

Gábor tünete azonban megszűnik. Ez a második tünetmentes időszak abban különbözik az elsőtől, hogy miközben neurotikus zavarai eltűnnek, fokozódik „rosszasága”. Bár megbeszéljük, hogy a csúnya szavakat másutt ne mondja, szülei arról panaszkodnak, hogy túrheterenül csúnyán beszél otthon, s a pszichológust azzal fenyegeti, hogy az iskolában is így fog beszélni. Kénytelen vagyok azt mondani – mint Anna Freud hasonló esetben –, hogy csak akkor tudok neki segíteni, ha betartja, amire kérem, ha mindenütt csúnyán akar beszélni, akkor próbálja meg egyedül, én nem tudok a segítségére lenni. Megíjed, megígéri, hogy abbahagyja – és ismét hevesen rázza a fejét.

A tik olyan tünet, amelynek változékonysága miatt szinte kísérletileg mérhető a gyerek állapota. Gábornál megszűnt a csúnya szavakkal és újra megjelent a letiltással. Következő alkalommal elmeséli, hogy otthon sikerült leállítania a csúnya beszédet, a fejét sem rázza, de másik forma tér vissza: garat-tik, - mintha azt csinálná, hogy lenyeli a ki nem mondott csúnya szavakat, de azok a torkán akadnak. Amikor biztatom, hogy nálam kimondhatja, hiszen ebben állapotunk meg, nálam nem kell lenyelnie, az új tünet ismét megszűnik.

A kezdeti tünet elfedés, a szorongás és agresszió visszatartás ép-púgy nem gyógyulás, mint a feltörő indulatok és ágálások nyomán kialakuló tünetmentesség. A terápia harmadik, legkevésbé látványos, átdolgozó szakasza hozza meg a várt és kívánt eredményt. E három fázis a terápiás kapcsolatban nagyjából minden latenciakorú gyermeknél hasonló, de a fázisok időtartama az esetek súlyossága szerint különbözik. Talán figyelmeztető e fázisok figyelembe vétele latenciakorú gyermekeknél azon szakemberek számára is, akik a szülőkkel együtt sürgetni szeretnék a gyermek tünetmentességét, illetve a terápiás folyamat időtartamát.

Az eset talán rávilágít a pedagógusok számára is a lelki működés bonyolultságára.

## **VÁLSÁGHELYZETEK A GYERMEK ÉLETÉBEN**

**(Forrás: Vajda Zsuzsanna: Nevelés, pszichológia, kultúra. Dinasztia K. 1999. 219-227.)**

Bár mint a könyv első fejezeteiben igyekeztem kiemelni, optimális fejlődési és nevelési feltételek nem léteznek, ezek mindig az adott korhoz és kultúrához kapcsolódnak, mégis vannak helyzetek, amelyekről tudjuk, hogy meglehetősen komoly érzelmi terheket rónak a gyermekekre. E helyzetek kezelési módja nem kis mértékben befolyásolhatja, hogy lesz-e valamilyen tartósan károsító hatásuk a gyermek fejlődésére vagy nem.

### **Válás**

A válás, mint a családra vonatkozó statisztikák mutatják, napjainkban nagyon gyakori, ám ez korántsem jelenti, hogy mentálhigiénés szempontból megszokottá vagy ártalmatlanná vált vagy válhat. Kutatók arra hívják fel a figyelmet, hogy mindig léteztek egyszülős családok. (K. Boh, 1989. 290. old.) Sok szülő meghalt, mielőtt a gyermeke felnevelkedett, voltak apák és anyák, akik elhagyták a családjukat, és voltak házasságon kívül született gyermekek. Az egyszülős családok azonban sohasem fordultak elő korábban olyan tömegben, mint ma. A mai egyszülős családok abban is különböznek a korábbiaktól, hogy döntő többségükben az anya él gyermekeivel együtt, de az apa is tartja a kapcsolatot velük.

A válásoknak mintegy 60 %-a következik be olyan családoknál, ahol gyermek is van. A színes bőrű gyermekek 60, a fehérek 30 %-a nevelkedik elvált családban az Egyesült Államokban.

Sajátos, hogy éppen ebben a helyzetben megbélyegzik, „csonka családnak”, az angol nyelvű szakirodalomban pedig időnként „broken family”-nek, azaz összetört családnak nevezik azokat a családokat, melyekben csak az egyik szülő, az esetek túlnyomó többségében az anya neveli a gyerekeket. A hetvenes évek második fele óta azonban az angol nyelvű szakirodalomban a leggyakrabban a lényegesen kevésbé megbélyegző „egyszülős család” kifejezést használják.

A huszadik század különböző társadalmi és gyermeknevelési próbálkozásai egyértelműen arra utalnak, hogy a modern társadalmakban a gyermek nevelkedése szempontjából kétségtelenül az olyan család az

optimális környezet, ahol mindkét szülő részt vesz a nevelésében. Ám rögtön hozzá kell fűzni, hogy valóban optimális környezetről akkor beszélhetünk, ha a házastársak között viszonylag konszolidált a kapcsolat és ha megfelelő érzelmi kötések vannak a családtagok között.

A válás ténye a gyerekeket szinte kivétel nélkül megrendíti. 10 esetből csupán egynél fordul elő, hogy a gyerek felszabadultnak érzi magát a válás után, és ez is csak olyan esetekben, amikor a másik szülő erőszakos fellépéseitől kellett félni. A legtöbb gyerek nem tekinti a szülők válását véglegesnek, és igyekeznek úgy tekinteni, mintha döntésük visszafordítható lenne. Egy kutatás eredményei szerint a gyerekek 84 %-a szeretne volna visszaállítani az eredeti állapotot. A szülők általában lényegesen alábecsülik ezt az arányt. (Wenshakt-Sartrock, 1983.)

A válás, bármennyire gyakori, nem tekinthető „normatív” eseménynek. Ugyanakkor nem lehet pontos előrejelzést adni arra nézve, milyen lesz a hosszú távú hatása. Egy szerzőpáros, Wallerstein és Kelly kutatásai szerint, az elvált szülők gyermekeinek egyharmada érettebbé válik, mint kortársai, egy másik harmad valahogyan átvészeli, bár szenved tőle, és hosszabb távon is lehetnek nehézségei. A harmadik harmad esetében súlyos zavarok állnak be a pszichoszociális fejlődésben. A minta azonban nem volt reprezentatív, ezért a kutatás legfontosabb tanulságai közé tartozik, hogy gyakorlatilag minden egyes gyerek másként reagál a válásra.

Judith Wallerstein szerint, a gyermeknek hat *pszichológiai feladatot* kell megoldania válás esetén, hogy pszichés fejlődése ne szenvedjen zavart:

1. Elfogadni a házasság felbomlásának tényét.
2. Nem elköteleződni a szülői konfliktusokban és feszültségekben, folytatni mindennapos tevékenységét.
3. Feldolgozni a veszteséget.
4. Feldolgozni a haragot és az önvádat.
5. Elfogadni a válás állandóságának tényét.
6. Realisztikus reményekkel kell rendelkeznie a kapcsolatot illetően. E hat feladat megoldása segít a gyerekeknek, hogy átvészelve a válást.

A környezet egyik legfontosabb tagjának, az egyik szülőnek a családból való kiválása mindenképpen izgalommal és problémákkal jár. A gyerekeket megrémítik a szülők indulatai, és általában hiányzik nekik az a szülő, aki eltávozott. Gyakran önmagukat vádolják a válás bekövetkezéséért, úgy érzik, hogy az eltávozó szülő elutasítja őket. (Collins-Coltrane, 475. old.)

A válás kapcsán a gyerekeket gyakran súlyosan megterheli, hogy osztoznuk kell szüleik érzelmi állapotában, állást kell foglalniuk hol egyik, hol másik szülővel szemben, azaz olyan szerepet kell vállal-

niuk szüleik érzelmi életében, amely saját kapcsolatukból az adott szülővel önmagában nem következne.

A gyerekek számára a környezetükben levő felnőttek, de elsősorban a szülők fontos azonosítási mintákat, *referenciakereteket* jelentenek, amelyek *lerombolása* súlyos következményeket von maga után: a gyerek mindkét felnőttel és rajtuk keresztül az egész felnőttvilággal szemben csalódást, kiábrándulást érezhet, és mindez nagymértékben kihat erkölcsi fejlődésére, későbbi beilleszkedési nehézségeire.

Több adat is arra utal, hogy válás esetén éppen ezek az érzelmi tényezők, és nem kizárólag az egyik szülő válása a szoros családi együttesből, okozza az érzelmi és azonosulási zavarokat. A hosszú távú fejlődés szempontjából például éppen ezért paradox módon kevésbé látszik rombolónak az egyik szülő halála (annak ellenére, hogy természetesen az egyik legsúlyosabb élmény és életesemény, ami egy gyermek életében történhet), vagy ha valamilyen más okból, például munkája miatt, az egyik szülő tartósan távol van a családtól.

A válásnak más jellegű következményei is lehetnek. A válás a gyermekekkel maradó szülő, legtöbbször anya, számára jelent *társadalmi lecsúszást*. Az egyik legfontosabb változás a válás után, hogy csökken a szülők által a gyermekre költött összeg. Ez részben annak eredménye, hogy két háztartást kénytelenek fenntartani egy helyett, és a távol élő szülő kevesebbet költ a gyerekére.

A válás után csökken a *gyermekkel töltött idő*. A gyerekek általában az anyával élnek és az apa eleve jóval kevesebb időt tölt gyermekeivel. Az egyedül élő anya azonban szintén kevesebb időt tud szánni a gyerekekre, minthogy kénytelen pénzkereső foglalkozás után nézni. A szülő-gyerek interakció mennyisége csökken a szülők között zajló konfliktus, ellenségeskedés miatt is, és a válás gyakran *aláássa a szülői tekintélyt*. Az egyedül élő szülők és mostohaszülők kevésbé hajlamosak a gyerekek iskolai munkájának és társadalmi aktivitásának ellenőrzésére és alacsonyabb szintű elvárásaik vannak a tanulással szemben, mint az édes szülőknek. (Collins-Coltrane, 476. old.)

A válás hosszabb távú *következményei* közé tartozik, hogy az elvált családok gyerekei felnőtt korukban kisebb házassági kedvet mutatnak, és érdekes módon ez a tendencia akkor is fennmarad, ha a szülők újraházasodnak. Az új házasság általában nem érinti túlságosan mélyen a gyerekeket.

Statisztikai adatok szerint azok a gyerekek, akik valamelyik szülőtől távol éltek, hajlamosabbak lemorzsolódní a középiskolából, közülük kevesebben járnak egyetemre, gyakrabban házasodnak korán és házasságuk gyakran végződik válással.

Wallerstein és Kelly klinikai kutatást végeztek a válás okozta stressznek a gyerekekre gyakorolt hatásáról a keletkezett *maradandó*



*károsodásokról.* Eredményeik szerint a következő körülmények segítik elő, hogy a hatás ne legyen egyértelműen negatív:

1. A szülők képessége konfliktusuk megoldására és haragjuk enyhítésére.
2. A nevelés jó körülményeinek megteremtése.
3. A rendszeres kapcsolat fenntartása a nem velük élő szülővel.
4. A gyermek kedvező személyiségvonásai és egyéb adottságai, valamint azok a képességek, amelyek a pszichés egészség forrásaivá válhattak az adott helyzetben, mint például az intelligencia, a fantázia, a szociális érettség, valamint a más felnőttekkel és gyerekekkel való kapcsolatteremtés képessége.
5. A gyermek számára elérhető egy támogató emberi hálózat. Minél több emberrel voltak kapcsolatban a gyerekek a szülőkön kívül, annál kevésbé sérül szocializációjuk. (Wenshak-Sartrock, 1983.)
6. Az ingerültség és agresszivitás hiánya.
7. A gyerek neme és életkora. A legsúlyosabban a válás tapasztalatok szerint az óvodás korú gyermekeket érinti. (N. Garmezy, 1985.)

## **A gyermek elhelyezése**

A gyermekelhelyezés története az elmúlt száz év alatt gyökeres fordulatot ment keresztül. A XIX. században válás esetén az apáknak kizárólagos joguk volt a gyermek nevelésére, egyfajta öröklési, tulajdonjog keretében. A század derekától kezdve, amikor ismeretessé vált az anya szerepe a korai kötődés kialakításában, a gyakorlat az ellenkezőjébe fordult. Ma a világ minden, legalábbis az európai kultúrhagyományokat követő országában, csak akkor ítélik az apának a gyereket, ha az anya valamilyen okból tökéletesen alkalmatlannak bizonyul.

Számos országban vitatják ezt a gyakorlatot.

Feltételezhető, hogy a lányok azért bizonyulnak a kutatások eredményei szerint kevésbé érzékenynek a válás okozta károsodásra, mert ők az azonos nemű szülővel maradnak, tehát szexuális identifikációjuk kevesebb zavart szenved. Annál gyakoribb az anyával nevelkedő fiúk *nemi identifikációs zavara*, különösen, ha az apa nagyon korlátozottan vesz részt a gyermek nevelésében és más férfi minta sincs jelen. Egyes kutatási eredmények arra utalnak, hogy a gyerekek az azonos nemű szülőnél nevelkedve mutatták a legkevesebb zavart, és hogy az apák inkább hajlamosak voltak bevonni a gyerek anyját a nevelési problémák megoldásába, ha ők nevelték a gyereket, mint fordítva. (Wenshak-Sartrock, 1983.)

A gyerekek 62 %-a elvben nem kifogásolná, ha valamelyik szülő új házasságot kötne. A szülők újraraházasodása azonban az esetek többségében igen bonyolult helyzetet jelent a gyermekek számára, különösen, ha az új házasságban új gyerek vagy gyerekek születnek. Az új férjhez – mert ez a tipikus helyzet – óhatatlanul közelebb állnak saját gyerekei és az anyák néha maximális jóakaraturuk ellenére is, férjük és előző házasságból származó gyerekük közé kerülnek.

Különböző problémák kapcsán már többször érintettük, hogy a nyílt vagy rejtett szülői elutasítás szinte valamennyi súlyos magatartási zavar kórelőzményében szerepel, az antiszociális magatartástól az öngyilkosságig. Különösen veszélyesek a rejtett elutasítás esetei, mert ezekben az esetekben a szülők elfogadható indokot találnak rá, miért tölti előző házasságukból származó gyerekük minden hétvégéjét és minden szünidejét pl. a nagyszülőknél (mert ott jó a levegő, mert a nagypapa tanul vele stb.) A nem vér szerinti gyerekekkel való kapcsolat az esetek egy részében mindkét félre nagy terheket ró. A nevelőszülők egy része igyekszik kívül maradni a helyzeten (az indok lehet bizonytalanság, szándékos kívülmaradás vagy az édes szülő rejtett, esetleg nyílt tiltakozása a beavatkozással szemben), mások túlságosan szigorúak. A gyerekekkel való kapcsolat minősége hat a házasságra is.

### **Gyász, a közvetlen hozzátartozó halála**

A halálfélelem kialakulása csak a fejlődés bizonyos fokán következik be. Ezt a mozzanatot gyakran szorongás kíséri. A 6-7 éven aluli gyerekek nem értik a halál megfordíthatatlanságát, de rendkívül nyugtalan, ha egy megszokott személy eltűnik a környezetéből.

Döntő különbség, mennyire állt közel a gyermekhez az eltávozott. Általában a gyerekeket és fiatalokat kevésbé rendíti meg maga a halál ténye, kivéve, ha szoros kapcsolatban voltak az illetővel. Természetesen súlyos csapás a szülő vagy a testvér halála.

A *szülő halála* pszichózis jellegű állapotot, mély depressziót idézhet elő a gyermeknél, ha a gyász és a szomorúság feldolgozására nincsenek megfelelő körülmények. A legnagyobb lelki megterhelést a gyász kifejezésének nehézségei jelentik. 100 család vizsgálata, ahol 16 éven aluli gyermek volt, azt mutatta, hogy a gyermekek gyásza egy, sőt két év után is tartott, függetlenül a gyerek korától és nemétől. (D. Black-M. A. Urbanevitz, 1983.) Rendkívüli feldolgozási nehézséget jelent a gyermek számára a szülő öngyilkossága.

A halálesetek alkalmával a felnőttek a legtöbb esetben megkísérik a gyereket távol tartani az eseménytől. Szégyellik saját érzelmi váltságukat, és szeretnék megkímélni a gyerekeket a gyöttrő élménytől.

A tapasztalatok szerint azonban a gyermeknek – ugyanúgy, mint a felnőtteknek – arra van szüksége, hogy érzéseit megfogalmazhassa, lereagálja. Néha évtizedek múlva derül ki, hogy éveken át küszködnek keserves élményeikkel, a feldolgozatlan érzelmek félelmeket, súlyos szorongásokat ébreszthetnek. A hazugság másik súlyos következménye, hogy meginog a gyerek bizalma a felnőttekkel szemben.

5-6 éves kortól kezdve, amikor a gyerek már megérti valamennyire a halál tényét, a halálesettel kapcsolatos érzelmek két forrása:

- Tudatára ébred, hogy *saját élete is véges*, különösen, ha idősebb, iskolás korú, és az a félelem gyötri, hogy meghalhat ő vagy más közeli hozzátartozója.
- *Bűntudat* gyötri, úgy érzi, nem viselkedett megfelelően az illetővel szemben, ha pl. szülőről vagy testvérről van szó, attól retteg, hogy saját viselkedésének szerepe volt az illető halálában.

Hasonló félelmek a felnőttekben is megjelennek, de a felnőtteknek kialakultabb stratégiái vannak a súlyos érzelmi megrázkódtatások, tragédiák elviselésére. A gyerekek ilyen helyzetben komoly támogatást igényelnek.

A gyász képessége és a gyász okozta károsodás természetesen nagymértékben függ a környezet viselkedésétől, érzelmi állapotától. A gyász okozta károsodás akkor enyhíthető, ha a gyereket *bátorítják a gyász kifejezésére*. Erre azonban nem mindig képesek a megrendült szülők. A tapasztalatok tanúsága szerint az özvegyen maradt anyák sebezhetőbbek, mint az apák. (D. Black-M. A. Urbanovitz, 1983.)

Bármilyen súlyos traumát és megrázkódtatást okoz is az egyik szülő halála, az életélmények, normális körülmények esetén, feldolgozhatók, nem okoznak végérvényes rombolást a későbbi lelki működésben.

Külön problémát igényel, ha iskolai osztályokban történik haláleset vagy öngyilkosság. Az öngyilkosság közismerten mintaadó cselekvés, gyakran *utánzás*hoz vezet, különösen olyan közegben, ahol a tagok jól ismerték egymást. Utánzáshoz vezet a tömegkommunikációban látott öngyilkosság is. A szakértők ezért ellenzik az öngyilkosság bemutatását a nagy hatású médiákban.

Az osztálytárs halála vagy öngyilkossága nem maradhat az iskolai osztályban feldolgozatlanul. A felnőtteknek jelentős segítséget kell nyújtani, hogy a gyerekek hangot adjanak érzelmeiknek, halálfélelmek esetleges bűntudatuknak az eseménnyel kapcsolatban. Minden ilyen esemény után fokozottan kell figyelni az osztály alacsonyabb teherbírási tagjainak viselkedését.

## Súlyos betegség, hosszas kórházi tartózkodás

A gyerekeknek más a viszonya a betegséghez is, mint a felnőtteknek. A tizenéves kor előtt a gyermek betegséghez való viszonyát nagymértékben meghatározza, hogyan viselkednek a felnőttek, hogyan viszonyulnak a betegséghez. A kórházak lassan Magyarországon is szakítottak azzal a korábbi hagyománnyal, hogy a szülőt igyekeztek kizárni a gyógyítás folyamatából.

A gyermek betegsége idején a szülő állandó jelenléte és érzelmi támogatása elengedhetetlen. A gyermek, bármennyire látványosan tiltakozik is a fájdalmas és kellemetlen beavatkozások ellen, akkor fogadja el ezek szükségességét, ha a szülő jelenlétével jóváhagyja. Ismeretes, hogy a szülő távollétében a gyerekek hamar felhagynak a tiltakozással (hospitalizálódnak) és látszólag együttműködővé válnak. A valóságban azonban ez az életkedv csökkenését, a reménytelenséget jelenti, amely igen súlyos testi tünetekben is jelentkezhet.

Optimális esetben a 8-10 évnél fiatalabb gyermek mellett a szülő állandóan jelen van a kórházban. Sok egészségügyi intézményben belátták, hogy a szülő nagyon sokat segíthet az ápolás-gondozás feladataiban. Ha ez nem lehetséges, akkor is szükséges minden nap meglátogatni a gyermeket, és az a legmegfelelőbb, ha a szülő jelen van a fájdalmas beavatkozások alkalmával.

Gyakori probléma, hogy a szülőt kétségbeesés és pánik fogja el a gyermek betegsége miatt, ami súlyos esetekben nem csodálható. A gyerekek ugyanakkor a gyógyulás érdekében szüksége van a szülő optimizmusára. Az egészségügyi intézmények egy részében pszichológiai támogatást adnak a hasonló helyzetben levő szülőknek, hogy képesek legyenek felülkerekedni a kétségbeesésen.

Általában véve igaz, hogy a serdülőkor kezdetéig a gyerekekre igen nagy mértékben hat a szülő érzelmi állapota; a nagyobb jelentőségű dolgokkal kapcsolatban, mint például betegség vagy fogyatékosság, mintegy a szülő szemüvegén keresztül látja a dolgokat. Éppen ezért fontos, hogy a szülő megfelelő tudatossággal dolgozza fel magában az eseményeket, mert támasznyújtására rendkívül nagy szükség van a jövő szempontjából.

## Örökbefogadás

Az örökbefogadás – miként a más kérdésfeltevések, pl. öröklődés kapcsán végzett kutatások eredményei tükrözik – kétségkívül a lehető legjobb megoldás a szülői gondoskodást valamilyen okból nélkülöző gyermekek esetében. Mint emberi-lélektani helyzet, azonban sokféle bonyodalommal járhat, amelyek létéről és lehetséges következményei-

ról gyakran nem tud az örökbe fogadó szülő. Bár az esetek igen jelentős részében valódi kötődés és szeretet alakul ki az örökbe fogadó szülők és a gyermek között, a vér szerinti családokhoz képest gyakoribbak a nevelési problémák, (bár pontos statisztikákkal nem rendelkezünk). Ezek okairól és néhány, az örökbefogadás során felmerülő problémáról szeretnénk itt említést tenni.

Az első kritikus probléma a *szülői motivációval* függ össze. Korántsem közömbös, bár igen nehezen azonosítható a kívülálló számára, milyen motívumok vezérlik a szülőt, amikor gyermeket akar örökbe fogadni. Természetesen ma, amikor a gyermekvállalás tudatos tervezés kérdése, a saját gyermek vállalása is sokféle motívumhoz kapcsolódhat, azonban a vérrokonság, minden modern elmélet ellenére, ma is sokat jelent az embereknek, valamint az sem közömbös, hogy a vér szerinti gyermek vállalása gyökeresen más jellegű pszichológiai folyamat, mint annak eldöntése, melyik gyermeket választja ki a pár a felkínáltak közül.

Természetesnek látszik, hogy a vér szerinti gyermeket nem lehet „visszaadni”, ha egészségi problémák vagy maradandó fogyatékoság, esetleg súlyos magatartási zavar jelentkezik, míg örökbe fogadott gyermeknél más lehet a helyzet.

E könyvben több szempontból is igyekeztünk alátámasztani azt, hogy a szülői magatartás minőségét nem egyes résztényezők, hanem azok globális összegződése, egyfajta általános attitűd határozza meg. Ebben pedig döntő szerepet játszik, hogy a gyermeknevelés motívuma a *valódi elköteleződés*, amely elbírja a szükségszerű áldozatokat vagy egy jóval felületesebb motívum.

A következő (természetesen az előzőekkel összefüggő) kérdés az *örökbe adandó gyermek jellemzői*. Kétségtelen, hogy minél fiatalabb egy gyermek, annál kisebb az esélye, hogy az intézetben töltött személytelen környezet miatt sérült. Ugyanakkor számolni kell vele, hogy nem fehér lapként, hanem veleszületett tulajdonságok sorával jött a világra. Ezek pedig nem mindig azonosak azzal, amit az örökbe fogadó szülő elképzelt magának.

A szülők gyakran jó szándékkal telve, de tökéletesen képzetlenül és felkészítetlenül vágnak bele a gyerek nevelésébe. A problémát ismerő szakemberek évek óta azon az állásponton vannak, hogy az örökbefogadás után a szülőknek évekig szükségük volna a *folyamatos pszichológiai segítségre*. Ennek azonban jelenleg nincsenek meg az intézményi feltételei, és a szülők gyakran el is hárítják a lehetőséget, amely mindig gyerekük rendellenes státusára emlékezteti őket.

Mint a korábbi fejezetekben láttuk, vitatható, hogy a korai sérülések okoznak-e életre szóló károsodást, de az életének csupán első évét is intézetben töltött gyermekek viselkedése gyakran eltér a családban nevelkedettektől. Az örökbe fogadó szülőnek azonban nincse-

nek ilyen irányú tapasztalatai. Mint láthattuk, az anya és gyermeke közötti interakció körkörös folyamat, és bármely fél nem megfelelő viselkedése esetén zavart szenvedhet. Az intézetben nevelkedett csecsemő kezdetben másként reagálhat az anya, illetve a szülők bármily szeretetteljes közeledésére és a megfelelő válasz hiánya következtében sérülhet az anya beállítódása. Ezek a finom hétköznapi interakciók ama szférájában zajlanak, amely a szülők számára voltaképpen nem is tudatos, és amely a kívülálló számára is nehezen megfigyelhető, ugyanakkor hatással lehet a későbbi kapcsolatra.

Az emberek többsége – részben éppen a korai sérüléssel kapcsolatos ismeretek miatt – lehetőleg kicsi, 1/2-3 éves gyermeket szeretne örökbe fogadni, és ez volna természetesen a gyermekek érdeke is, azonban a hazai törvények ezt rendkívüli mértékben megnehezítik. (Veckó, 1990.) A hazai családjog mind a mai napig érdemtelenység esetén is a vér szerinti szülők jogait védi, a szakemberek és a közvélemény minden tiltakozása ellenére.

Az intézeti tartózkodás nyomai annál feltűnőbbek, minél több időt töltött ott a gyermek. A két-három éves gyermekek gyakran szinte gépiesen viselkednek, az önellátás magas fokára jutnak, egyedül öltöznek, rendezkednek. Ugyanakkor a beszédkésztség, szókincs, ismeretek tekintetében a tökéletesen ép értelmű gyermekek is bizonyos fokig hátrányban lehetnek a családban nevelkedettekhez képest. Feltűnő tapasztalat, amelyről a szülők gyakran beszámolnak, hogy a gyerekek – sokkal kevesebbet sír és panaszodik, mint a családban nevelkedett társai, nem kér segítséget például éjszakai rosszullét esetén. Az is gyakran előfordul, hogy visszaesik a szobatisztaság vagy egyéb intézetben tanult készség tekintetében.

Mindezek kétségkívül a *sérülés tünetei*, de hosszú távon csak akkor jelentenek veszélyt, ha a szülő nincs tudatában rendhagyó voltuknak és nem törekszik a *korrekcióra*, amelyhez feltétlenül szükség van a szakember segítségére. Azt is tudomásul kell venni, hogy ezek a traumák csak évek gondos és türelmes bánásmódjával korrigálhatóak.

Az örökbefogadás nehéz kérdései közé tartozik, megtudhatja-e a gyermek, hogy szülei *nem az igazi szülei*. Az örökbefogadottság teljes mértékű eltitkolása a tapasztalatok szerint szinte soha nem sikerül, még azokban az esetekben sem, amikor a szülők rendkívüli erőfeszítéseket tesznek. Ismert dolog, hogy a fiatalokat serdülőkorukban egyre nagyobb mértékben foglalkoztatja saját származásuk és identitásuk, és a tapasztalatok szerint rendkívüli traumák okozója lehet, ha váratlanul ekkor jut tudomásukra, hogy szüleik nem az „igaziak”. (Gáti, 1980). Ezért évtizedeken át az volt a gyermekvédő szakemberek és pszichológusok tanácsa, hogy a gyermeknek mindenképpen tudnia kell az igazat.

Ugyanakkor gyakran tapasztalható, hogy a gyerekek énejlődésük bizonyos korszakában, általában 6-7 éves koruk közül háritani kezdik maguktól az igazságot, mint-egy „nem hiszik el”, hogy nem vér szerinti szüleik nevelik őket. Ha nem is tanácsolhatjuk a hazugságot, minden bizonnyal hibás dolog külön hangsúlyozni és állandóan evidenciában tartani, hogy a gyermeket más hozta a világra. Egy bizonyos életkoron alul a gyermek nem tudja feldolgozni ezt a tényt, mint ahogy még sokáig nem lehet elvárni tőle, amikor már világosan tudatában van az igazságnak, hogy toleráns legyen az őt elhagyó szülő iránt.

Mindent összevetve tehát az örökbefogadás az esetek többségében *nagyobb szülői áldozatokat* kíván, mint a saját gyermek, ám így van rá a legtöbb remény, hogy igazi gyermekévé válik a szülőnek, aki felnevelte. Bármilyen jó szándékú és mélyen motivált ugyanakkor a szülő, ha a gyermek az örökbefogadásakor idősebb volt 6-7 hónaposnál, feltétlenül szükséges, hogy a kezdeti időszakban pszichológiai támogatást kapjon.

## **A serdülőkor nevelési problémái**

Mint a gyermek- és fejlődéslélektan számos más problémájára, arra a tényre is a pszichoanalízis hívta fel a figyelmet, hogy a serdülőkor *válságkorszaknak* tekinthető. Antropológiai kutatások azonban arra a következtetésre jutottak, hogy a serdülőkor elsősorban az ipari társadalomban kritikus korszak.

Vikár György (1980), neves pszichoanalitikus és terapeuta, aki évtizedeken át foglalkozott fiatalok problémáival, írja, hogy a szépirodalom, az emlékezés valamiféle aranyló fénnel, édeskés nosztalgiával vonja be az ifjúkor emlékeit. Maga a fiatal azonban – akár a később nosztalgiával emlékező – egészen másképp éli meg a dolgokat. Az ő számára a serdülőkor éveit küzdelmekkel, csalódásoktól tűzdelt, gyakran keserves évek. A serdülőkort gyakran kísérik olyan jelenségek, amelyek más életkorokban kórosnak számítanak, ám többségük jelentősen enyhül, vagy el is múlik a serdülőkor lezajlása után. E jelenségek lehetnek testi tünetek – átmeneti magas vérnyomás, fejfájás, ideges panaszok vagy kifejezetten lelki problémák: búskomorság, befelé fordulás, kirobbanó agresszivitás, depresszív hangulatok.

A serdülőkor válságjellegét, több más történeti-társadalmi körülmény mellett, az iparosodott társadalmakban a *biológiai és a szociális érés szétválása* okozta.

A XIX. századtól kezdve a tankötelezettség bevezetése és a modern, tömegeket befogadó iskolarendszer kialakulása szabta meg az

életkori határokat. Bár a fiatalok néhány nemzedékkel ezelőtt valamivel később értek, mint a maiak, a felnőtttség szociális határa (melyet a saját egzisztencia, független lakás, állandó társ választása szab meg), a középosztály körében egyre későbbre tolódott. Napjainkra ez a folyamat még szélsőségesebbé vált. Az iskolák elvégzése szinte minden európai országban 18-20 éves korig vagy még tovább tart. Ennek okai között szerepel a modern ipari társadalmak csökkenő munkaerőigénye és a mindennapi élethez és munkához szükséges információk mennyiségének rendkívüli megnövekedése. Az Egyesült Államokban nem számít különleges ritkaságnak, ha valaki csak húszas éveit vége felé fejezi be egyetemi tanulmányait.

A bevezetőben és a nevelés értékeivel kapcsolatosan említést tettünk azokról a kedvezőtlen társadalmi folyamatokról, amelyek hozzájárulnak a serdülőkor válságkorszak jellegéhez. Ezek egyike az Európában (és ma már nálunk is) a nyolcvanas évek közepe táján kezdődött gazdasági regresszió kapcsán létrejött *ifjúsági munkanélküliség*, amelynek egyik következménye, hogy a fiatalok jelentős része iskolái befejezése után nem tud munkába állni. Voltaképpen fel sem lehet sorolni az így kialakuló emberi és erkölcsi problémák sokaságát, a kockázatok sokféleségét, amelyek az önálló életkezdés, a felnőtté válás e fontos momentumát, az első munkába állást, a bizonytalan jövőbe helyezik át.

Kutatások eredményei szerint, a 15-20 éves korosztálynak mintegy 30 %-a küszködik súlyosabb vagy enyhébb negatív lelkiállapottal, pszichés diszstresszel. E csoportban a fiúknál jóval nagyobb arányban fordultak elő a lányok, míg a fiúknál a normaszegő, disszociális magatartás a gyakori.

A diszstresszel terhelt csoportnak szignifikánsan rosszabb véleménye volt családjáról, neveltsége körülményeiről és az otthonról kapott támogatásról, mint a kontrollcsoportnak. Az eredmények nem igazolták, hogy az egyszülős családban nevelkedő gyermekek nagyobb arányban fordultak volna elő a pszichés zavarral küszködők között, de az utóbbiak nagy részénél még az az egyetlen stabil gyermekkori felnőttfigura is hiányzott, akinek jelenléte nagymértékben csökkenti a pszichés zavarok előfordulásának arányát. (Csorba-Huszár, 1991.)

A serdülőkori tünetképződés azonban – minden kor- és társadalmi kötöttség ellenére – korántsem előzmények nélküli. Az integrálatlan, valódi kötődések nélküli családban nevelkedett fiatalok személyisége, önértékelése sérült és bizonytalan. Am gyakran mindennek akkor kezdenek látható jelei mutatkozni, amikor már önálló döntésekre képes.



**A PSZICHIKUS KÁROSODÁS TÜNETEI 6-12 ÉVES  
KORBAN**

**(Forrás: Murányi-Kovács Endréné-Kabainé Huszka Antónia: A gyermekkori és a serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája. Ttk. Bp. 1988. 109-111.)**

A személyiségzavar tünetei és az őket előidéző okok közötti egyértelmű, specifikus összefüggés – a hospitalizációt kivéve – nem mutatható ki. Jóllehet vannak olyan kapcsolódások, melyek gyakrabban fordulnak elő, mint mások – például az éjszakai bevizelést okozó ártalmak között igen nagy százalékban találjuk meg a testvérféltékenységet -, de nem állítható, hogy meghatározott milióártalmak minden esetben meghatározott tüneteket hívnak elő. Sőt, széles körű tapasztalatok bizonyítják, hogy a *legkülönbélebb biológiai és környezeti ártalmak azonos tünetekben nyilvánulhatnak meg, és azonos ártalmak különféle tüneteket hoznak létre*. A gyermek idegrendszeri tulajdonságai, szomatikus állapota, élettörténete, életkora és aktuális pszichoszociális helyzete *együttesen* alakítja ki a kóros pszichikus reakciókat.

A következő oldalakon a környezeti ártalmak okozta személyiségfejlődési zavarok tüneteivel foglalkozunk az alábbi csoportosításban:

- Fejlődési retardációk;
- Neurotikus megnyilvánulások;
- Minimális cerebrális diszfunkció (MCD).

A gyermekkorban a jól körvonalazott, „klasszikus” neurózis-kórformákkal mint például a hisztériás, a kényszeres vagy a szorongásos neurózisokkal, illetve azoknak összefüggő tünetrendszerével viszonylag kis százalékban találkozunk. A pubertásig inkább csak *egyes izolált tünetek* lépnek fel, s ezért ezeket nem neurózisoknak, hanem *neurotikus megnyilvánulásoknak* nevezzük.

„... gyermekkorban – írja BRUNECKER GYÖRGYI – a neurotikus magatartásreakciók viszonylag sokkal gyakoribbak, mint a valódi neurózisok, ezért az utóbbiak differenciálása különösen hangsúlyos feladat” (BÖSZÖRMÉNYI Z. – BRUNECKER GY., 1979., 254. 1.)

## Fejlődési retardációk

A hospitalizáció egyik jellegzetes tüneteként tárgyaltuk a csecsemő szomatikus retardációját: *a lassú növekedést, az elégtelen súlygyarapodást és a mozgáskoordinációnak az életkorhoz viszonyított fejletlenségét.*

Számos érzelmileg elhanyagolt, szorongó, depresszív gyermeknél e tünetek a kisgyermekkoron túl is fennmaradnak. Óvodás- és iskoláskorban továbbra is alacsony növésűek, soványak, sápadtak, fáradékonyak. Mozgásuk vontatott, lassú vagy ellenkezőleg, túlságosan gyors, de kapkodó, célszerűtlen, koordinálatlan. E gyermekek általában gyenge izomerővel rendelkeznek, testmozgásuk és manipulációjuk ügyetlen. Hatéves korukra rajz- és íráskészségük nem éri el az iskolába lépéshez szükséges átlagszínvonalat, s emiatt iskolaéretlenek. Az átlagosnál később pubertálnak.

A *beszédzavarok*, azaz a *kiejtés zavarai* (pöszeség, selypesség, raccsolás), a *beszédritmus zavarai* (dadogás, akadozás, hadarás) és a *késedelmes beszédfejlődés* számos esetben a gyermek *motoros (mozgásszervi) fejletlenségéből* erednek.

„Tudjuk, hogy a beszéd a legfinomabban összerendezett mozgás, nyilvánvaló tehát, hogy a mozgás tökéletlensége más téren is megnyilvánul. Számos – elsősorban pösze, hadaró és dadogó gyerekeken végzett – vizsgálat eredménye bizonyítja, hogy általános mozgásfejlettségük elmarad az életkornak megfelelő szinttől” – írja MÉREI FERENCNÉ (1970, 37. l.).

Környezeti ártalmak következtében beszédhiba keletkezhet azoknál a gyermekeknél is, akiknél a mozgásos fejletlenség esete nem áll fenn. A beszédzavarok megjelenési formái igen különbözőek, eredetük, hátterük összetett, bonyolult, gyakran együtt járnak neurotikus megnyilvánulásokkal. Etiológiájuk, tünettanuk, terápiájuk a gyógypedagógia speciális ágának, a *logopédiának* tárgya. (A Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskolán a logopédiának nagy hagyományokkal rendelkező tanszéke van.)

A *dadogás* kialakulásában például az emocionális bizonytalanság, a mellőzöttség érzése, a szorongás, az alkati görcshajlam mellett az *ijedtségélmény* is szerepet játszhat. GEREBENNÉ VÁRBÍRÓ KATALIN és LÁNYINÉ ENGELMAYER ÁGNES (1968) vizsgálati eredményei szerint:

„...azoknál a gyermekeknél, ahol különösen a beszédállapot vonalán familiárisan már eleve kimutatható bizonyos biológiai eltérés, az ijedtségélmény dadogásban manifesztálódhat” (101. l.)

Nem ritka, hogy a szomatikus retardáció együtt jár az értelmi fejlődés kisebb-nagyobb retardációjával, de legalábbis *infantilis viselkedési formákkal*. A magatartási infantilizmus többnyire *másodlagos jelenség: a testi fejlődésben visszamaradt gyermek negatív élményeiből*

*fakad.* Az elszenvedett teljesítménykudarok, az interperszonális kapcsolatokban átélt megaláztatások és az erősebbekkel szembeni kiszolgáltatott helyzete a gyermek önértékelését és önbizalmát egyre csökkenti: e frusztrációra adott védekező reakciója a regresszió.

Ugyanezekre a pszichikus sérülésekre más gyermekek *disszociális* reakciókkal válaszolnak. A bűncselekményeket elkövető fiataalkorú galeritagok között, a rendkívüli testi erejükkel imponáló fiúk mellett, megtalálhatók az alacsony növésű, gyenge testalkatú, fejletlen serdülők is.

A szomatikus retardációk illusztrálására két állami gondozott gyermek pszichológiai vizsgálati leletéből közlünk példákat.

„*B. J. hétéves, 1. osztályos fiú.* Négyéves kora óta állami gondozott.

*Az idegszakorvosi vizsgálat szerint* gyengén fejlett és táplált, koránál két évvel fiatalabbnak látszó gyermek. Nagyon infantilis, félénk, negativisztikus. Neurológiailag kóros eltérés nincs.

*A pszichológiai vizsgálat alapján értelmileg kissé retardált,* de nem értelmi fogyatékos. Zárkózott, igen gátlásos, emiatt nem végez el sok beszédteljesítményhez kötött feladatot. Konstruktív készsége viszont jó.

Amikor a vizsgálatok során – pillanatokra bár – de feloldódott, s sikerekre rövid ideig tartó örömmel reagált.

Feltehetően egy személyhez való nagyon szoros érzelmi, anyapótló kötődéssel rendezhető leginkább a gyermek igen súlyos gátlásossága. *Javasoljuk, hogy nevelőszülőkhöz helyezték ki.*”

„*Cs. F. 14 éves fiú, 6. osztályos.* A pszichológiai vizsgálatot a nevelőotthonok a gyerek sorozatos szökései és lopásai miatt kérte.

*Az orvosi vizsgálat szerint* gyengén fejlett, a másodlagos nemi jellegek kialakulása még nem indult meg. Belső szervek lelet negatív, organikus neurológiai eltérés nem észlelhető. Vegetatív labilitás.

*A pszichológiai vizsgálat szerint* a gyermek viselkedésmódja korához viszonyítva nagyon infantilis. Értelmi színvonala igen gyenge. Új helyzetben, új feladatok előtt megtorpan, siker esetén a teljesítményei erősen javulnak. Időszakos pőszesség: s-sz, c-cs tévesztés – ez valószínűleg régebbi beszédhiba időnkénti visszatérése. Időnként akadozva beszél.

Kötődési-érzelmi igényeiben is infantilis, kapcsolatra éhes gyerek. Családtagjai közül nagyanyjához kötődik a legerősebben.

Szökéseit éretlensége s a pillanatnyi vágyak fékezésének képtelensége motíválja.

Jelenleg nem bűnöző, hanem cselekedeteit és a következményeket mérlegelni nem tudó, fejlődésében elmaradott *gyerek*.

Mivel mind testi, mind értelmi és érzelmi fejlődésben nagyon infantilis, *ajánlatos lenne, ha nem túlkoros otthonban nyerne elhelyezést, hanem olyan intézetben, ahol gyermekéletem élhetne.*”

Az értelmi fejlődés retardációját (retardatio mentalis), a *lassúbb pszichés fejlődést* (SZABÓ P., 1970) el kell határolni az értelmi fogyatékoságtól: nem agyi sérülés, hanem környezeti ártalom következménye, kedvező esetben, „visszafordítható” folyamat. HERMANN A., (1967) óvodásotthonokban folytatott figyelemre méltó vizsgálata is alátámasztja a reverzibilitás hipotézisét.

A *gyermek fejlődésének szűk köre és gyengesége* a retardáció legbiztosabb jele. Az érdektelenséget rendszerint már csecsemő- és kisgyermekkorából hozza magával a sérült gyermek. Ha új környezete nem nyújt intenzív, eleven szeretetet, és ha nem sikerül óvodáskorában az elmélyült, „komoly” játékba bevonni, úgy érdeklődése a világ iránt könnyörtelen szabályszerűséggel tovább csökken: elsődleges fiziológiás ösztönszükségletein kívül eső jelenségek nem felszólító jellegűek számára.

## **ISKOLAFÓBIA**

**(Forrás: Nemes Livia: A bennünk élő gyermek, FILUM K. 2000. 425-430.)**

Az előző fejezetben láttuk, hogy a pszichoszomatikus reakciók a magatartási zavarok pótlásai, és a legkisebb szervi ellenállás helyén (*Freud, 1905b*) lépnek fel. Láttuk továbbá, hogy a szervi tünet – pl. enuresis, fejfájás, tik – további belső küzdelemmel jár, a gyermek passzív szenvedője lesz valamely zavarnak, amelyen újból aktív cselekvéssel próbál úrrá lenni. A szervi készenlét és aktívvá változtató mechanizmusok teszik lehetővé a pszichés és szomatikus tünetváltást. Éppen ezért fontos, hogy a gyermekorvos, aki kezelt betegeinek hosszmetzeti fejlődését éveken keresztül követi, ezeket a mechanizmusokat is követni tudja. Fontos továbbá, hogy a pszichológiai kezelés alatt álló gyermek bajait egymástól ne elszigetelten, hanem egymással összefüggésben tekintsék.

A pszichés és szomatikus tünetek váltakozása vizsgálati anyagunk szempontjából azért is lényeges, mert mint láttuk, az általános iskolának mind a nyolc osztályában a kitűnő tanulók szignifikánsan többet hiányoznak jelesen tanuló társaiknál. Eddig azt tételeztük fel, hogy betegség miatt hiányoznak többet. Lehetséges azonban az is, hogy a gyermek szorongása miatt nem megy iskolába, vagy szorongása következtében valamely múltó rossz közérzetét felnagyítja, felszökik a láza, vagy éppen a szülői aggodalom segíti hozzá az otthon maradáshoz, az iskola elkerüléséhez. Röviden: a gyakori hiányzások mögött iskolafóbia húzódhat meg. Ilyen értelemben tehát a gyakori hiányzást, az iskoláskorban kezdődő neurotikus funkciózavarokat és pszichoszomatikus reakciókat rejtett iskolafóbiának nevezhetjük, illetve a tünetek mögött meghúzódó neurotikus struktúra az iskolai szorongással függ össze.

Ezt a feltevést a szűkebb értelemben vett iskolafóbia tüzetesebb vizsgálatával próbálom alátámasztani. Az idézett amerikai kutatók (*Coolidge* és munkatársai) szintén tág értelemben vizsgálják az iskolafóbiát, ilyen értelemben beszélnek az óvodásgyermek „iskola”-fóbiájáról is, ha a gyermek képtelen megmaradni az óvodában. Az iskolafóbia lényege ugyanis az, hogy a gyermek szorongási rohamot kap, pánikba esik, ha az iskolában (óvodában) szülői felügyelet nélkül

marad. Ha ezt a helyzetet elkerüli, akkor látszólag semmi baja sincs. A fóbia lényegéhez tartozik, hogy a tárgy nélküli szorongások egy tárgyban vagy helyzetben sűrűsödnek, minden más tárgyat és helyzetet helyettesítenek. Ez a helyettesítés, áttolás, sűrítés azzal az előnnyel jár, hogy leszűkíti az elkerülendő helyzeteket, és a szabadon lebegő szorongást a tárgyhoz köti. Ha az ilyen tárgyat vagy helyzetet sikerül elkerülni, akkor a fóbiás gyermek vagy felnőtt tünetmentes, „normális” marad.

„A személyiség fejlődése...” című fejezetben láttuk, hogy a szorongások eltolhatók, helyettesíthetők. A fóbiában koncentrálódó tipikus kisgyermekkorú félelem – pl. farkastól – nem egyéb, mint ilyen eltolás, kifejezése mindannak, amitől a gyermek irreális fantáziái és gyenge, fejletlen énje következtében visszariad. A kisgyermekkorú fóbia a fejlődés természetes velejárója: szinte alig van gyermek, aki ne kerülne fóbiásan bizonyos állatokat (pl. bogár, kígyó, kutya, macska stb.) – leggyakrabban attól függően, hogy a környezet milyen mintákat nyújt ehhez. Elszigetelt fóbiák ugyanis gyakran a felnőttkorig is megmaradhatnak vagy újból előtörnek, amikor a szülő gyermekében újraéli gyermekkorú fantáziáit.

Rendelői tapasztalat szerint kifejezett iskolafóbia inkább a latenciakor végén, a prepubertásban bontakozik ki. Előzményei azonban visszanyúlnak az óvodás vagy bölcsődés időkre is, amelyek mind a „szeparációs szorongás”, az anyától való elszakadás folytán jönnek létre. Kezdetben átmeneti, természetes állapotok ezek, hiszen minden kisgyermek idegenkedik az új környezettől, s bizonyos ideig eltart, amíg hozzászokik. Fóbiás félelemnek csak akkor tarthatjuk kisebb korban, ha a gyermekből kisebb változásokra is – pl. új óvónő, átkerülés a nagycsoportba stb. – heves szorongások törnek elő. Az elszakadás szempontjából kritikus az iskolába lépés, majd az ötödik osztály. Az iskola kezdetén még természetesnek mondható, hogy a kisiskolás szorong. Az iskolai élethez kb. fél év – egy év alatt tanul meg alkalmazkodni. A szeretett tanítónő pótolni tudja a jó szülőt és óvónőt. Az ötödik osztályban ismét új helyzet áll elő, itt a tanár és a diák közötti kapcsolatok már személytelenebbek. De míg az óvodás gyermek és a kisiskolás szorongásai a fejlődés természetes velejárói, az ötödik osztályban felerősödő szorongás már regresszív jellegű, s a neurozissá strukturálódó betegségnek a megelőző események a kórelőzményei.

Mindez azt jelenti, hogy igaz a feltevésünk, miszerint bizonyos elszigetelt tünetek jelezhetnek egy később kifejezett neurozissá szerveződő bajt. Az elszigetelt tünetek a fejlődéssel elmúlhatnak, a gyermek túlfejlődheti azokat. De ha ez nem sikerül, mint az iskolafóbia esetében, akkor a tünet már nem a fejlődést megzavaró neurotikus konfliktus kifejezése, hanem az idők folyamán a személyiségbe ágyazott,

kifejezetten neurotikus megbetegedés kezdete. Az iskolafóbia – mint az iskoláskori fóbiák leggyakoribb változata – nem az iskolába lépés kezdetén szerveződik teljesen kifejlett kórképpé, hanem a latencia végén vagy még később. A kényszerneurózis is rendkívül ritka a latenciakorban, kibontakozása legkorábban a prepu-bertás idejére tehető. A két neurózis-forma egyébként összefügg. *Freud* a fóbiát még a szorongásos hisztériához sorolta (1909), későbbi kutatások (pl. *Coolidge*, i. m., *Bornstein*, 1949; *Schurmann*, 1949; *Göllnitz*, 1970) inkább kényszerneurózisnak vagy a kényszer és a hisztéria közötti kórformának tartják. Ugyanakkor leírják, hogy az iskolafóbia és bizonyos pszicho-szomatikus betegségek – pl. colitis, asztma – alternálnak. A betegség általában jó menedék arra, hogy ne kelljen iskolába menni. A gyermek félelmével önmaga féltése is együtt jár, úgyhogy néha kifejezetten hipochondriás tünetek is megfigyelhetők, különösen, ha a gyermeket iskolába próbálják kényszeríteni.

András 10 éves, sohasem szeretett iskolába járni, tanítói koránál infantilisabbnak tartották. Nem jól tanul, intellektuálisan egyenlőtlen, teljesíteni nehezen tud, IQ-ja a Binet-teszt szerint 108, amit azonban úgy ér el, hogy a 10 évesek próbáit mind megoldja, a 9 évesekét alig, s a 10-12 évesek próbáiból ismét néhányat. – Fóbiájának kezdete, hogy egyik osztálytársa a téren játék közben véletlenül eltalálta egy kővel. A kő halántéka közelében érte. Ekkor nem nagyon ijedt meg, de félni kezdett a hegyes tárgyaktól. A félelem minden szűrő tárgyra, pl. a tűre is átterjedt. Ha meglátott egy gombostűt, attól kezdett félni, hogy lenyeli. Hasonló félelme apjának is volt, aki a gyermeket pici kora óta óvta a tűtől, ollótól, mint veszélyes tárgyaktól. A gyermek nemcsak a tűtől félt, hanem akkor is félelem fogta el, hogy baj éri, ha a hegyes dolgokra (kő, tű, kés) csupán rá gondolt. Ilyenkor valamiféle rituális mozgást kellett végeznie, pl. visszafordulni és újra megtenni ugyanazokat a lépéseket, ezúttal vigyázva arra, hogy a rossz gondolatok nélkül tegye meg. Mindezen elhatalmasodó folyamat közben szorongásos rohamok léptek fel nála már az iskola gondolatára is: ott majd nem tud vigyázni magára, érzi, hogy újból el fogják kővel találni. A rossz gondolatokat és az elhárításukra tett visszavarázsló lépéseket ő maga is „babonaságnak” nevezte. Kezelése kezdetén az iskolafóbia és a kényszerneurózis átmenetét mutatta.

A fóbia néha elszigetelt marad, a gyermeknek semmi baja, vidám, bátor, nem fél semmitől – kivéve, ha iskolába kell mennie. Gyuri iskolafóbiája 11 éves korában kezdődött. A hatodik osztály elején hirtelen nem tudott az iskolában megmaradni, haza kellett szaladnia az édesanyjához. Visszavitték az iskolába, másnap a jelenet már a kapuban megismétlődött, harmadnap már az iskola gondolata is szorongással töltötte el. Azóta évek óta magántanuló. Év elején néha megpróbál iskolába menni, majd otthon marad. Vizsgái jelesre sikerülnek,

magatartásával semmi probléma, egyébként vidám, bátor, sőt vakmerő. Olyan barátokat választ, akiknek parancsolhat. Inkább kisebb fiúkkal, gyengébbekkel barátkozik. Őket csúfolja, gúnyolja, dirigálja. Tele van az iskoláról szóló vidám történetekkel, amelyeknek az a lényege, hogy kigúnyolják a tanárt, túljárnak az eszén. Az iskolában csendes, rendes, jó tanuló fiú volt, ezekről a félig kitalált történetekről a tanárok mit sem tudtak, a gyermek jó modora, jó tanulása elfedte szorongásait, de a gúnyolódó fantáziákat is.

Az iskolafóbiának a felszínen nem volt előzménye. Története azonban az óvodáskorig visszanyúlt. Gyuriék olyan helyen laktak, ahol a kerítés az óvodával érintkezett. Ide járt Gyuri óvodába, amikor kedve volt. Amikor nem volt kedve, valami csínytet követett el, vagy délutáni alvás következett, akkor átbújt a kerítésen és nem ment vissza. Egész óvodás ideje alatt nem lehetett elérni, hogy az egész napot az óvodában töltsse, mint a többi gyermek. Az iskola első éve viszonylag simán ment. A másodikban napközibe adták, és éppen azért, hogy anyjához közel legyen, nem a körzeti iskolába, hanem az anya munkahelyéhez közel eső iskolába. Innen a 7 éves fiú megszökött, hazagyalogolt a város másik végéből, és soha többet nem lehetett napközibe kényszeríteni. Gyuri nagyon anyás, egy szobában alszik anyjával még 11 éves kora után is, ha az apja távol van, annak ágyában. A gyermek ugyan nappal sohasem mutat félelmet, de este az ágyba játék-pisztolyt, tört, konyhakést visz – a betörők ellen. Nappal ő a krimihős, az indián, a rabló. Este ellenük védekeznek – éjszaka tele van szorongásos álmokkal. Ilyenkor felriad és meg kell fognia anyja kezét. Még 11 éves korában is nyíltan mesél arról, hogy anyját szeretné feleségül venni. Az apának már régóta nem tetszett a kisfiú „anyás természete”, javaslatára Gyurit megpróbálták nyári táborba adni. Ebben a táborban régi ismerősök voltak, és a hely sem volt idegen, előző évben Gyuri nagymamájával nyaralt ott. Mégis, a távollét harmadik napján kitört rajta a honvágy, megpróbált hazaszökni, de megakadályozták. Hét végén a látogatóba érkező szülők teljesen összeomlott gyermekeket találtak. Az ezt követő ősszel történt, hogy a gyermek az iskolában nem tudott megmaradni, és azóta magánúton végzi az iskolát.

Anamnéziséből kiderül, hogy gyakori hurutos megbetegedései miatt állandó orvosi kezelés alatt áll, megelőzésként főként penicillin injekciókat kap.

Nagyon fél az orvostól, főként az injekciótól, ehhez fűződő félelme, hogy hátulról beledöfnek egy hegyes szerszámmal. Ha iskolába próbálják kényszeríteni, megbetegszik, fáj a feje, hányingere van. A betegségek növelik félelmét, hypochondriásan fél minden betegségtől, amiről hall vagy olvas (pl. a kolerától). Nemcsak önmagát félti, hanem anyját is. Nemcsak azért kell hazaszaladnia az iskolából, mert



a bezártság érzését nem bírja, „elfogja a menekülési ösztön”, ahogy nevezi, hanem azért is, mert ha nem megy haza, anyjának valami baja lesz, meghal.

A mágikus fantáziavilágban összefonódnak a hipochondriás önfeltételek, a halálfantáziák és menekülési kényszer a zárt helyektől (pl. mozitól is). A bezártságtól azért is kell félnie, mert a krimikkel átszótt fantáziái és a valóságban elkövetett csínyjei miatt állandóan úgy véli, hogy üldözik, és be fogják zárni. A bezárás félelmét növeli az időnként elhangzó szülői fenyegetés – intézetbe adják, és a fenyegetésnek átélt orvosi javaslat -, kórházi kivizsgálásra kell befektetni.

A két vázolt kórképhez hasonló Pálnak a későbbiekben leírt esete is. Mindhármuk betegsége szerkezete és családi miliója megegyezik *Coolidge* és munkatársai több mint 50 esetének megfigyelésével. A kórképekből kiemelhető a gyermekek túlburjánzó mágikus fantáziája, amelyekben a vágyak és a szadista elemek egyenértékűek a cselekvéssel. Nem szabad bizonyos dolgokat gondolni, mert bekövetkeznek, és ártó hatással lesznek saját magukra és környezetükre. Ezek a gondolatok azonban makacsul továbbterjednek és ugyanilyen makacsul egyre kiterjedtebb elkerüléseket eredményeznek. Végül a gyermek önmaga már nem tudja megvédeni magát, csak az anya jelenléte védi meg, távollétében a fantáziák felerősödnek, halálfantáziák lesznek és ráterjednek a szülőkre is.

*Coolidge* és munkatársai a következő szülői magatartással magyarázzák az iskolafóbiás gyermek neurózisát, amely magatartás saját eseteinket is jellemzi. A szülők úgy erősítik a gyermekben a mágikus mindenhatóságot, hogy minden kívánságát teljesítik. Az anya rendszerint jobb anya szeretne lenni, mint az övé volt, nem akarja a gyermeket frusztrálni. Ilyen ideális körülményeket azonban nem lehet teremteni, a gyermek néha kielégítetlen, dühös kell legyen. Az anyában ez büntudatot kelt, még inkább lesi gyermeke gondolatait és mindenható kíván lenni ő maga is. A gyermekben a továbbiakban szilárd, állhatatos vágy fejlődik ki, hogy csak ő „birtokolja” az anyját, és ugyanakkor az anya abban látja élete értelmét, hogy gyermekét óvja. Ezáltal a gyermekben olyan érzés fejlődik ki, hogy hatalma van az anyja felett, elvárja, hogy minden kívánságát teljesítse, mindig készenlétben álljon a számára. Az anya számára mindez természetesen egyre terhesebbé válik, de ambivalenciája elnyomja spontaneitását, és marad helyette a kétségbeesett erőlködés, hogy „tökéletes” anya legyen. A fegyelmező szerep idegen tőle. Ha a gyermek nem engedelmeskedik neki, érvekkel, könyörgéssel próbálja engedelmességre bírni. Halk szavával, könyörgésével büntudatot kelt a gyermekben.

Nehezíti a helyzetet, ha nincs a szülők között összhang. Ha az apa büntetni akar, akkor az anya úgy kel a gyermek védelmére, mint ha a gyermek áldozat volna. Ezek az élmények az anyában és gyerme-

kében együtt hatva a szorosabb összetartozás érzését erősítik. A nézeteltérések természetesen hatástalanná teszik a másik szülő nevelési kísérleteit, és a gyermeket is megzavarják. Hasonló helyzet alakul ki, ha mindkét szülő túlzott aggodalmaskodásával verseng a gyermek védelméért, és kölcsönösen szemére hányják egymásnak, ha a másik túl követelő vagy türelmetlen volt.

A leírt három iskolafóbiás gyermek késői házasságból származik, mindnyájan egykék. A szülők között főként a gyermeknevelés terén mutatkozó tehetetlenségük miatt dúl a harc. Mindhárom anyára az jellemző, hogy „tökéletes” anyák szerettek volna lenni, és saját omnipotens mágikus törekvéseik miatt mondtak csődöt.

Az iskolafóbia kórképébe nem tartozik bele a prepubertás kezdetén kifejlődő iskolakerülés, csavargás, pedig hasonlóság is van közöttük, hiszen az iskolafóbiában szenvedő gyermek végül is „iskolát kerül”. De a környezeti háttér szempontjából polárisan különböznek. A csavargó gyermek szülei sohasem túl törődőek, gyermeküket elhanyagolják, sőt néha diszkrimináltan kezelik. Mégis, érdemes volna megvizsgálni, hogy vajon az iskolakerülés rejtett motivációi között nem gyakoribb-e az iskolától való szorongás, mint ahogyan ezt a felszínen észleljük.

**MAGATARTÁSI ÉS BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK**

**(Forrás: Vajda Zsuzsanna: Nevelés, pszichológia, kultúra. Dinasztia K. 1994. 194-206.)**

A nevelési nehézségek leggyakrabban – a szakember segítségét igénylő esetek 70 %-a – magatartási zavarból erednek.

Már a fejezet bevezetőjében is utaltam rá, hogy meglehetősen szubjektív annak megítélése, ki mit tart magatartási zavarnak, és bonyolult feladat az egyes magatartási zavarok elkülönítése, csoportosítása is. Az ismertetendő három csoport tagjai egymást több ponton is átfedik. Az ok könnyen belátható: a magatartási zavar vezető tünete mindig az *alkalmazkodás*, a családba vagy az iskolai közösségbe való beilleszkedés *nehézsége*.

Bármilyen is a zavar eredete és oka, a különféle tünetek láncszerűen kapcsolódnak össze. A szembeszegülő magatartással gyermekkorban szükségképpen együtt járó büntudat és szorongás nyugtalansághoz, túlmozgásossághoz, a koncentráció zavarához vezet, majd a láncolat további tagja a teljesítményzavar. A valamilyen alkati okból vagy esetleg traumatizáló körülmények folytán létrejövő magas szorongásszint és az azzal járó nyugtalanság, túlmozgásosság a szülőket fokozott kontrollra készíti, és kiválthatja a szembeszegülés erősödését. A gyermekkori viselkedési problémák, bárhol is erednek és bármilyen is a vezető tünete, gyakran megdöbbentően hasonló képet mutatnak.

Mindez egyáltalán nem indokolja, hogy – mint az gyakran előfordul – valamilyen tartalmatlan diagnosztikai csoportba sorolódjanak ezek az esetek. Szakember segítségével törekedni kell az alapvető kiváltó ok feltárására és a megfelelő, egyénre szabott korrekciós módszerek megtalálására.

Hangsúlyozni szeretném, hogy az alábbi csoportosítás elsősorban az áttekinthetőség, rendszerezés célját szolgálja.

## Hiparaktivitás és koncentrációzavar

Az elmúlt 80 évben a koncentráció képességének zavara az egyik leggyakoribb panasz. Időnként együtt jár hiperaktivitással, máskor nem, de lényeges vonásai közé tartozik, hogy a gyerek nem tud figyelni, nem tud nyugodtan ülni és nehézségei vannak a szabálykövető viselkedésben.

Erről a magatartászavarról rendkívül nagy irodalmi anyag született az elmúlt 25 évben. Első leírásai a századforduló környékéről származnak. Már ekkor felfigyeltek rá, hogy van egy gyermektípus, melynek a legnagyobb problémája saját viselkedése, és elkülöníthető azoktól a gyerekektől, akiknek agyi sérülése vagy értelmi elmaradása van. Still, a szindróma első leírója, akaratgyengeségről beszélt az ilyen gyerekek esetében. (Barkley, 1985.)

A hetvenes évek táján a nyugtalan, hiperaktív gyerekek tüneteit valamilyen *enyhe agysérülésnek* tulajdonították – minimális cerebrális (agy) diszfunkció (MCD, néha MBD, a betegség angol megnevezése, a minimal brain damage alapján), encephalopathia (kóros agy), bár erre nem volt közvetlen bizonyíték a gyerekek többsége esetén. Az MCD-s gyerekek vezető tünete általában a nyugtalanság volt, amely az esetek többségében akkor okozott problémát, ha a gyereknek valamilyen strukturált foglalkozáson kellett részt vennie. Ez utóbbi diagnózist sok szerző bírálta, minthogy nem lokalizálható, nem korrigálható sérülésre utal, ezért a szülők és a szakemberek számára azt sugallja, hogy a gyerek problémáin nem lehet segíteni. (Wepman-M. Cruickshank-P. Deutsch-A. Morency-C. Strother, 1976. 302. old.)

Nem sokkal használhatóbbak a ma forgalomban lévő újabb diagnosztikus megnevezések sem. Itt más elnevezéssel, de továbbra is utalás történik valamilyen azonosíthatatlan organikus eredetre. (POS, pszichoorganikus szindróma – F. Ehrat – F. Mattmüller-Frick, 1991.) Egyes vélemények szerint, ez az organikus eredet a neurotranszmitterek zavara (Wolfensberger-Haessig, 1991.), de ezt eddig alapos adat nem támasztotta alá. Mindez gyermekpszichológiai szemszögből azért bírálható, mert semmitmondó általánosításként egy kategóriába von össze különféle eredetű és megoldásigényű problémákat.

Az utánkövetéses vizsgálatok eredményei ellentmondóak abban a tekintetben, hogy a koncentrációzavar-hiperaktivitás egységes tünetcsoportnak tekinthető-e. Gyakran azt sem könnyű megállapítani, hogy mennyiben tekinthető kórosnak a túlmozgásosság. Barkley a következő *diagnosztikai kritériumokat* javasolja az ilyen jellegű tünettel rendelkező gyerekek elkülönítésére:

1. A szülő vagy a tanár beszámolója, miszerint a gyerek csak rövid ideig tud figyelni, impulzív, nem képes nyugton maradni és szabálykövető viselkedése szegényes.

2. A hétköznapi viselkedés meghatározott zavarai.

3. Speciális otthoni helyzetekre adott reakciók.

4. A tünetek jelentkezése hatéves kor előtt, a szülők beszámolója szerint.

5. A tünetek tovább tartanak, mint 12 hónap.

6. Normális intelligencia, vagy ha a gyerek értelmileg visszamaradott, akkor több magatartási problémája van, mint a hasonló állapotban levő gyerekeknek.

7. Ha nyilvánvalóan fennáll az agyi károsodás, a gyerek nem számít hiperaktívnek, de lehet a hiperaktivitás szerzett is.

Ezek a definíciók az előfordulást a gyerekek 2-3 %-ára szűkítik le.

A hiperaktivitást leghamarabb 18 hónapos korban szokták diagnosztizálni, de 90 %-ban az iskolába kerülés időszakában okoz problémát. Az ilyen gyermekek szülei azonban gyakran beszámolnak arról, hogy a 2 és 3 éves koruk között szinte állandóan kontrollálni kellett őket, nehogy megsérüljenek, kárt okozzanak. A szülői instrukciókkal való szembeszegülés főként ennek az időszaknak a problémája. A hiperaktív gyerekek egy része nagyon nehezen szokja meg a szobatisztaságot.

A hiperaktivitás felbukkanhat az óvodai időszakban is. Ebben az időben panaszkodnak a szülők az *önkontroll hiányáról* (nem lehet megbízni benne, nem tartja be a szabályokat stb.) A kortársakkal való *kapcsolattartás problémái* is ebben az időben jelentkeznek.

A koncentráció zavarai mellett gyakran változatos teljesítményzavarokat, *negativisztikus viselkedést* tapasztalunk, elsősorban az anyával szemben, aki jóval határozottabb, jobban ellenőrzi a gyereket és strukturáltabban foglalkozik vele, mint a többi anya. A kutatások során azonban kiderült, hogy az anyák viselkedése inkább reakció, mint a gyerek viselkedésének oka. A *szófogadatatlanság* és a szembeszegülés szintén a hiperaktív gyerekek egyik vezető tünete, olyannyira, hogy a szülők általában ezt találják a legzavaróbbnak, amiért a gyereket kezelésre viszik. A gyerekeknek nemcsak az anyával való interakcióval vannak problémái, hanem az apákkal és a tanárokkal is.

A figyelem és koncentráció zavaraival küzdő gyerekek legnagyobb nehézségei:

- az impulzivitás,
- az aktivitás szintjének elégtelen regulációja,
- a szabálykövető viselkedés hiányossága.

E magatartásmódok terén a gyerek életkori átlaga alatt teljesít. Bár sok kutató beszél a nehezen nevelhetőségről, mint összefüggő tünetegyüttesről, az esetek többségében meglehetősen szerteágazó tünetekről van szó. Az ilyen gyerekek a kisiskolás kor előtt általában aktívabbak, mint a kortársaik, és számos problémájuk van a szabálykövető viselkedés minden típusában. Elsősorban a *szóbeli instrukciók* betartásában vannak nehézségeik, és általában kevésbé tudják kontrollálni viselkedésüket, mint más, hasonló életkorú gyerekek. Egyes kutatók feltételezik, hogy a szubvokális vagy belső beszédnem kielégítő színvonala akadályozza a szabályok belsővé tételét.

Mindezzel párhuzamosan gyakran tapasztalhatók zavarok a *problémamegoldó viselkedés* terén is.

A kutatási eredményekből nem derül ki egyértelműen, hogy a szabálykövető viselkedés másodlagos-e a figyelem és az impulzivitás problémáihoz képest, az ellenkezőjéről van szó, vagy a két dolog erősíti egymás hatását.

A hiperaktív gyerekeknek az élet más területein is problémáik vannak. Tüneteik minden téren változatosak. Egy részük szórakoztatóbbnak, szétszórtabbnak bizonyul, mint átlagos társaik. A hiperaktivitás nem jár feltétlenül nagyobb agresszivitással. A szülők beszámolóí szerint, inkább mennek bele kockázatos helyzetekbe, kevésbé fegyelmezhetőek és nagyobb a fájdalomtűrésük, mint az átlagos gyerekeknek. Az esetek többségében problémáik vannak a kortársakkal való kapcsolatban. A kortársak véleménye szerint, a hiperaktív gyerekek éretlenek, énközpontúak és könnyen megsértődnek. Szüleik gyakran beszámolnak róla, hogy gyerekük szívesebben játszik fiatalabb gyerekekkel, nincs vagy nagyon kevés közeli barátja van és a fiatalabbaknak való játékszereket kedveli.

Ugyancsak nagyobb arányban fordul elő náluk az enuresis vagy encopresis (éjszakai bevizelés vagy beszékelés), étkezési és alvási problémák.

A hiperaktív gyerekek iskolai teljesítménye és viselkedése is gyakran számtalan problémát mutat. A feladatok nem kielégítő elvégzése, a zajongás és a fegyelem zavarása általános. A szülők és tanárok véleménye szerint ezek a gyerekek alulteljesítőek és a hiperaktív gyerekek több, mint 20 %-ának *tanulási nehézségei* vannak. Egyes adatok szerint, a hiperaktív gyerekek kevésbé intelligensek, mint kortársaik vagy testvéreik.

Az *iskolai időszakban* a tünetek változhatnak, de gyakran még feltűnőbbekké válnak. Ebben az időszakban a tanárok panaszkodnak, hogy a gyerek nem engedelmeskedik, nem végzi el a feladatokat és éretlenül viselkedik. Ekkor jelentkeznek a tanulási nehézségek is, míg néhány hiperaktív gyereket úgy jellemeznek, mint akik nem teljesítenek képességeiknek megfelelően. Otthonukban a hiperaktív gyerekek

általában nem engedelmeskednek, vagy önkontrolljuk szegényes. A házi feladat elvégzése válik az otthoni problémák centrumává, növekszik az ismerősök és szomszédok panaszainak súlyossága.

A későbbi gyerekkorban rögzülnek az iskolai teljesítmény problémái, a szülő-gyerek kapcsolat nehézségei, a szegényes kortárskapcsolatok és az éretlen önkontroll. A gyerekek és anyjuk is gyakran a depresszió, az alacsony önértékelés jeleit mutatják. Bár a közvetlen instrukcióknak való engedelmeskedés bizonyos fokig javulhat, a gyerek önkontrollja, megbízhatósága és felelősségvállalása továbbra is problematikus lehet. A motoros hiperaktivitás csökken, de a gyerek kevésbé figyel vagy kontrollálja impulzusait, különösen az iskolában. Ezek a problémák, az agresszióval és magatartási problémákkal együtt, fennmaradhatnak a korai serdülőkorban is.

A hiperaktív gyerekeknek a *serdülőkorban* van a legtöbb problémájuk az iskolában. Ebben az időszakban már lehetnek barátaik, de gyakran aszociális társaságba keverednek. A hiperaktív tizenévesek ebben az időszakban is kevésbé vállalnak felelősséget otthon, és a szülők erre az időszakra gyakran feladják, hogy jobban megbízzanak a gyerekekben.

Az *okok* kutatása nagyon nehéz. Az enyhe fokú agyi károsodás hipotézise mellett felmerült az allergia, a környezetszennyezés, mint kiváltó okok. A hiperaktív gyermekek családjában is gyakrabban fordul elő hiperaktivitás. Kinsbourne szerint a hiperaktív gyerekek egyszerűen a normál variáns szélsőségei körül helyezkednek el, és az okok éppúgy, mint az enyhe fokú mentális retardáció terén, sokrétűek, részben biológiai, részben környezeti eredetűek.

A családban észlelhető zavarok (viselkedéses problémák, alkoholizmus, házassági válságok) gyakoribbak a hiperaktív gyerekek családjában. A tartós családi konfliktus és ellenségeskedés a gyermek állandó feszült állapotához, ezáltal hiperaktivitáshoz vezethet. Gyakran tapasztalható hiperaktivitás a túlvédett, emiatt gyámoltalan és bizonytalan gyermekek körében is.

A hiperaktív gyerekek esetében is alkalmazható Patterson (1982) az agresszív magatartásnál részletesen is ismertetésre kerülő álláspontja, mely szerint *a szülők és a gyerekek kölcsönösen megszorító interakcionális elemeket alkalmaznak*, hogy kapitulációra készítsék a másik felet. Amennyiben az ilyen technikák átmenetileg sikeresnek bizonyulnak, a tünetek eszkalálódnak és jellemzővé válnak a család hangulatára. A családban emiatt is állandósulhat az ellenséges, negativisztikus hangulat.

A hiperaktív gyerekekkel való bánásmódban kiemelkedő fontossága van a világos és következetes elvárásoknak, az önkontroll fejlesztésének. Ugyancsak fontos, hogy a gyermekben esetleg állandó feszültséget okozó körülményekre fény derüljön és a gyermek bizton-

sága helyreálljon. A hiperaktivitásra nézve is igaz, hogy fiatalabb korban sokkal könnyebb a kezelése, mint később, amikor a megszokott viselkedésmódhoz az annak megfelelő közösségi szerep és kommunikációs stílus társul (például az „osztály bohóca”), melyekből egyre nehezebb kilépni.

## **Teljesítményzavarok**

A hiperaktivitás és a koncentráció zavara értelemszerűen igen gyakran összefügg iskolai teljesítményzavarokkal, sőt, mint az előző fejezet részben látható volt, gyakran ez a vezető tünet. Ugyanakkor a teljesítményzavarok és a tanulási nehézségek jóval általánosabbak, mint a hiperaktivitás. Felmérések adatai szerint, pl. az Egyesült Államokban a gyermekek 20-30 %-a gyenge teljesítményt nyújt az iskolában. A szerzők ugyanakkor megjegyzik, hogy az iskoláknak érdeke minél több tanulót a teljesítményzavarokkal küzdők csoportjába sorolni, mert ennek arányában segílyt kapnak a központi oktatási hivataltól. (Wepman-M. Cruickshank-P. Deutsch-A. Morency-C. Srother, 305. old.)

A tanulási nehézségek értelmezése sokféle változáson ment át az elmúlt évtizedek során. A hatvanas években, elsősorban Bourdieu kutatási hívták fel a figyelmet az oktatási rendszer és a társadalmi helyzet összefüggéseire: minél magasabb társadalmi státusú a család, annál nagyobb az esély rá, hogy magasabb szinten lesz képes megküzdeni az iskola támasztotta nehézségekkel. Bár ez a megállapítás több oldalról is bizonyítást nyert, és nem kétséges, hogy a hátrányos társadalmi helyzet iskolai szempontból kedvezőtlenebb helyzetbe hozza a tanulókat, igen nehéz a származási hátrányok tekintetbe vétele mellett a képességek veleszületett különbözőségeit kezelni, amelyek nyilvánvalóan épp olyan szórást mutatnak, mint minden más képesség. Az ilyen jellegű tanulási nehézségek gyakran éppen azért válnak a komplex viselkedészavar kiindulópontjává, mert a szülők nem fogadják el, hogy a gyermek nem képes többre, és mert az iskola szelleme és értékrendje túlságosan is tanuláscentrikus. (Mint láthattuk az iskolával kapcsolatos fejezetben, napjaink értékválságára az oktatás-elmélettel foglalkozók egy része még inkább a tanulás kizárólagosságát véli megoldásnak.)

A tanulási – iskolai kudarcok elkülönítése érdekében érdemes megkülönböztetni a teljesítmény gyengébb voltának *primer* és *szekunder* voltát. Az első csoportba a gyengébb képességű vagy valamilyen képességzavar (pl. dyslexia) következményeképpen létrejövő alacsonyabb tanulási teljesítményt soroljuk. A második csoportba azok so-



rolandók, akiknél a teljesítményzavar feltételezhetően másodlagos, valamilyen más pszichés zavar következménye. Ezek közé tartoznak a koncentrációzavar, illetve az azzal összefüggő szabálykövető és magatartászavar okozta nehézségek – bár, mint látni fogjuk, a dyslexia nemegyszer összefüggni látszik ilyen jellegű tünetekkel -, a motiváció hiánya, amely lehet mind a hátrányos, mind a túlságosan kedvező anyagi-társadalmi helyzet következménye. Másrészt szerzett teljesítményzavarnak tekintendők azok az esetek, melyeknél a kezdeti kudarcok hatására a gyerek önértékelése megromlik, beindul a rossz körök folyamata, egyre kevésbé képes megfelelő szinten teljesíteni.

Az iskolai teljesítményzavarok gyakran a szülők és az iskola kölcsönös vádaskodásainak, az iskolarendszer globális bírálatának folyamatát indítják el, különösen azokban az esetekben, amikor a rosszul tanuló gyermek magasabb társadalmi rétegbe tartozó szülők gyermeke. Ezért nagy gondosságot és körültekintést igényelnek az ilyen esetek mind az iskola, mind a szakemberek részéről.

## **Dyslexia**

A teljesítményzavarok és a tanulási nehézségek oka alkalmanként valamilyen konkrét képesség fogyatékossága és hiánya. Meglehetősen ritkán előfordul, hogy egy-egy ép értelmű gyermeknek éppen a számolással, a számfogalommal vannak különös nehézségei (*discalculia*). Napjainkban lényegesen gyakoribb és hazai viszonyok között tömegproblémának látszik a dyslexia.

A *dyslexia*, minden látszat ellenére, sem tüneteit, sem okait tekintve nem sokkal egyértelműbb, mint a hiperaktivitás vagy a koncentrációzavar. A dyslexia – magyar szaknyelven olvasás- és helyesírás-gyengéségnek nevezik – a betűk, betűsorok és az általuk megjelölt hangsor közötti összefüggés belátásának hiányára utal. Általában akkor jelenik meg, amikor a gyermekek a betűk ismeretében már szavakat és mondatokat olvasnak.

Az olvasás- és helyesírás-gyengéség tüneteit sokféleképpen írják le különböző szerzők. Kossow (1988) azt emeli ki, hogy a dyslexiás gyermekek ugyanolyan jellegű hibákat követnek el, mint a többi olvasni tanuló, de gyakrabban és a hibák nehezen iktathatók ki a beszédből. Jellemző még a dyslexiás gyermekre, hogy viszonylag pontosan képes lemásolni a szöveget, az egyes betűket helyesen olvassa, ám a hang és a betű közötti asszociáció bizonytalan. A dyslexia leggyakoribb tünete az olvasott szavak deformálása, kihagyása, a betűk sorrendjének felcserélése, toldások, kihagyások, betűtévesztések, a szavak felbontásának nehézsége.

Kossow megjegyzi, hogy a dyslexiás gyermekek gyakran dekoncentráltak, ingerlékenyek, fegyelmezetlenek, azaz a tünetek egy része azonos a hiperaktív, koncentrációzavarban szenvedő gyerekekével.

Becker (1988) 2000 gyermeket vizsgált Bécsben az olvasásgyengeség zavarának felmérése céljából. Tapasztalatai szerint 78 %-uk tünetmentes volt, 18,1 %-nál enyhe zavart tapasztalt – ebben a csoportban ugyanannyi volt a fiú, mint a lány – míg 3,9 %-nál súlyos olvasászavart talált. E súlyos csoportban a fiúk már kétszer annyian voltak mint a lányok. Más szerzők is kb. 4 %-os előfordulásról írnak a szakirodalomban. (Vernon, 1988).

A dyslexia okait illetően megoszlanak a vélemények. Kossow az analitikus-szintetikus képességek zavaráról beszél. A Vernon által idézett Morris szerint, organikus ok jelenléte nem valószínű, mivel előbb-utóbb mindenkit meg lehet tanítani olvasni.

Az olvasási nehézségeknél gyakori a látási percepció, valamint a komplex formák percepciójának zavara. Egyes vélemények szerint a bal-jobb iránytévesztés is gyakoribb, különösen ha keresztválasztást kell a gyermeknek tennie („fogd meg a jobb kezeddal a bal térdedet”), más kutatások azonban nem támasztják alá ezt az álláspontot. Ugyancsak felvetődött, hogy az agyféltekék lateralizációjának bizonytalansága okozza az olvasási nehézségeket. Felmerült, hogy a dyslexia mögött nyelvfejlődési sajátosságok vannak, minthogy közöttük szép számmal fordulnak elő olyanok, akik később tanultak meg beszélni és sok beszédhibájuk volt. Feltételezhetően szerepet játszik az alak-háttér megkülönböztetés képességének zavara.

A dyslexia keletkezésében, egyes feltételezések szerint, szerepet játszik az olvasás-tanítás módszere. (Meixner, 1988). Világszerte háromféle olvasástanítási módszer van forgalomban:

- szintetikus (betűkből kiinduló összeolvasás),
- szóképolvasás,
- a kettő valamilyen kombinációja.

A szóképolvasás azoknál a nyelveknél bizonyult hasznosnak, amelyeknél a hangalak és a helyesírás jelentősen eltér (ilyen az angol és a francia). A szóképolvasás a szó képét kapcsolja össze a szójelentéssel, nem hívja fel a gyermek figyelmét arra, hogy a szavak betűkből állnak.

Kétségtelen, hogy például Magyarországon az elmúlt húsz év alatt megsokszorozódott a dyslexiások száma, és ez egybeesett az olvasástanítás új módszereinek bevezetésével. A korábbi betűtanítási olvasás idején – amikor a betűk hangalakját mozgással, utánzással igyekeztek rögzíteni, például a gyermek kezével nagy S-et rajzolt a levegőbe, miközben vonatot utánozva „síhaházott” – a dyslexia gyakorlatilag ismeretlen fogalom volt.

Tekintetbe veendő, hogy a gyermekek olvasástanulási tempója igen változó, ugyanúgy, mint a fejlődés sok más komponense, valamint, hogy a dyslexia is összefügg más magatartási zavarokkal, például az agresszív viselkedéssel.

A dyslexia korrekciója annál sikeresebb, minél hamarabb kezdik. Az első osztályban felismert dyslexiák 82%-a bizonyult korrigálhatónak, a harmadikban 46 %-a, a negyedikben 42 %-a, az 5-7. osztályban felismerteknek pedig nem több mint 10-15 %-a. Az esetek többségében egyéni foglalkozásokkal az olvasáskorrekció sikeresnek bizonyult, de a súlyos esetek 35 %-ánál később is tapasztalhatók voltak olvasási nehézségek, 90 %-uk pedig igen rossz helyesíró maradt.

### **Agresszivitás, illetve szocializációs zavarok**

A diagnosztikai és pszichopatológiai esettanulmányok azokat az eseteket regisztrálják, amelyeknél a szülő vagy az iskola szakember segítségét kéri. Azonban itt is jelentős különbségek vannak az esetek súlyossága és egyértelmősége tekintetében. Maguk az esetek is rendkívül tarka, sokrétű formában jelennek meg.

A magatartási és beilleszkedési zavarok nagyon gyakran jelentkeznek agresszív formában. Wells és Forehand (1985. 219. old.) a magatartási zavarokat az agresszivitás jelenléte, ill. hiánya alapján rendszerezi:

- elégtelenül szocializált, agresszív,
- elégtelenül szocializált, nem agresszív,
- szocializált, agresszív,
- szocializált, nem agresszív.

*Agresszív magatartási zavarról* akkor beszélnek, ha a gyerek legalább fél éven keresztül agresszív magatartást tanúsít, amely mások vagy mások tulajdona elleni agresszív cselekedeteket vagy agresszivitással kísért bűncselekményeket jelent.

Az agresszív viselkedésfajták másik nagy csoportja a *szembeszegülő* viselkedés. E magatartászavar legfőbb jellegzetessége a tekintélyszemélyekkel, elsősorban a szülőkkel való engedetlen és provokatív szembenállás, amely néha kiterjed a tanárokra vagy más gyerekekre is.

*A nem agresszív magatartási zavar* a szerepek vagy szabályok be nem tartását, a hazugságot, a vagyon elleni bűncselekményeket, valamint a nem agresszív, az áldozattal nem konfrontálódó lopást jelenti.

*A szocializált, nem szocializált* dimenzió arra vonatkozik, hogy a gyerek képes-e büntudatra és kötődésre. A szocializált altípus például gyakran csoportban követi el a bűncselekményt és nyilvánvalóan kötődik valamelyik vagy több kortársához. A nem szocializált gyermekek

esetében a kötődés, a másokkal való együttérzés képessége láthatóan hiányzik.

E felosztás joggal bírálható azzal kapcsolatosan, hogy az agresszivitás valamilyen fajtája igen sok ún. elégtelenül szocializált magatartásformában megjelenik. Így például a szülőktől pénzt lopó gyerekek nem konfrontálódnak nyíltan a szülőkkel, tette mégis agressziót fejezhet ki velük szemben. Ezért az antiszociális és agresszív viselkedésmódok megkülönböztetésénél kedvezőbb a nyílt agresszivitást tenni a differenciálás alapjául. (A negyedik alcsoport voltaképpen azokat a magatartási zavarokat jelöli, melyekről az előző fejezetben volt szó.)

A *magatartászavarok okai* között szintén szerepelnek alkati és környezeti tényezők. Vannak gyerekek, akiknél az agresszív viselkedés viszonylag fiatal korban megjelenik és az egész gyerekkort végigkíséri. A szülők gyakran úgy jellemzik őket, mint sírós, a közeledésre paradox reakcióval válaszoló, nehezen kezelhető csecsemőt. Ilyenkor, mint láthattuk, a fejlődésre hosszú távon is kiható zavar következhet be az anya és gyermeke kapcsolatában is felmerült, hogy összefüggnek a már korábban említett MCD-vel. Ezzel kapcsolatosan ugyanaz mondható el, mint az egyéb MCD-nek tulajdonított tünetekkel kapcsolatban: a bizonytalan organikus eredetre való hivatkozás azt az érzést kelti a gyermek környezetében, hogy a tünetek nem szüntethetők meg.

Bizonyos központi idegrendszeri zavarok járhatnak antiszociális viselkedéssel, de ezeket neurológus viszonylag pontosan azonosítani képes. Meglehetősen egyértelmű azonban, hogy az antiszociális jellegű és agresszív magatartászavarok összefüggnek szociológiai körülményekkel, valamint a családi nevelés sajátosságaival.

## **Agresszív viselkedés**

Az agresszív magatartás kialakulása nem függ össze olyan szorosan a család gazdasági státusával, mint az antiszociális viselkedés (amelynek, mint korábban említettük, igen sok esetben szintén vannak agresszív elemei). Az *agresszivitás tanulható, környezetfüggő* voltát sok híres kísérlet – a legismertebbek a már többször idézett Bandura és Walters kísérletei – igyekezett alátámasztani. Nem kétséges, hogy a környezetnek fontos szerepe van az agresszív viselkedés kialakulásában (bár, mint több vonatkozásban is kifejtettük, a gyerek és környezete viselkedése között kölcsönhatás van), mindez azonban nem jelenti, hogy a környezeti okok vagy eredet kizárható.

Egyes kutatási eredmények szerint, a parancsosztozó szülői magatartás különösen akkor idéz elő nagy eséllyel agresszivitást, ha a

parancsok primitíven fogalmazottak, aspecifikusak, fenyegetőek, kötekedők vagy bizonytalanok. Segíti az agresszív viselkedés létrejöttét, ha a szülő nagyon gyakran kritizál és általában véve gyakrabban reagál negativisztikusan, mint a többi szülő. (Wells-Forehand, 235. old.)

Egyes adatok szerint, az agresszivitás megléte, illetve hiánya egyértelműen a nemek szerint szóródik.

Az elmúlt évtizedekben egyre több gondot okoz az iskolákban és nevelési intézményekben a gyerekek egymás közötti kegyetlenkedése és agresszív magatartása. A kérdés egy nemzetközi szakértője, a norvég Olweus megállapításai szerint (1993), négy tényező összeadó hatása segíti az agresszivitás kialakulását fiúk esetében:

- az anyai elutasítás,
- az anyai engedékenység az agresszivitással szemben,
- az anya és az apa hatalmi eszközökkel való fellépése,
- a fiú temperamentuma.

Az első két tényező az, amelynek a szerző kulcsszerepet tulajdonít. „A nagyon nagy mértékben elfogadó, toleráns vagy laza attitűd világos határok nélkül a gyerek agresszív magatartásával szemben nagymértékben elősegíti a fiú agresszív magatartásának kifejlődését”.

Összegzésképpen tehát elmondható, hogy az agresszív viselkedés kialakulásában a szülői viselkedés két fő faktora játssza a legfontosabb szerepet: a szülői, elsősorban *anyai ellenségesség* és negativizmus a gyerek irányában, és a *konzisztens határok* és következmények *hiánya* a negatív viselkedéssel szemben. A szülői viselkedés sajátosságaiiban szerepet játszhatnak környezeti tényezők is, mint például a társadalmi réteghelyzet vagy a tönkrement házasság, és valószínűleg fontosabb szerepet játszanak, mint a gyerek temperamentuma.

Patterson azt emeli ki, hogy az agresszív magatartás *hatalmi jellegű*, és ezzel kapcsolatban alakította ki a *kölcsönös kényszerítés* hipotézisét. E hipotézis szerint, a legtöbb gyerek alkalmaz averzív viselkedést az anyával való viselkedésében. Ezek a viselkedésfajták – pl. sírás – kezdetben adaptívak, mert előidézik, hogy az anya gyorsan kielégítse a gyerek szükségleteit. A fejlődés folyamán a gyerekek nagy része csökkenti az averzív reakciókat.

Azok a gyerekek tartják fenn az averzív kontroll-viselkedést, akiknek nem sikerül modellt és pozitív megerősítést kapni a megfelelőbb proszociális készségek elsajátításához és/vagy továbbra is megerősítik a gyerek hatalomvágyó reakcióit. Patterson hangsúlyozza, mennyire fontos a kényszerítő viselkedésformák alkalmazásának és fenntartásának tiltása, elutasítása.

Az agresszív viselkedés megerősítésének számít az is, ha a szülő a gyerek tiltakozó reakciói hatására feladja, hogy értelmes szándékát érvényesítse. A gyerek tiltakozó reakciói, melyekkel arra készíti a

szülőt, hogy feladja szándékát, a szülő későbbi agresszív viselkedésének igazolásául szolgálnak. A családban növekszik az ellenségesség és az agresszió gyakorisága.

## **Az antiszociális viselkedés**

*Az alacsony gazdasági-társadalmi státus okozta nélkülözés, valamint az antiszociális előzmények a család életében értelemszerűen növelik annak esélyét, hogy a gyermek magatartásában is felbukkan-  
nak antiszociális elemek.*

Ami az *elvált szülőket* illeti, számos szerző szerint nem maga a válás ténye, hanem azok a körülmények, amelyek a váláshoz vezettek, járulnak hozzá a gyermek antiszociális és agresszív magatartása létrejöttéhez. Ezért gyakran nem magát a válást, hanem a házaspár közötti egyetértés hiányát szokták megemlíteni az agresszív-antiszociális viselkedést kiváltó tényezők között.

Bár korábban úgy gondolták, hogy a házassággal való elégedettség önmagában is befolyásolja az agresszív-antiszociális viselkedés kialakulását, a pontosabb módszertan alkalmazása alapján a kutatók arra a következtetésre jutottak, hogy nem az elégedetlenség hiánya önmagában, hanem a házastársak közötti *ellenséges viszony* vezet az agresszív viselkedés létrejöttéhez. A családokban kialakuló ellenséges viszonyok rosszabb hatással vannak a fiúkra, mint a lányokra és rosszabb hatással az idősebb fiúkra (serdülőkorúakra), mint a fiatalabbakra.

Egyes adatok szerint, az antiszociális viselkedés gyakran jár együtt *olvasási nehézségekkel*. Az antiszociális magatartás ezen kívül gyakran összefügg a *szociális képességek hiányával*, vagy csökkent voltával, szegényes felnőtti és társkapcsolatokkal, valamint *depresszióval*. Shaffer, aki öngyilkosság következtében elhunyt fiatalok vizsgálatával foglalkozott, azt találta, hogy a minta háromnegyedénél antiszociális magatartási előzmények is voltak. Hazai adatokból is ismeretes, hogy az antiszociális magatartásuk miatt intézetbe került fiatalok között nagyok sok az öngyilkossági kísérlet.

Az antiszociális magatartás gyakran folytatódik felnőttkorban; a gyermekkorban antiszociális tüneteket mutatók 40 %-a felnőtt korban is antiszocialitást, pszichopátiát mutatott. (Wells-Forehand, 238.old.)

*A szülők pszichológiai vagy pszichiátriai rendellenességei is befolyással vannak a gyerek agresszivitásának és antiszociális magatartásának kialakulásához. Kutatások tanúsága szerint a szülők pszichopátiája, hipomán, agresszív, pszichotikus tünetei nagymérték-*

ben elősegíthetik a gyermek antiszociális viselkedését. Évtizedek óta vitáznak azonban a kutatók annak kérdésében, hogy ezek a tényezők genetikus, környezeti vagy nevelési módszerek hatásán alapulnak-e.

Az antiszocialitás tekintetében a családi viszonyokban a következő tényezők voltak azok, amelyek kimutathatóan gyakrabban fordultak elő az antiszociális magatartásúak, mint a normál népesség körében: a családi összetartás hiánya, közöny vagy ellenségesség a bűnelkövető gyerekekkel szemben, nem kielégítő felügyelet vagy fegyelem. A szülői magatartás jellemzői között szerepelt a veszekedő, kötekedő hajlam, az ellenségesség, az elhanyagolás, a fegyelem lazasága és az anyai szeretet hiánya.

## **Lopás, csavargás**

A gyermekpszichológusok zöme egyetért abban, hogy a gyermekkori lopások kezdetben szimbolikus jellegűek. (Kivételt képeznek ez alól a rendkívüli helyzetek, pl. háború vagy éhség, amely a gyermekeket önfenntartásuk érdekében készítheti lopásra.) Meglehetősen gyakori tünet például, hogy a gyermek szüleitől, családjától tulajdonít el – titokban – kisebb vagy nagyobb összeget. A pszichopatológiában, az esetek többségében, az ilyen jellegű tettet, különösen a prepubertást megelőző időszakban (8-10 éves korig) a szeretethiány és a rejtett vagy nyílt szülői elutasítás elleni szimbolikus tiltakozásként értékelik.

Saját gyermekpszichológusi praxisomban fordult elő, hogy egy nyolcéves, második általánosba járó kisfiú ötszáz forintot lopott el otthonról. (15 évvel ezelőtt, amikor az eset történt, ez igen komoly összegnek számított.) A kisfiú házasságon kívül született, anyja egy ideig egyedül nevelte. Körülbelül három év múlva férjhez ment és házasságából újabb gyermek, egy másik kisfiú született. „Félrelépésének” emléke, idősebb fia szálfá volt új férje szemében, ő maga pedig szintén egyre kevésbé szívesen emlékezett a múltra. A kisfiú kiszorult a családi együttesből, egyre több probléma volt vele az iskolában. Jellemző, hogy az összegből mindössze 50 Ft-ot tulajdonított el, és abból is kisebb ajándéktárgyakat vett osztálytársainak.

A lopás könnyen válhat a későbbi antiszociális életút kiindulópontjává. Az elhanyagoló, szeretetlen szülők a gyermek kihágására még nagyobb elutasítással reagálnak, igazolva látják korábbi rejtett ítéletüket, amely a gyermek elhanyagolásának, elutasításának ürügyéül szolgált: „éppen olyan, mint az apja”, nem érdemes szeretetükre

és törődésükre. Holott a kezdet kezdetén és különösen a prepubertás előtt az ilyen jellegű viselkedésben változást lehet elérni.

A gyermekkori lopásokban igen fontos szerepet játszik a közhangulat és a szülői példa. Egyetemi hallgatóim pl. beszámoltak róla, hogy gyermekkorukban sportot üztek belőle, ki tud több apróságot ellopni az élelmiszerüzletből. A felnőttek gyakran nem csinálnak titkot gyerekeik előtt a hasonló viselkedésből, sőt büszkélkednek is vele, hogyan csaltak kisebb anyagi ügyekben, pl. az OTP-nél vagy egyéb helyeken. A gyerekek számára azonban az ilyen esetek példaértékűek, bár a szülők gyakran megdöbbenve veszik tudomásul, hogy összefüggés van a gyermek antiszociális magatartása és az ő elejtett szavaik között.

A lopások, különösen az iskolai lopások eredete gyakran a „jutalom késleltetése” képességnek hiánya. A mindennel elhalmozott gyermekek egy része nem tud vágyainak ellenállni, és a számára vonzó tárgyat egyszerűen eltulajdonítja társától.

Minden antiszociális tettetnek, így a lopásnak is sokféle, negatív következménye lehet. A már kialakult gátlások meggyengülnek, az önértékelésbe beépül a tény, hogy az illető megszegett egy széles körben elfogadott szabályt. Igen sok függ a környezet reakciójától. Egyrészt fontos, hogy az ilyen ügyekre fény derüljön és megfelelő szankció kövesse, az egész eljárásnak azonban nem szabad azt sugallnia, hogy az elkövető bűnöző vagy javíthatatlan.

A *csavargás* vagy az azzal gyakorlatilag azonos „*csövezés*” *jelensége*, miként Veckó József megállapítja (Veckó, 1990), a hetvenes évekig csak otthontalan, intézeti vagy nagyon rossz családi körülmények között élő fiatalok körében fordult elő, míg ma van ún. „elit” csöves csoport is.

A csöves életmód, szakértők álláspontja szerint, egyértelműen önsorsrontó tendencia. Hajléktalanokkal végzett vizsgálatokból kiderült, hogy a hajléktalan néhány hónap alatt nagyfokú elesettségre zuhan, amelyből a visszaút nagyon nehéz. Hasonló helyzetbe kerül a csövező fiatal, aki a normaszegéssel, a családi kapcsolatok szétzúzásával és az elemi testi-higiénés szükségletek elhanyagolásával további pszichés traumákat okoz magának. Ehhez járul az alkohol- vagy drogfogyasztás, miközben a fiatal önértékelése a mélypontra süllyed.

Pressing Lajos (1988) 100 átmeneti nevelőotthonba került, otthorról vagy intézetből szökött gyermek vizsgálatának eredményeit adta közre. A gyermekek közül csupán egy volt, aki először szökött meg, 99-en másodszorra vagy többszörre kerültek az átmeneti otthonba.

Pressing felhívja rá a figyelmet, hogy a rendszeres csavargás a kriminalitás első állomása lehet. Statisztikák szerint, az először csavargók 29 %-a, a rendszeres csavargók 71 %-a követ el bűncselek-



ményt, nemritkán egyszerűen a létfeltételek biztosítása érdekében. A csavargással gyakran összekapcsolódnak önpusztító, öncsonkító tendenciák.

Az okok között Pressing 68 %-ban talált iskolai beilleszkedési zavart, a gyermekek jelentős része túlkoros volt iskolai osztályához képest. Az előzmények között szerepelt még az apa alkoholizmusa és az anya deviáns magatartása.

Pressing tesztekkel is vizsgálta a csavargó fiatalokat. Tapasztalatai szerint, azokban a tesztfeladatokban, ahol lelkiismereti konfliktust kellett átélnie vizsgált személyeinek, a helyzetet ellenük irányuló agresszióként élték meg. Pressing értelmezése szerint ennek oka, hogy átélték ugyan a feszültséget, amit a lelkiismereti konfliktus jelentett, de képtelenek voltak ellenállni a csábító helyzetnek. E jellegzetes reakciómódot – amely valószínűleg nemcsak a csavargás, hanem más antiszociális cselekedet esetében is megállapítható – Pressing *szocializációs deficitnek* nevezi, amelynek okai között igen gyakran szerepel, hogy a fiatalnak nem volt megfelelő azonosulási mintája.

Pressing arra is felhívja a figyelmet, hogy az első szökésnél a fiatalok általában szorongó, dependens magatartást tanúsítanak, míg a többszöri szökés, csavargás során önkontrolljuk, önértékelésük leépül, szorongásaikat csoporthoz való csatlakozással, narkotikumokkal oldják. A csavargás gyakran kezdete és előidézője lesz a deviáns karriernek.

## **Fiatalkori bűnözés**

A fiatalkori bűnözés csak részben tartozik a pszichológia, a pszichopatológia kompetenciájába. Röviden mégis szükséges kitérni rá, mert – mint Judith Page Van Evra felhívja rá a figyelmet – a fiatalkorú bűnözők száma az elmúlt évtizedekben nemcsak jelentősen nőtt (l. Postman adatait az első fejezetben), hanem rétegspecifikussága is megszűnt. Míg korábban általában az alacsony társadalmi-gazdasági rétegbe tartozó családok gyermekei közül kerültek ki a fiatalkorú bűnözők, a nyolcvanas években a hullám elérte a felső- és középosztálybeli fiatalokat is.

Van Evra 3 csoportra osztja a fiatal bűnözőket:

1. *Neurotikus, visszahúzódo*. A fiatalok e típusánál alacsony önértékeléssel, impulzív, zavart személyiséggel találkozunk, akik inkább másokkal együtt, valamilyen erősebb egyéniség hatására sodródnak bele antiszociális cselekményekbe. Ezek a fiatalok nem tartoznak a csoportok ún. „kemény magjához”. Esetükben elsősorban pszichés támogatásra van szükség.

2. *Szocializált bűnözés*, amelynek lényege, hogy a normális személyiségű fiatal antiszociális társaság hatása alá kerül a csoport kohéziója vagy más vonzó tulajdonsága miatt. Ezekben az esetekben a kriminalitás epizód maradhat, ha a serdülőnek ezt megelőzően megfelelő viszonya volt a családdal.

3. *A szociopaták, pszichopaták csoportja*. Ők nem rendelkeznek gátlásokkal, nem fogadják el a társadalmi normákat. Ez a típus kevésbé szorong és az esetek többségében a büntetésre sem reagál. E csoport esetében gyakran találunk belátható motívummal nem rendelkező, ötletszerű bűncselekményeket.

A fiatalkori bűnözés és antiszociális magatartás okaira nézve sokféle hipotézis van, egyes feltételezések szerint biológiai okok is szerepet játszanak benne – ennek ellentmond, hogy bizonyos történelmi időszakokban jelentősen megnő a fiatal bűnözők száma. A társadalmi réteghelyzet nem feltétlenül meghatározó, a fiatalok nem különböznek az elkövetés számát illetően, a lelepleződés azonban sokkal inkább réteghez kötött. Inkább prediktív erejű az antiszociális magatartásra nézve a gyerek befolyásolhatósága, vonzódása ilyen jellegű csoportokhoz.

Antiszociális magatartás inkább várható azoknál a fiataloknál, akiknek a személyiségét hidegség, alacsony színvonalú motiváltság, a külvilággal szembeni ellenségesség jellemzi. Gyakran előfordul az anyai dominancia. Néha megfigyelhető, hogy a fiatal elsősorban ténylegesen izgalmakat keres, különösen jó anyagi helyzetű fiatalok esetében. (Van Evra, 305-327. old.)

Az antiszociális magatartás létrejötté az esetek túlnyomó többségében nem előzmény nélküli. Az okokról több helyütt is szó esik más fejezetekben.

**NEUROTIKUS MEGNYILVÁNULÁSOK**

**(Forrás: Murányi-Kovács Endréné – Kabainé Huszka Antónia: A gyermekkori és a serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája. TKk. Bp. 1988. 114-153.)**

PERTORINI DEZSŐ meghatározásában „... neurózisok jól felismerhető testi és lelki tünetekkel jellemzett funkcionális idegbetegségek, amelyek háttérben nem áll patoanatómiailag kimutatható idegrendszeri elváltozás.” A szerző továbbiakban megállapítja, hogy: „A neurózis az idegrendszer működésében változást okoz. Ez a funkcionális változás elsősorban a pszichés adaptációban mutatkozik meg és a pszichés adaptációt kísérő vegetatív jelenségekben. A zavar mint elhúzódó, fokozott vagy bonyolult reakció jelentkezik. A neurotikus ember reakciómintái sokszor fokozatosan fejlődnek ki, és kezdeti kialakulásuk már a gyermekkorban megkezdődik.” (PERTORINI R., 1965, 5. és 6. l.)

Bár ez a meghatározás a felnőttkori neurózisra vonatkozik, a gyermekkori neurotikus tünetek lényegében ugyanezekkel az ismérvekkel rendelkeznek: e tünetek az idegrendszer funkcionális (működésbeli) megbetegedésének tünetei, amelyek a gyermeknek a környezetéhez, illetve a realitáshoz való hibás alkalmazkodásában és vegetatív jelenségekben nyilvánulnak meg.

A szakirodalomban általánosan elfogadott tétel, hogy e tünetek úgynevezett „súlyossága” vagy „enyhesége” nem határozza meg a személyiségzavar fokát. Megtörténik, hogy igen látványos tünetek csak átmeneti, felületi reakcióknak bizonyulnak, viszont a környezet által észre sem vett, úgynevezett „enyhe” tünetek erős megrázkódtatások kifejeződései. Az alig feltűnő zárkózottság például néha nehezebben rendezhető személyiségzavar jele, mint a gyermekkori hazugság és lopás. Az is ismeretes, hogy azonos szimptomák mögött sokféle patológikus struktúra húzódhat meg. Így a csavargás lehet enkefalopátiás, epilepsziás eredetű, lehet neurotikus regresszió vagy neurotikus disszocialitás tünete, de lehet az *egészséges* személyiségű gyermek indokolt menekülési kísérlete elviselhetetlen környezetéből.

A PERTORINI REZSŐTŐL idézett rövid definíció leírja a neurózis általános jellemzőit, de nem érinti etiológiájának problémáit. Az orvosok évszázadokon át sikertelenül igyekeztek felderíteni a neurózisok ki-

alakulásának mechanizmusát. Igen nagy visszhangot keltett tehát SIGMUND FREUD (1856-1939) *pszichoanalitikus elmélete*, amelyben a bécsi pszichiáter teljesen új oldalról közelítette meg az emberi pszichikum működését, ezen belül a neurózisok keletkezését és gyógyításuk módszerét. Közel negyven évig folytatott terápiás orvosi gyakorlatot, ami szorosan kapcsolódott korszakalkotó elméleti felfedezéseihez. Az 1910-es és 1920-as években munkásságát sikerek és tanainak rohamos terjedése jellemezte. Nagyszámú tanulmányt és könyvet írt, pszichoanalitikus folyóiratot alapított, kongresszusokon, előadókörutakon fejtette ki egyre gazdagodó, komplexebbé váló elméletét. Lelkes és tehetséges követőivel folyamatos kapcsolatot tartott. Európa számos fővárosában és az Egyesült Államokban pszichoanalitikus társaságok szerveződtek, tagjaik továbbfejlesztették és terjesztették a freudi elméletet, és maguk is gyógyító gyakorlatot folytattak.

A pszichikus működés freudi koncepciója mély hatást gyakorolt a kor irodalmára és művészetére; számos kiváló író hőseinek életvitelében konkrétan megjelennek a pszichoanalízis által felfedezett motívációk, híres képzőművészeti alkotások szinte illusztrációként szolgálhatnak egy-egy analitikus tézis ábrázolására. Természetesen éles kritikákkal, ellenségesen is támadták Freudot. Követőinek egy része idővel szintén szembekerült a mester valamelyik logikai konstrukciójával, új irányzatokat, „iskolákat” szerveztek. SIGMUND FREUD alapvető felfedezései azonban ma is érvényesek.

Ezek közé tartozik az a felismerés, hogy a *pszichikus struktúrában három működési egységet (instanciát) kell megkülönböztetni: az ösztön-ént, az ént és a felettes-ént.*

Az *ösztön-én* a filogenezis során kialakult ösztönös és késztetések – elsősorban a szexualitás – tartománya, *működése tudattalan*, az elfojtott lelki tartalmak, vágyak itt léteznek tovább.

Az *én* az egyén szocializálódásának terméke, a külvilághoz, a realitáshoz való alkalmazkodás *nagyrészt tudatos* központja, a személyiség szándékos, vállalt cselekedeteit vezérli. (Lásd „énidentitás” az I. fejezetben).

A *felettes-én* erkölcsi normákat és társadalmi tilalmakat tartalmazó organizáció, amelyet szintén a szocializáció formál ki, de – elmentében az *én-nel - tudattalan*. A szülők személyiségével való gyermekkori *azonosulás* útján jön létre, s ezáltal a tágabb szociokulturális környezet normáit is magába foglalja.

A freudi felfogás szerint e három működési egység között fellépő nagy intenzitású feszültségekből – konfliktusokból – ered a neurózis. Az *én* feladata – a külvilághoz való alkalmazkodás mellett -, hogy az ösztön-én és a felettes-én között közvetítve fenntartsa a belső élményharmóniát, megelőzze a neurózis létrejöttét. Ezt elsősorban az énvédő,

*elhárító mechanizmusok* bevetésével tudja teljesíteni. (Az elhárító mechanizmusoknak e célra való irányultsága az *én-ben* nem tudatos.)

Az elhárító mechanizmusok közül SIGMUND FREUD a legnagyobb jelentőséget az *elfojtásnak* tulajdonította, többször említette, hogy az elfojtás a pszichoanalitikus elméletnek mintegy középpontja, a tan összes részei összefüggnek vele. Lényege, hogy a tudatból kiszorulnak a kellemetlen, társadalmilag elfogadhatatlan képzettartalmak, az egyén ezeket „elfelejti”. Az elfojtás egyaránt működik az egészséges felnőttben és a gyermekben, valamint a neurotikus betegben. Az egészséges fejlődés során az elfojtás segíti az *én* alakulását, de a *beteg személyiség elfojtása nem eredményes, az elfojtott, szorongással kísért képzetek, gondolatok különböző tünetek formájában felszínre törnek.*

SIGMUND FREUD a neurotikus kórformák elemzésekor számos más elhárító működéssel is foglalkozott, bővebben azonban leánya és követője, ANNA FREUD (1895-1982) dolgozta ki az elhárítás változatait (1936). E jelentős pszichikai dinamizmust a későbbiekben, a mélylélektani irányzatokhoz tartozó pszichiáterek és pszichológusok tovább kutatták, s működési módjaikat a személyiségvizsgálatokban is hasznosították (MÉREI F. 1971). Az alábbiakban röviden ismertetjük e mechanizmusok főbb típusait.

Az *elfojtást*, az *én* legjelentősebb feszültségelhárító működését, fentebb említettük. Az elmondottakhoz hozzá kell tennünk, hogy gyermekkorban ez a funkció általánosnak mondható, például a gyermekkorú szexualitás élményeire a felnőtt igen ritkán és csak töredékesen tud visszaemlékezni. De más traumatikus élmények – csalódás, veszteség, hozzátartozó halála stb. – esetén is az *én* érzelmi egyensúlyát az elfojtás védi. Meggyőző példát említ erre MÉREI FERENC.

„Egy hétéves kislány egy nyarat falun töltött a nagyapjánál az egyik szomszédos országban. Sok embert megismert a faluban, állandó játszótársai voltak. Szeretett ott lenni. Visszaérkezése után néhány hónappal a nagyapja meghalt. A gyerekek nem mondták meg, de természetesen hallotta: azt is érezte, hogy nem lenne szabad tudnia. Újabb félév múlt el. Ekkor a gyerek megtalálta egy fiókban nagyapja képét. „Ki ez a bácsi?” – kérdezte. Nem ismert rá. Az ebből kiinduló beszélgetés során kiderült, hogy alig emlékszik a falura, ahol egy évvel azelőtt a nyarat töltötte, a nevét sem tudja: nem emlékszik az ottani gyerekekre, nyaralásának csupán néhány tárgyi élményét tudja felidézni. Valóban őszintén mondta, hogy senkire sem emlékszik onnét. Mivel a nagyapa halálát titokként tudta meg, mint kínos tudást elfelejtette: elfojtotta a többi vele kapcsolatos emlékképét is” (MÉREI F.- V. BINÉT Á. 1970, 110. l.)

A *regresszió* valamely pszichés funkciónak vagy a személyiség globális magatartásának visszaesése a fejlődés egy alacsonyabb szintjére. A felnőtteknél kritikátlanságban, felelőtlenségben, irreali-

tásban, a külső megjelenés elhanyagoltságában vagy az intellektuális működés elszegényedésében nyilvánul meg. Gyermeknél egy fiatalabb életkorra jellemző, már elhagyott szokás ismétlődése – selypítés, ujjszopás, bevizelés stb. – tapasztalható. A hat éven aluli gyermeknél gyakran figyelhető meg a regresszió kistestvér születésekor. A testvérféltékenység erőszakosabb formáit háritják el, azonosítva magukat – a viselkedés szintjén – a „betolakodott” csecsemővel.

Az izoláció a kínos tudattartalmakat *indulattalanítja*, s az eredeti esemény (trauma) által kiváltott indulatot más tárgyhoz kapcsolja. Az egyén például hevesen kívánja a halálát annak, aki őt nagyon megbántotta. Többször eszébe jut a sértő fél halála, közömbös módon (gyűlölet nélkül), s erős indulattal reagál olyan helyzetekben – például baráti társaságban, szakmai vitákon –, amikor tárgyilagosan kellene érvelnie. Ha temetői szertartáson vesz részt, ideges nevetés fogja el. Gyermeknél a terápia során gyakran tapasztaljuk ezt az elhárító mechanizmust például a szerepjátékok, a bábjáték során, de még a tesztvizsgálatok közben is előfordul. Egy gyermeklélektani rendelésen például a Binet-Simon vizsgálat közben egy nyolcéves gyermektől a következő választ kaptuk a második képnél: „a kisfiú elesik, a bácsi nem nézett maga elé, de a kisfiúnak kellett volna vigyázni, úgy kell neki, most kitöri a nyakát!”

A vizsgált kisfiút – akit depressziós tünetek miatt hoztak a rendelésre – néhány héttel előbb súlyos trauma érte: ittas apja ledobta a szénásszekérről feleségét és gyermekeit, akik kisebb-nagyobb sérüléseket szenvedtek. A vizsgálat közben, a képre asszociálva, a gyerek leválasztotta haragját apjáról, s ahogy az irracionális értelmezés mutatja: azt maga ellen fordította. (A rosszul sikerült izoláció elősegítette a depressziós tünetképződést.)

A *projekció* olyan tudattalan pszichikus folyamat, amellyel az én saját érzelmi vágyait, indulatait más személynek vagy személyeknek – néha az egész környezetének – tulajdonítja. Gyermekkorban a projekció természetes képzetáramlás, főként a fiatal gyermeknél, aki még nem tudja biztonsággal elválasztani a valóságot az erős érzelmekkel – kísért képzeleti képektől. Az én-identitás kialakulásával azonban fokozatosan a magasabb szintű elhárítások lépnek a helyére. Az a felnőtt, aki az élményfeldolgozásnak e primitív, önkényes módja mellett kitart, állandó összeütközésbe kerül környezetével, úgy érzi, hogy sértik, üldözik.

A pszichológiai diagnosztika és a pszichoterápia az érzelmek és az indulatok kivetítésének, azaz a projekció mechanizmusának révén mélyre tud hatolni a neurózisokat kiváltó körülmények ok-okozati összefüggéseiben. A gyermek szerepjátékainak, bábozásainak, meséinek, rajzainak tartalmi igen gyakran *szimbólumok*. Ezekben jelennek meg élményei, szorongásai, gyűlöletei és vágyai, amelyeket nem tudna

másképpen elmondani. E tartalmak ugyanis nagyrészt nem tudatosak, de még a tudatos élmények megfogalmazásához sem eléggé fejlett a gyermek verbális készsége. S nem utolsósorban gátlóan hatnak rá a családi tilalmak, konvenciók, szokások. De az elmélyült játékban és az „alkotásban” az emóciók elsöprik a szociális normák gátjait, és létrejön az értelmezhető projekció.

Illusztrációként szolgálhat egy kilencéves, szorongó, kommunikációra nem bírható kislány esete, aki a pszichológiai rendelésen kesztyűbábokkal azt a történetet játszotta le, hogy a részeges király eladja lányait, akik később férjeikkel, a szomszéd hercegekkel visszatérnek, megbocsátanak az ijedtségtől majdnem szörnyethaló királynak, s az megígéri – térden állva -, hogy nem fog többé inni. E játék után igyekeztünk az édesanyától bővebb tájékoztatást kapni férjére vonatkozóan, és mint várható volt, megtudtuk, hogy amikor az apa részeg, akkor azzal fenyegeti a kislányt, hogy eladja.

A neurotikus felnőttek vizsgálatában is használnak különféle projekciós tesztek (Rorschach, TAT), amelyek indirekt módon mozgósítják a vizsgált személyben a konfliktusaira vonatkozó asszociációkat, oldják a terápiával szemben tanúsított kezdeti ellenállását.

*A meg nem törtéنتé tevés*, az előzőkhöz hasonlóan, a kisgyermeki elhárítás egy formája: a gyermek utólag szeretné eltörölni a megtörtént eseményt, például az eltört játékot összeilleszteni, mintha ezáltal újra egészé válna. A mágikus gondolkodás ismert mechanizmusával van dolgunk: a történések visszafordíthatók, a jelen hat a múltra. Ha a gyermekkori mágikus „mindenhatóság” érzése a felnőttben tovább él, úgy ez a nem adekvát elhárítási forma jelzi, hogy viszonylag súlyos kényszerneurotikus tünetképződés jöhet létre. „Tudjuk, hogy bizonyos neurózisokat szilárd kapcsolatok fűznek bizonyos elhárító technikákhoz, például a hisztériát az elfojtáshoz, a kényszerneurózist az elszigeteléshez, a meg nem törtéنتé tevéshez”. – írja ANNA FREUD (in: BUDA B. szerk., 1971, 169. l.)

A serdülőknél – a gyermek- és a felnőttkor között – a „meg nem törtéنتé tevés” kitartó álmodozásban, naponta folytatódó vágyteljesítő történetészvésben, a realitáshoz való rossz alkalmazkodásban érhető tetten.

*A reakcióképződés* szintén a gyermekkorban kezdődő folyamat, de tovább kísérheti a serdülőt és a felnőttet is, befolyásolva az én-identitás, a személyiség formálódását. Lényege, hogy az elhárított indulattal *ellentétes* szokás, illetve magatartás alakul ki. Gyermekeknél például az exhibíciós készlet túlzott szemérmességgé válik, a család és az iskola korlátozásai miatt érzett harag féktelen bohóckodásban lel kiutat. ANNA FREUD említi egy fiatal nőbeteg esetét, aki gúnyosan beszélt magáról, amikor gyengéd vágyakozó vagy szorongó érzelmek uralkodtak benne. Gyermekanalízisei során tapasztalta, hogy egy kis-

fiú szorongását harcias játékokkal hárította el, egy kislány pedig kisebbrendűségi érzésének kivédésére gyakran játszotta a varázslójátékot, amelyben egy mozdulatával megváltoztatta a világot (in. BUDA B. szerk. 1971, 173. 1.).

Az *azonosulásról* mint a szocializáció alapvető feltételéről már az előzőekben szóltunk. Meg kell azonban említenünk elhárító mechanizmus minőségében is. A kötődés a biztonságot nyújtó, szeretett személyekhez, a félelem és a szorongás elhárításának primer módja feszültségcsökkentővé válik.

A gyermek szerepjátéka például a követelmények, a normák elfogadását könnyíti meg. Másrészt – a freudi elmélet szerint – a büntető és fenyegető szigorú apa elleni védekezésül a gyermek „azonosul az agresszorral”, elkerülve így a büntudati szorongást.

Kisebb mértékben ugyan, mint gyermekkorban, de a későbbi életszakaszban is folytatódik az azonosulás feszültségcsökkentő működése, amikor példaképet követ, barátokkal, szerelmi partnerrel azonosul, vagy eszmények megvalósításáért küzd a fiatal és a felnőtt. Az azonosulási képesség hiánya, vagy az azonosulással való permanens szembenállás – az ellenazonosulás – neurotikus illetve pszichopátiás személyiségfejlődésre utal.

A *kompenzáció* az egyénre hátrányos, konfliktust okozó tudattartalmakat ellensúlyozza valamilyen, az átlagosnál magasabb teljesítménnyel. SIGMUND FREUD ezt az elhárító mechanizmust nem említi, viszont igen nagy jelentőséget tulajdonít e folyamatnak A. ADLER, egykori követője, aki elfordulva mesterétől, megalkotta az *individuálpszichológiai* irányzatot. ADLER egyik központi gondolata, hogy a környezetén uralkodni nem tudó egyénben (ma úgy mondanánk inkompetens egyénben) kisebbrendűségi érzés keletkezik. Ezt, jó esetben, fenti módon képes kompenzálni, de ha kudarcot vall, akkor kisebbrendűségi komplexusa patológiás útra terelődik. A harmincas években Amerikába emigrált „neofreudisták” közül számosan elfogadták ezt az elméletet, és beépítették saját teóriájukba.

Az *elaboráció* a legmagasabb szintű elhárító működés: a pszichikus tartalmak feszültségét értékes, kreatív tevékenységgel csökkenti. Traumák vagy konfliktusok miatt a pszichikumban létrejött zavaroktól – gátlásoktól, szorongásoktól – az elaborációval (feldolgozással) oly módon szabadul meg az egyén, hogy társadalmi szempontból értékes dolgot valósít meg, s ezzel saját érzelmi, intellektuális vagy szociális képességeit is fejleszti, kiteljesíti.

Gyermekkorban, jó irányú személyiségfejlődés esetén, az életkor-nak megfelelő, aktív, örömteli cselekvések tekinthetők sikerült elaborációnak. Ilyenek az elmélyült, kitartó játékok, az élményhátterrel bíró képi ábrázolások (GERŐ ZS. 1974), az érdeklődés széleskörűsége, változatossága, a kommunikációra való törekvés, a kortársi kapcsolatok



dinamikus alakítása, az önszabályozásra, az autonómiára, a kompetencia megszerzésére való irányulás.

Felnőttkorban az elaboráció keretei egyre bővülnek. A munkavégzés, a személyi és társadalmi identitás kialakítása, a döntési helyzetek normákhoz közelítő megoldása, a családért, a gyermekekért, az életcélokért vállalt áldozatok az elaboráció számtalan lehetőségét nyújtják. Némely hivatás – orvos, ápolónő, pedagógus, pszichológus stb. – gyakorlása közben, az egyén mindennapi munkája során átlagon felüli segítséget, támaszt, empátiát biztosíthat embertársainak: ez is a hatékony elaboráció egyik formája.

SIGMUND FREUD sokat foglalkozott az elaboráció speciális fajtájával, a *szublimációval*, amely a *tudományos és a művészi alkotásokban* valósul meg. Az indulatok roppant energiája az egész emberiség részére értékes, kiemelkedő, egyedi produktumok hajtóerejévé válik...

## A depresszív magatartás

A gyermekkori depresszív állapotra sajátos érzelmi, cselekvési, gondolkodási és szomatikus zavarok jellemzőek.

Az *alaphangulat* nyomott, szomorú, nyugtalan, ami megnyilvánulhat érzelemmentes, közömbös magatartásban vagy ellenkezőleg, mindenütt veszélyt gyanító, panaszkodó viselkedésben.

*Indítékszegénység*, érdeklődéshiány, bágyadt mozgás gátolja a cselekvést, a gyermek passzivitásba süllyed.

A *gondolkodás* lassú, monoton, nehézkes. Dekoncentrálttság, szétszórtság tapasztalható.

*Szomatikus* tünetek: alvászavar, étvágytalanság, tónuscsökkenés, súlyvesztés.

Gyermekkori depresszív magatartást (illetve személyiséget) akkor diagnosztizálhatunk, ha a fenti tünetek – kisebb-nagyobb mértékben – *egyidejűleg* állnak fenn. A felnőttek depressziójára – egyéb zavarokkal társulva – *hasonló tünetegyüttes jellemző, az enyhébben károsodott depresszív gyermek azonban, a felnőttől eltérően, időnként játszik, mosolyog, próbálja az egészséges személyiségű gyermekeket utánozni vagy alkalmazkodni hozzájuk.*

*A szakirodalom különbséget tesz a depressziós személyiségfejlődésű és a reaktív depresszióval küszködő gyermek között.*

A *depressziós személyiségfejlődés* mélyen gyökerező, nehezen gyógyítható folyamat: a hospitalizációs ártalom egyik következményének, az anaklitikus depressziónak szinte egyenes folytatása. A gyermek részére a világnak nincsen „felhívó jellege”, *megismerő és cselekvő aktivitása már kora gyermekkorban gátlás alá került.* A világ tárgyai

nyugtalanítóak vagy közömbösek számára, ezért is nem tud játszani. Ötletei nincsenek, unatkozik, egyedül lézeng, néha sztereotip foglalkozásokkal tölti idejét. A hasonló életkorú gyermekek nem kapcsolódnak hozzá, mert nem tudják vele megosztani érzelmeiket, érdeklődésüket, nem tudják bevonni cselekvéseikbe.

*A pszichoreaktív depressziós tüneteket mutató gyermekek képe-  
sek személyi kapcsolatokat kötni.* Rendszerint puha, érzelemgazdag  
gyermekek, akik részt vesznek mások bánataiban.

Tüneteik tragikus élmények, tragikus életsors vagy rendkívül mély szorongásos állapot következményei. Depresszívvé válhat a gyermek, ha olyan családban nő fel, ahol a felnőttek nyomott hangulatúak és a gyermek azonosul velük.

Ha a depresszív reakció 9-10 éves korban vagy még később alakul ki, és együtt jár a családtagok elvesztésével vagy a bennük való súlyos csalódással, a gyermek rendkívül veszélyeztetett helyzetbe kerül. Tartós csavargásba, narkotikumok által szerzett „csodákba” menekül, esetleg öngyilkosságot kísérel meg.

A reaktív depresszív állapotnak a depressziós személyiségfejlődéstől való differenciáldiagnosztikája nem elsősorban a tünetek különbözőségére épül, mint inkább annak a felderítésére, hogy a gyermek csecsemőkorában sérült-e, hogy jelenlegi állapota az „anaklitikus depresszió” következménye-e, vagy pedig későbbi életkorban érte az a trauma, amelynek pszichikus feldolgozása feltételezhetően még folyamatban van.

Az alábbiakban a depresszív gyermekek eltérő típusainak magatartási jellegzetességeit szemléltetjük, nevelőotthonokban készült pszichológiai leletekkel. (Az intézetekben sok depresszív gyermek él.)

### **Depressziós személyiségfejlődésű gyermekek:**

*„M. Zs. tizenkét éves fiú, 5. osztályos.*

*A csoportvezető véleménye:* „Gyenge képességű, nem tud alkalmazkodni, szeret egyedül lenni. Sokszor céltalanul bolyong. Rendetlen, játéknak tekinti tanzsereit is.”

*Pszichológiai vélemény:* csecsemőkora óta állami gondozott. Nyugtalan, riadt, infantilis, de emellett hideg magatartású. Nagyon nehezen oldódik, először nem volt hajlandó csak igennel és nemmel válaszolni. Látszólag inkább személytelen vagy irreális kapcsolatokhoz való ragaszkodás jellemzi, de ezekről is könnyen leválik. Valójában egészen magányos. Értelmileg a tízéves gyermekek szintjének felel meg.

Családi körülményei rendezetlenek: anyját baleset érte, fél karját elvesztette, leányanya. Egy bátyja pedagógiai intézetben van. (Az intézet nevelői szerint

anyai ágon családi terheltég áll fenn.) Kapcsolata édesanyjával nagyon rossz, testvérét nem szereti. Nagyanyja is csak bátyját látogatja, illetve viszi ki magához.

Étvágytalan, nehezen alszik el.

Egyéni bánásmódot, törődést igényel, ha lehetőség van rá, pszichoterápia megkísérelendő.”

*„N. M. tizenkét éves leány, 5. osztályos*

A nevelőotthon „speciális” intézeti elhelyezését javasolta. A nevelői jellemzés szerint: „Dacossága és gátoltsága miatt nagyon problémás gyermek, sok türelmet igényel. Sajnos senkihez sem kötődik, semmi sem érdekli, mindenki és minden iránt közömbös. Tudomásunk szerint anyjával egyszer találkozott, anyja után vágyódik. Rokonai közül senki sem látogatja, nem ír neki levelet.”

*Az idegorvosi vizsgálat szerint:* gyengén táplált és fejlett, nem pubertál. Enyhén hipermotilis. Erős dermatografizmus, tenyerek nedvesek, enyhe tremor. Agyidegek, reflexkör rendben, szív felett zörej. Dg.: Testi fejlődésben, érésben elmaradt. Milióártalom neurotikus tünetekkel.

*Az pszichológiai vizsgálat szerint:* Egynapos kora óta állami gondozott, azóta 3 nevelőszülőnél és 4 intézetben nevelődött. Egyik nevelőszülőpárra sokat gondol, ők hatéves korában adták vissza a Gyermekvédő Intézetbe, de ezekkel sem tud kapcsolatot teremteni.

Érzelmi és társas magatartásában erős hospitalizációs jegyek mutatkoznak. Bár az exploráció során zárkózott, egykedvű, mégis felszínre került, hogy teljes árvasága, kapcsolatnélkülisége állandóan foglalkoztatja. A tesztvizsgálatokban nagymértékű szorongást árult el. Válaszait alig lehetett megérteni, suttogott, egész testében remegett. Értelmi fejlettségének fokát így pontosan megállapítani nem lehetett, becslésünk szerint közepes szintű. A projekciós tesztek perszeverációt, sivárságot tárnak fel. Halmozottan fordulnak elő suicidképzetek. *Az összkép depressziós személyiségfejlődésre utal.* A pubertás folyamán esetleg még kötődésre képes, pszichoterápiás foglalkozással feltehetően enyhíteni lehetne szorongásain és magányosságán.”

## **Pszichoreaktív depresszív állapotú gyermekek:**

*„S. I. hatéves fiú, óvodás.*

Jó értelmi képességű, igen érzékeny gyerek. Érzékenysége miatt fokozottabban sínylette meg az őt érő milió- és nevelési ártalmakat (alkoholista szülők, teljes elhanyagolás). Nagyon erősen fantáziál, fantáziáiban nagyrészt félelmek és az ezek következtében kialakuló agressziók szerepelnek.

Egy év óta állami gondozott. Ezalatt két nevelőszülőnél és két nevelőotthonban volt.

Az első intézetben két hétig alig szólalt meg, sokszor zokogott, felfokozott érzékenység és elzárkózó magatartás jellemezték. Nehezen alszik el, nagyon étvágytalan. A pszichológiai vizsgálaton csupán hosszas foglalkozás után szólalt meg, csak a negyedik alkalommal volt vizsgálható állapotban, de igen nehezen alkalmazkodott a feladathelyzethez, dekoncentrált volt.

Az intelligenciavizsgálatok szerint a normális intellektus alsó határán mozog. Kissé beszédhibás. Képolvasásra a 4-5 éves kornak megfelelően képes. Számfogalmai a hármas számkörre terjednek ki. Performációs vizsgálatokon sok

az irányítévesztés, vonalvezetése reszketősen bizonytalan, a vonalak kapcsolódási helyei nem megtartottak.

A csoportjában sohasem játszik. Bábozásnál a bábukat nem beszélgeti, csak a vizsgálatvezetővel együtt játszott.

A személyiségvizsgálat adatai szerint súlyos milióártalmakra és emocionális traumákra kibontakozott *pszichoreaktív depresszív állapotban van*. Kívánatos, hogy a csoportéletbe csak fokozatosan, *erőltetés nélkül* kapcsolódjon be. Fontos, hogy először az óvónőhöz kötődjön, még a csoporttevékenységtől való visszahúzó-dását is el kell nézni ennek érdekében.”

„V. A. tizenhárom éves leány, 5. osztályos.”

Egy év óta állami gondozott csavargás miatt. A gyerek elmondja, hogy késő este, amikor nem mert hazamenni, a pincében bújt el két napig. A nevelő véleménye szerint: decemberben szökésben volt, otthon nem talált senkit, bemászott az ablakon és három napig nem evett semmit, a sarokban kuporodva találták meg, megdermedve. Gyanakvó, visszahúzó, ingerlékeny. Ha dührohama van, társai testi épségét veszélyezteti. Órákon feláll és kimegy. Előfordul, hogy reggel elmegy és késő este tér vissza az intézetbe.

*Az idegorvosi vizsgálat lelete:* inreflexek nehezen kiválthatók. Élénk hasi reflexek. Tremor közepes, tenyerek nedvesek. Étvágytalan, rosszul alszik!

*A pszichológiai vizsgálat lelete:* értelmileg retardált, de nem értelmi fogyatékos. Gátlásossága miatt erősen romlik teljesítménye. Fáradékony. Viselkedése infantilis, nyugtalan. Mozgása lassú. Hangulata nyomott, indítékszegény, félszeg, sodorható. Tettei következményeit nem tudja felmérni, irreális, támasz nélküli, erősen szorongó. Szüleivel való kapcsolatát támogatni kell. *Pszichoterápiára szorul* reaktív depressziója miatt.”

Specifikus reaktív depresszióknak tekinthető a *gyászreakció*, amit a gyermek szülőjének vagy közeli hozzátartozójának halála vált ki. VIKÁR GYÖRGY (1984) jelentős tanulmányában mélyrehatóan elemzi a szakirodalomnak e témára vonatkozó elméleteit és kezelt eseteit.

A gyermeki gyászreakció miatt viszonylag kis számban kerülnek pszichológiai és pszichiátriai rendelésre a páciensek, pedig fontos lenne, hogy a gyermek környezete és a gyógyító intézmények felismerjék a többnyire elfedett, elnyomott traumatikus veszteségélményt, és segítsék a gyász feldolgozását. „A kérdésnek különös hangsúlyt ad – írja a szerző –, hogy egyes pszichiátriai vizsgálatok a későbbi depressziók anamnézisében feltűnő nagy számban (41 %) találták az egyik szülő korai halálát. Különösen a korai árvaság és a felnőttek reaktív depressziója közt találnak kapcsolatot” (107. l.)

VIKÁR saját esetei alapján feltételezi, hogy a gyermek gyászát a freudi „isméltési kényszer” segítségével fantáziaszövögetésekben dolgozza fel. (Ha ez nem történik meg, a veszteség patogén jelleget ölthet: a különböző neurotikus tünetek rögződnek). A *gyászmunka* folyamatában szabályszerű időbeli egymásutániság tapasztalható: először jelentkezik az elhárítás, azután a gyermek fantáziájában felbukkanak a trauma egyes részletei, majd összefüggővé válnak, és ezek után

a pszichoterápiában a traumatikus élmény tudatosítható és elaborálható.

EMILE AJARD francia író híres regénye „La vie devant soi” (Elöttem az élet...) művészi erővel ábrázolja a 14 éves Momo tragikus gyászát. Momo, egy meggyilkolt arab prostituált gyermeke, akit hároméves korától egy csúnya, beteg öregasszony – kiöregedett prostituált – nevelt fel. A gyerek egészséges, okos, érzelemgazdag fiúvá serdül, aki talpraesetten tájékozódik a párizsi szubkultúra dzsungelében. Róza mama haldoklik, és rettenetesen fél, hogy kórházba viszik, ahol az orvosok meghosszabbítják szenvedését. Momo egy éjjel letámogatja a pincében berendezett titkos kis szobájába, ahol hamarosan békésen meghal. A fiú nem bírja elhagyni. Három hétig az oszladozó hulla mellett marad, üvegszámra önti rá a kölnivizet, arcát újra és újra bekeni pirosítóval és púderrel, amíg a ház lakói a halott asszony mellett fekvő eszméletlen fiúra rá nem találnak. Momo egyedül Róza mamát szerette, és nagyon sokszor csalódott rövid életében. Kisgyermekkorában átélte az anyjától való elszakadás traumáját, később az apaimagóban való brutális csalódását, serdülő korában egy szép fiatal színésznő pártfogolja (Momo talán szerelmes belé, talán anyahelyettes), akinek gyermekei egy látogatásakor megalázzák. A magával tehetetlen Róza mamának szenvedéseiben, agóniájában felnőtt módon kell támaszt nyújtania.

A regény végén a *patológiás gyászreakció*, bármilyen rémületet keltő is, nem tűnik érthetetlennek. Ismét egy példa arra, hogy a szépirodalmi ábrázolás meg tudja ragadni a pszichikus folyamatok lényeges elemeit.

## **A gyermekkori kényszerek**

A kényszeres tünetek olyan állandóan ismétlődő, a reális élethelyzet által nem indokolt, furcsa, többnyire szorongással összekapcsolt gondolatok, cselekvési késztetések, amelyekről a kényszeres gyermek úgy érzi, hogy azok akaratától függetlenek. „Muszáj” valamire gondolnia (esetleg szavakat magában mondogatnia), vagy valamit meg kell tennie meghatározott időben, mindig egyformán, különben baj éri őt vagy egyik családtagját.

A gyermekkorban mutatkozó kényszer gondolatokat és kényszer-cselekvéseket nem tekinthetjük kényszerneurózisnak, sőt még azt sem állíthatjuk, hogy a későbbi kényszeres karakter előjelei. A gyermekori kényszerek ugyanis fejlődéslélektani folyamatokhoz kapcsolódnak:

1. a gyermekek egy része még nem hagyta teljesen maga mögött a kisgyermekkori mágikus gondolkodást, ambivalensen ugyan, de hisz még abban, hogy a gondolat és a kívánság mindenható, s a veszélyt rejtő realitáson ezekkel úrrá lehet;

2. a varázsmondatok, a ceremóniák vagy a játéknak is felfogható bizarr cselekvések (meghatározott kövekre lépni az utcán, hármat fordulni, mielőtt bemegy az ajtón stb.) az „izoláció” elhárító mechanizmusaként csökkentik büntudati vagy teljesítményszorongásait.

A legtöbb felnőtt vissza is emlékszik gyermekkorának ilyen jelenségeire, amelyek elmúltak, ugyanúgy mint a gyermeki fejlődés egyéb, átmeneti mozzanatai: nappali álmodozások, érzelmi történések.

Előfordul azonban, hogy a kényszer gondolatok ijesztőek, a gyerekek egész valójában ki van nekik szolgáltatva, és nagyon szenved. A depresszív magatartás DÜHRSSSEN (1962) idézi egy gyermek szavait: „Mindig arra kell gondolnom, hogy előjöhetnek a bogarak. Tudom jól, hogy nincsenek bogarak, de mégis állandóan ilyen furcsa elképzeléseim vannak. És akkor félek.”

Ha a pubertásig elhúzódóan, fokozódó intenzitással jelentkeznek a fentihez hasonló tünetek, akkor feltehető, hogy valódi kényszerneurozissal kell számolnunk, aminek orvoslása csak pszichoterápiás kezelés keretében történhet.

DÜHRSSSEN – és más freudi iskolák – elmélete szerint a kényszerneurozisz a gyermek második és harmadik életévében bekövetkezett károsodások utóhatása. A motoros funkciók intenzív érlelődésének korszakában a gyermek szenvedélyesen kívánja a mozgást és a tárgyi cselekvést. Ha túl sok büntetés és dresszúra éri a motoros funkciók gyakorlása, a cselekvés, az expanzió miatt, és a korlátozások ellen feltámadt agresszív tendenciáit is el kell nyomnia, akkor a látszólagos alkalmazkodás háttérben feszültség és izgalmi állapot húzódik meg, ami megbontja a személyiség egyensúlyát. *Az ilyen gyermek részére a világnak túlhangsúlyozott „felszólító jellege” van, mert a környezet a gyermeket állandóan kötelezettségekkel és szabályokkal veszi körül.*

Károsodást szenved nemcsak önálló gondolkodása, cselekvése, akaratának kibontakozása, de *saját tudati folyamatainak aktív irányítása is*. Később, nehéz élethelyzetekben gyenge énműködése felmondja a szolgálatot: a gyermek spontánul feltörő tudattartalmait úgy éli meg, mint tőle idegen kényszert. Így keletkeznek a rögződött kényszer gondolatok (mágikus, agresszív vagy mazochisztikus fantáziák), és a kényszer cselekvések (rendcsinálási, mosakodási, tisztogatási stb. sztereotip tevékenységek).

## Disszociális tünetek

Míg a szorongásos, depresszív, kényszeres magatartásokat és motivációit a gyermek énidegennek, akaratától függetlennek érzi, addig a disszociális magatartásokat mind a gyermek, mind környezete többnyire szándékosnak tartja. A motiváció ezúttal is rejtett, habár a gyermekek homályosan érzik fenyegetettségüket, leküzdhetetlen indulataikat. A klinikai pszichológia általában neurotikus tünetként értelmezi a gyermekkori disszocialitást, tekintve, hogy más neurotikus megnyilvánulásokhoz hasonlóan, frusztrációk és konfliktusok következményeként jön létre, és a környezeti hatások megváltoztatásával, illetve *pszichoterápiával gyógyítható*. A disszociális neurotikus tüneteknek esetleges későbbi, valódi antiszociális állapotba való átfordulását ebben az életkorban még nem lehet prognosztizálni.

### Az agresszivitás

A gyermekkori disszocialitás legáltalánosabban tapasztalt megnyilvánulása az agresszív magatartás.

*Az agresszív magatartás:* különbözőképpen jelentkezik a különböző életkorú, alkatú és élettörténetű gyermekeknél. Ugyancsak változó a különböző szituációkban.

A szenvedés előidézését célzó, ellenséges viselkedés már a gyermekkorban is igen széles skálájú: az agresszív gyermek bosszantja társait, dühösen és kegyetlenül verekszik, alattomosan, váratlanul és ok nélkül csípi, rúgja, kínozza azt, akit éppen lehet, gúnyolódik, szitkozódik, durván becsmérel gyermeket, felnőttet, rágalmaz, „öncélúan” pusztít és rombol.

Bár a legújabb kísérletek megcáfolták azt a hipotézist, hogy minden frusztrációnak törvényszerű következménye az agresszió – már megismertedtünk a frusztrációk két másik következményével: a regresszióval és a szorongással -, kétségtelen azonban, hogy a *frusztrációkra adott leggyakoribb válasz az agresszív magatartás*.

A gyermekek agresszivitásának legjelentősebb forrásai az alábbiak:

- A gyermek kínzó szorongásai leküzdésére, „megsemmisítésére” ösztönösen megtalálja a támadást mint kiutat.

- Az agresszív személyiségfejlődés egyik kiindulópontja lehet a szülők (intézetben nevelkedő gyermekeknél a nevelők) indulatos-agresszív magatartása a *dackorszakban* lévő gyermekkel szemben. Ha büntetésekkel, verésekkel, szeretetmegvonással folyamatosan akadályozzák a kisgyermek önálló akaratú törekvéseit, kísérletezését, ta-

pasztalatszerzését, „énelményének” gyakorlását, úgy az ismétlődő frusztrációkra a gyermek egyre erősödő agresszív reakciókkal válaszol, és ez a választípus rögződhet, karaktervonásává válhat.

- Az érzelmi frusztrációk és a környezet durva, erőszakos magatartása nemcsak a dackorszakban, hanem minden életkorban kiválthatja a gyermek agresszivitását és annak megtapadását a személyiségdinamikában.

Közismert, hogy a verekedő, kegyetlen társai iránt rosszindulatú (rágalmazó, árulkodó) gyermekek nagy többsége a családban elszenvedett agressziókat és frusztrációkat torolja meg a gyermekközösségben.

A szülők és más felnőttek agressziója nem csak a verésben és a büntetésekben kaphat formát. A *szavakban kifejezett támadások*, sértések, gúnyolódások, egy becsmérlő arckifejezés vagy lekicsinylő legyintés éppen olyan erős bántást jelenthet, mint a pofon.

Az átélt szorongások, agressziók és a gyermekben ennek nyomán feltámadt érzelmi reakciók: a dac, a kirekesztettség, a gyűlölet, a bosszúvágy – kedvezőtlen körülmények között – a fejlődés folyamán *összegződnek*, tartós életérzéssé válnak, s később társadalom ellenes cselekvésekben, bűnözésben törnek utat.

GYÖRGY JÚLIA (1967) monografikus művében sokoldalúan elemzi a disszocialitás és az agresszió kapcsolatát. „Az agresszió forrásait illető szétágazó vitában álláspontunkat a következőkben foglalhatom össze. Az agresszív ösztönöknek éppúgy van született, potenciális komponense, mint minden más struktúrának (más ösztönnek, továbbá az intelligenciának stb.), azonban a körülményektől, az egyént az élet folyamán érő külső ártalmak jellegétől és tömegétől függ annak későbbi telítettsége, belső feszültségi foka, mely ha magas szintet ér el, az ingerküszöböt leszállítja. Másrészt ilyen esetekben ugyanazon traumás élmények, melyek az agressziót ily magas belső szintre emelik, az érzelmi disszociációt is előidézik, s ugyanazon okból az énfékek fejlődése is zavart szenved. Így azok is elégtelenné válnak, tehát az egész belső miliő alkalmassá válik arra, hogy a felgyűlt agressziók – pozitív érzelmek enyhítő hatása s az énfékek korlátozása nélkül – impulzív cselekvésekhez, féktelen «acting-out»-hoz jussanak” – írja a szerző (125. l.).

*Az érzelmi élet e zavarainak korrekcióját csak az agressziót kiváltó okok feltárása alapján lehet megtervezni.* Figyelembe kell venni a következő alapelveket:

Elsősorban az agresszió állandó forrásait, a felnőttek félelemkeltő bánásmódját kell megszüntetni és a gyermek szorongásait csökkenteni. Ezért szükséges, hogy a szülő, illetve a nevelő az agresszív gyermeknek is *bizalmat, szeretetet, támaszt előlegezzen*. A támasz nem jelent kényeztetést, ha magában foglalja a határozott követelményeket, a következetes irányítást. (Az agressziók szabadon engedése,



közvetlen lereagálása nem csökkenti az újabb és újabb támadó törekvések valószínűségét.) Az erőszakos gyermeket *feladatokkal kell ellátni*, ez egyrészt levezeti belső feszültségét, másrészt bekapcsolja a közösségbe, megszabadítja magányosságától. Beváltak a fizikai erőfeszítést igénylő munkák, a kisebbek védelme, gondozása, a szervezési megbízatások.

*Feltétlenül elkerülendő, hogy a felnőtt*

- indulatkitörésekkel újabb mintát nyújtson az agresszióhoz;
- csendes, visszafojtott ingerültséggel bánjon a gyermekkel;
- kényeztesse, babusgassa, gyengeséget, következetlenséget tanúsítson (ez csalódást jelent a felnőtt irányító tekintélyében, és ezáltal támaszvesztést).

Ha a gyermeket agresszív, negativisztikus magatartása miatt nevelőotthonba helyezték, és ott újabb nevelői ártalmak érik, hamarosan kialakulhat az az állapot, amit György Júlia „züllöttségi alaphangulatnak” nevez.

*S. T. 12 éves fiú, 6. osztályos*

„Három éve állami gondozott. Apja alkoholista, büntetett előéletű. Valószínűleg édesanyja is iszákos. Nevelőapja a gyermek édesanyját elhagyta, jelenlegi tartózkodási helye ismeretlen. Otthon sokat és erősen verték.

A nevelőotthonból kapott tájékoztatás szerint a gyerek sokszor, huzamos időre szökik, társaival szexuális játékokat folytat, s többször komoly összegeket lopott. Enuretikus.

Anamnézisében sok baleset, kórházi ápolás, és egy ízben agyrázkódás szerepel.

*Az orvosi vizsgálat szerint* gyengén fejlett, vézna gyermek, a pubertásnak testileg még nincs nyoma. Normális reflexkör.

*A pszichológiai vizsgálat szerint* értelmi fejlettsége kora átlagának megfelel. Indulatilag fékezhetetlen. Stressz helyzetben irreális magatartás, időnként zárlatos viselkedés, erős agresszív feszültséggel. Testi fejletlensége ellenére szexuálisan túlfűtött. Személyisége, életkorához mérten infantilis. A projekciós tesztekben az agresszióra utaló válaszok hangsúlyosak. Gondolatvilágát ezek a tartalmak uralják, nem képes belőlük kilépni, szinte kényszerítő erővel, vissza-vissza térnek. A tesztek büntudati feszültséget és a szexualitással összefüggő szorongást is jeleznek. Érzelmi életére viszonylag gyenge ingerekre adott maximális (inadekvát) reakció jellemző. Kötődési igénye erős, a kapcsolatokat azonban nem képes megvalósítani, gátlásai, agresszív kirobbanásai miatt. Kriminálisba való sodródása nem zárható ki.”

## A hazudozás

Nem nevezhető neurotikus, sem prekriminális tünetnek, ha a gyermek egyszer-egyszer hazudik. A hazugság indítéka ilyenkor rendszerint jól megérthető, és a hazugság maga könnyen besorolható a gyermeki hazugságok valamelyik ismert kategóriájába; a „fantázia vagy dicsekvési hazugság”, a „félelmi”, a „szolidaritási” vagy az „utánzásos” hazugságok körébe. (Utóbbi főként akkor lép fel, ha a gyermek környezetében gyakran tapasztalja a konvencionális hazugságokat.)

A *kóros hazudozás* – ami a jól megkonstruált szélhámosságig fokozódhat – szembefordulást jelent a felnőttekkel, akik nem elégítik ki a gyermek érzelmi szükségleteit. Bizalmatlan mindenkivel szemben, magányos, lehangolt – s kárpótlást talál a hazudozásban. Ilyenkor jól érzi magát, mert a felnőttek fölé kerekedett, „hatalmas” lett.

*„O. I. 9 éves leány, 3. osztályos*

Az iskola hazudozásai miatt küldte a gyermekpszichológiai rendelésre.

*Az pszichológiai vizsgálat lelete:* Értelmileg kora átlagának megfelelő szinten áll, de teljesítményét igen nagymértékben rontja ingadozó figyelme, kapkodása. Lényeglátása, az elvont fogalmak kialakulása korának megfelelő. Az alapkészségek közül számolásban marad el kissé. Viselkedése derűs, érdeklődő, kapcsolatkereső volt. Kiemelkedő muzikalitású kislány!

Kapcsolatkész, bár a munkájukkal elfoglalt szülők keveset törődnek vele, érzelemgazdag. Az infantilis dac és a „jónak lenni” törekvés dilemmáját éli át. Indulatait nehezen fékezi, sértődékeny.

Hajlamos arra, hogy a valóságot vágyainak megfelelően átszínezzé, és az így adódó „hazugságait” feltehetően maga is elhiszi. Magányos, szorongó, félelmei feldolgozásában nincs támasza, ennek is nagy szerepe van a hazugságaiban.

Szeretetteljes bánásmóddal, kreativitása kibontakoztatásával jó irányba fejleszthető.”

## A lopás

Nem tartozik a súlyos tünetek közé – de figyelmeztet a gyermek érzelmi konfliktusaira -, ha *időnként* pénzt vagy valamilyen más értéket visz el otthonról, hogy társainak ajándékot adjon, és ezzel barátokat, szeretetet vásároljon magának.

A *neurotikus lopás* körébe tartozik viszont az úgynevezett *kárpótlásos lopás*, amikor a gyermek érzelmi kapcsolatai legszűkebb környezetében – a családban vagy a nevelőotthonban – felbomlanak, és talajvesztett, dacos, gyűlölködő állapotában *rendszeresen meglopja környezetét*. Ez kárpótlás az elvesztett kapcsolatért, és egyben bosszúállás is.

## A csavargás

Rendkívül elterjedt és sokértelmű tünet. Lehet epilepsziás szimptóma, enkefalopátia, neurózis, pszichopátiás fejlődés tünete, de lehet egészséges személyiségű gyermek egészséges reakciója is elviselhetetlenül nehéz életkörülményeire. Az is megtörténik, hogy prepubertásos gyermekek kalandvágytól hajtva szöknek el ingerszegény, kevés élményt nyújtó környezetükből.

GYÖRGY JÚLIA (1965) behatóan vizsgálta a gyermekkori szökés, csavargás okait, fő típusait és pszichikus mechanizmusait. Megkülönbözteti:

1. A szökés-csavargás enyhe alakját, amikor a gyermek igényét ki nem elégítő, rendszerint túlfegyelmező környezetével szembehelyezkedve, iskolát, napközit kerül, és egyedül vagy csoportosan csavarog, *játék*, szórakozás céljából;

2. A több napon át tartó, ismétlődő – gyakran reális okoktól független – *kényszeres jellegű*, neurotikus csavargást, amely érzelmi-indulati feszültségekkel, szorongással, agresszióval és pánikállapottal jár együtt;

3. Valamilyen *súlyos trauma* hatására kialakult, reaktív depresszív állapotban bekövetkező elszökést és kóborlást. (Gyakori az örökbefogadott gyermekeknél, amikor megtudják származásukat.)

A csavargási szindrómák közös vonása, hogy a régebbi érzelmi konfliktusok talaján aktuálisan bekövetkezik a családtól való érzelmi elszakadás, „a magány és az érzelmi-indulati dekomponált állapot”. Indokolt tehát – főképpen a 2. és a 3. típusnál – a pszichoterápiás foglalkozás.

A gyermekkori csavargás tünetét társadalmi szempontok miatt is igen komolyan kell venni, mert a csavargó gyermekek kriminálisan *veszélyeztetettek*. Az érzelmi konfliktusokat a csavargás nem oldja meg, sőt súlyosbítja.

Az intézeti elhelyezés ritkán vezet eredményre. FARKAS LAJOS (1970) közli, hogy „az 1968-ban a Budapesti Rendőr főkapitányság Fiatalkorú- és Gyermekvédelmi Osztályán vizsgált 3338 csavargó gyermek 59,8 %-a intézetből szökött meg.

*J. Á. 12 éves fiú, 6. osztályos*

Az intézet igazgatója az alábbiakat közölte:

„Értelmes, jó felfogású, változékony hangulatú. Hanyagságra hajlamos, türelmetlen, munkájában látszatra dolgozik, alakoskodik, hatásvadász. Rendkívül romantikus hajlamú, és ennek kielésére keresi a lehetőségeket. Ilyenkor szökik, szinte rendszeresen, havonta. Kerékpárokat lop, van amikor el is adja. Nincs olyan rokona az országban, ahová nem szökött volna. Azokat meglopja, becsapja, és így családjá megszakítja vele a kapcsolatot.

A pszichológiai vizsgálat eredménye: intelligenciája életkorának megfelelő. Nagy igyekezettel, figyelmesen dolgozik. A feladatokat gyorsan megérti, teljesítménynívója jó. Az anamnézis szerint a szülők jó anyagi körülmények között élnek. Elváltak, majd mindkét szülő új házasságot kötött. A vsz-szel kapcsolatos magatartási panaszok időben egybeesnek a válással (ekkor volt 4 éves), illetve a második házasságkötéssel. Az explorációban nem titkolt keserűséggel beszél anyjáról, akinek ő nem kell, s félti tőle második házasságából született gyermekeit. A traumát a családi problémák és főleg az anya érdektelensége okozták. A vsz. igen magányos. Kalandokba menekül. Gazdag, tartalmilag a mesevilághoz közelálló fantáziája van. Agresszivitás és a mesevilágba menekülés sajátos keveredése jellemzi. Jó intellektusa ellenére gyenge realitásérzéssel rendelkezik. Részben ezek az okok, és részben a szülők érdeklődésének állandó „ébredtartása” motiválja magatartását.

*Javaslat:* helyes lenne a szülőkkel való kapcsolatát rendezni, és a családban elhelyezni. Amennyiben ez az út nem járható, úgy a nevelőnek kell kialakítania a tartós, biztonságot adó kapcsolatot a gyerekkel. Pszichoterápia és pszichológiai vizsgálat későbbi időpontban történő megismétlése szükséges.”

Különösképpen a nevelőotthonokból szökő-csavargó gyermekek egyéni, differenciált bánásmódját lenne szükséges kutató-kísérletező munkával kialakítani. El kellene érni, hogy ezek a gyermekek fokozatosan kötődni tudjanak nevelőikhez, társaikhoz, az intézethez. POPPER PÉTER (1970) ide vonatkozó megállapításai megvilágítják a jelenlegi kedvezőtlen és társadalmilag veszélyes helyzetet. „A szökések rendszeres ismétlődése azt bizonyítja, hogy a visszaszállított gyerek problémája távolról sem oldódik meg, sőt súlyosbodik, megbélyegzetté válik, büntetéseket kap, sőt miatta büntetéssel sújtják az egész csoportot, amelybe tartozott. Ezek után nyilvánvaló, hogy az intézeti keretek közé való harmonikus beilleszkedést a szökés ténye súlyosan megnehezíti, és ez egyre nehezebbé válik. A szökés körülményeinek tisztázása és humánus, szakszerű megoldása érdekében alig történik valami.”

A kényszeres jellegű neurotikus csavargás egyik oka lehet a tudattalan *anyakeresés*, vagyis a kisgyermekkorban kielégítetlen anyai intim kapcsolatnak, a biztonságsszükségletnek felújulása a gyermek aktuális élethelyzetében. MARCSEKNÉ KLANICZAY S. (1976) e csoportba tartozó esettanulmányából idézünk néhány részletet.

„Prepubertásos (12 és fél éves) fiúgyermek pénzlopással társuló csavargások miatt került rendelésünkre. Jól megfigyelhettük a tünet sorozatos ismétlődését, örvényszerű fokozódását.

A kezelés során a csavargás mutatkozott a vezető tünetnek, a pénzlopás nagyrészt ennek racionalizálása volt. A gyermek csavargásának alapmotívuma az anyakeresés volt. A fel nem ismert indulatokból származó intenzív szorongás vezetett a tünetek kényszeres ismétléséhez.

Hónapokig tartó pszichoterápiás foglalkozás során bontakozott ki előttünk a gyermek személyiségdinamikája. A terápia első szakaszában érzelmileg determinált élményanyag nem került felszínre. A gyermek életkorából adódó énvédő

elhárító mechanizmusok voltak előtérben. Csak a terápia második szakaszában jutottunk el a kóros viselkedés értelmezéséhez” (401. l.).

„Az anyakeresésre vonatkozó értelmezést a gyermek feltűnő módon fogadja: az óra folyamán többször bukkannak fel kisgyermekkorú emlékek, a nagymamánál töltött évek traumái, édesanyja utáni vágyódása. Azt is elmondja, hogy kistestvére dédelgetésekor úgy érzi, hogy vele igazságtalanság történt, ő ebből kimaradt.” (400. l.)

„A terápia eredményeképpen nagymértékben csökkent az intenzív szorongás, mely a gyermeket a deviáns viselkedés állandó ismétlésére készítette. A gyógyulás azonban a szülők segítsége nélkül kétséges lett volna. Az anya belátásának kialakítása a terápia fontos kiegészítő mozzanata volt. A pozitív anyai érzések felkeltésében döntő szerepet játszott a terapeutával való kapcsolat”. (401. l.)

A gyermekkorú disszociális tünetek jelentkezésekor minél hamarabb pszichológiai foglalkozást, érzelmi kötődési lehetőséget és valamilyen közösséghez tartozás élményét kell a gyermeknek nyújtani. Igen fontos, hogy még a serdülőkor előtt rendeződjenek pszichikus állapota, mert ellenkező esetben a neurotikus, prekriminális gyermek érzelmi elsivárosodik, és bűnöző fiatallá válhat.

## **Pótcselekvések**

A pótcselekvések – az ujjszopás, a körömrágás, a hajkitépés, a szájharapdálás, az ujjak tördelése, a fej falba verése, az onánia – olyan ismétlődő, inadekvát ténykedések, amelyeket a gyermek tudattalan szorongásai, konfliktusai hívnak elő. Közös jellemzőjük, hogy – eltérően a kényszermozgásoktól – maga a tevékenység végzése tudatos, a gyermek felelősnek érzi magát érte, mégsem képes akaratilag tartósan felhagyni vele, amíg működnek e cselekvéseket motiváló, nem tudatosult pszichés állapotok. Ezért nem helytálló, ha a gyermek környezete pusztán rossz szokásnak minősíti a fenti szimp-tómákat, és nem lehet eredményes, ha büntetéssel, jutalmazással vagy meggyőzéssel kísérelik meg „leszoktatni” a gyermeket a pótcselekvésekről.

Pótcselekvéseknek nevezzük e tüneteket, mert az egész személyiséget érintő neurotikus (disszociális) tünetek helyébe lépnek, oly módon, hogy a gyermeknek csak egy-egy testrésze vonódik be a reakcióba, s ezáltal mind a gyermek, mind környezete részére jelentéktelenebbnek, könnyebben elviselhetőnek mutatkozik.

## Az ujjszopás

Örömszerző, nyugtató tevékenység. Míg 2-3 éves korig teljesen „normális” jelenség, addig ennél idősebb gyermeknél azt jelenti, hogy a gyermek nem kap elég melegséget, vagy esetleg az értékelést, az aktivitási lehetőséget és a sikerélményt nélkülözi. Ezért van szüksége e kisgyermekkorai örömforrásra, magányosságában ehhez a békés kárpótláshoz fordul.

## A körömrágás

A körömrágás igen elterjedt pótcselekvés. A gyermekek egyharmada-fele rágja a körmét. A tünet a gyermek izgalmi vagy félelmi állapotában erősödik.

Kisgyermekkorukban erős mozgástilalmakkal korlátozott gyermekek hajlanak e tevékenységre. Míg az ujjszopás főként a szülők gyengédségének hiányából ered, addig a körömrágás a kemény szigorú szülők és nevelők elleni elfojtott *aktuális agresszió* jele, és egyúttal ennek az agressziós késztetésnek levezetésére is szolgál a saját maga ellen fordított – önbüntető – agresszió révén. Ha a gyermek és környezete között a viszony megjavul, akkor a tünet többnyire megszűnik vagy csökken. Néha azonban olyan mélyen automatizálódik a mozgás, hogy még a megváltozott körülmények mellett is fennmarad. (Sok felnőtt is körömrágó.)

A kikényszerített „önfegyelmelés” általában nem tartós. A környezet szigorát, merevségét, szorongáskeltő légkörét kell megszüntetni, és a gyermek agressziójának feldolgozását pszichoterápiával segíteni.

## Hajkitépés, szájharapdálás, ujjak tördelése, a fej falba verése

Amikor a gyermek ilyen túlmozgásos cselekvésekkel önmagának okoz fájdalmat, akkor ismét csak az agresszió kiélésének nem akaratlagos, nem tudatos megnyilvánulását tapasztaljuk. E cselekvések még intenzívebb agresszióról tanúskodnak, mint a körömrágás. A gyermek a benne dúló indulatokat és kitörni kész dühét csak a fájdalmat okozó, önmaga ellen fordított támadással tudja levezetni.

DÜHRSSSEN (1962) említi egy 14 éves leány közlését: „Mindig fagyosnak, szinte halottnak érzem magam. Ha a hajamat tépem, érzem,

hogy élek.” Ezt a kislányt durva apa és kemény nagyszülők nevelik: hiányzó gyengédség (fagyos állapot) és az elnyomott dühkitörések érzelmi-indulati állapota objektiválódik a hajkitépésben.

## Az onánia

A nemi szervek fogdosása, dörzsölgetése kellemes érzések kiváltása céljából, mind a fiú, mind a leány csecsemőknél megfigyelhető természetes, *nem kóros* jelenség. A kisgyermek egyenként fedezi fel testrészeit, az azokkal való játéklehetőséget, a felfedező-kísérletező-élvező tevékenységébe beletartozik a nemi szerveivel való játék is. Ez a „játékos onánia” néhány hónapon belül megszűnik, a gyermek játékformáinak és társas kapcsolatainak bővülésével. (Egy-egy újabb „hullám” jelentkezik 3-5 éves kor között, majd a serdülés kezdetén.)

A későbbi életkorokra is rögződött *neurotikus tünetként fellépő onániát* jellemzi, hogy a gyermek igen *gyakran* és gátlástalanul mások előtt is onanizál. Ez a tevékenység *helyettesíti és kiszorítja az egyéb játékokat*. A rendszeresen nappal is onanizáló gyermek *játék- és kontaktusgátolt gyermek*. Kedvetlen, unatkozó, feszült vagy általános nyugtalanossági és izgalmi állapotában örömet és oldódást keres ezzel a cselekvésével. Hospitalizált, nevelőotthonokban elmagányosodott gyermekeknél szabályszerűen megjelenik, nehezen leküzdhető, átnyúlik a serdülőkorba, amikor már szexuális fantáziák kísérik.

A neurotikus onánia – amely tehát nem „rossz hajlamok”, hanem környezeti ártalmak következménye – károsan hat a gyermek személyiségfejlődésére. Fantáziaképei túlságosan igénybe veszik, dekoncentrálttá válik, csökken a világ iránti érdeklődése, a nehézségek leküzdésére irányuló akarata. Rejtett szorongása és büntudata eltávolítja társaitól.

Az onánia tiltása, büntetése, a gyermek megszégyenítése társai előtt többnyire erősíti, rögzíti a tünetet. Csak tartós és teherbíró személyi kapcsolatok, a játék és a reális érdeklődés felkeltése vezethet e neurotikus tünet megszűnéséhez.

**RENEAU Z. PEURIFOY**

## **SZORONGÁS, FÓBIÁK, PÁNIK**

**Mit, miért és hogyan?**

### **Hogyan legyünk úrrá félelmünkön?**

**(Forrás: Peurifoy, Reneau Z.: Szorongás, fóbiák, pánik. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest 1998. 1-18.)**

Gratulálunk! Ön most útnak indul a szabadsághoz vezető ösvényen. Útja során számos emberrel fog találkozni, akik pontosan olyanok, mint ön. Akár a többiek, akik ön előtt indultak el ezen az úton, ön is valószínűleg ezt kérde legelőször: „Mi történt velem?”, „Miért pont énvelem történt?”, „Hogyan oldhatom meg ezeket a szorongásos problémákat?” Ez a lecke választ ad első két kérdésére és elindítja önt azon az úton, amely a szorongásjellegű panaszoktól való szabaduláshoz vezet.

### **Szorongás és félelem**

A szorongás és a félelem egy felfogott fenyegetésre adott normális válasz. Programunk céljai alapján a szorongást és a félelmet egyazon spektrum két ellentétes végpontjának tekintjük. A szorongást rendszerint valamilyen homályos vagy rosszul felfogott fenyegetés váltja ki, a félelem alapja viszont többnyire egy-egy jól körülhatárolt, konkrét fenyegetés, pl. a jeges úttesten való megfa-rolás. A szorongás és a félelem viszonyát a következőképpen szemléltethetjük:



Szorongás	—————	Félelem
Homályos vagy rosszul felfogott fenyegetés		Jól körülhatárolt fenyegetés

Mind a szorongás, mind a félelem olyan kellemetlen lelki tünetekkel jár, mint a gyámoltalanság érzése, zavartság, balsejtellem, aggodalom, ismétlődő rossz gondolatok. Fizikai tüneteket is okozhatnak, egyszerű izomfeszültségtől súlyos szívdobogásig. A lehetséges tünetek kimerítő felsorolását a pánikrohamok leírásánál olvashatjuk.

### **Pánikrohamok**

A pánikroham heves félelmi állapot, amelynek nincsenek látható okai és a következő tünetek közül négy vagy több jellemzi:

- Nehézlégzés (dyspnoe) vagy fulladásérzés
- Szédülékenység, bizonytalanságérzés, gyengeség
- Szívdobogás, felgyorsult szív működés (tachycardia)
- Remegés, reszketés
- Zsibbadás, bizsergés (paresthesia), főképp az ujjakban, a lábujjakban és az ajkon
- Forróság- vagy hidegérzet
- Mellkasi fájdalom vagy nyomás
- Súlyos betegségtől vagy haláltól való félelem
- Félelem a megőrüléstől vagy attól, hogy kiszámíthatatlan dolgokat cselekszünk
- Izzadás
- Fulladás
- Émelygés, hastáji fájdalmak
- Valószínűtlenség érzése (elszemélytelenedés, derealizáció)

Az olyan rohamot, amely a fentiek közül négynél kevesebb tünettől jár, tünetkorlátozott rohamnak nevezzük. A pánikrohamok fokozatosan, néhány perces vagy órás akkumulációs periódus alatt "épülnek ki", de akár egyik pillanatról a másikra is kitörhetnek. Némelyik pár perctől több napig is eltarthat, legtöbbször azonban félórán belül lezajlik.

Az intenzitás foka szerint spontán szorongásról vagy spontán pánikról beszélünk akkor, ha a szorongás vagy pánik helytől és helyzettől független. Ha a szorongás vagy a pánik csak egy-egy specifikus helyzetben jelentkezik, szituációs vagy fóbiás szorongásnak, illetve pániknak nevezzük. Ha a szorongást vagy pánikot csupán egy bizonyos helyzetre való rá gondolás váltja ki, előzetes szorongás, illetve előzetes pánik a neve.

## **A szorongás „orvosi” okai**

Bármely szorongásjellegű probléma megoldásának első lépése az esetleges „orvosi” okok kiszűrése általános és teljes orvosi vizsgálattal. Egy vagy több, szorongással kapcsolatos tünet okozói lehetnek például olyan egészségi panaszok, mint cardiovascularis problémák, asztma, epilepszia, cukorbetegség, hipotireózis vagy fülbelseji zavarok. Bizonyos gyógyszerek vagy gyógyászati eszközök, pl. stimulánsok, pajzsmirigypótlók, nyugtatók, altatótabletták, egyes vérnyomásgyógyszerek, szteroidok, sőt, urambocsál, depressziógátlók is okozhatnak szorongásos tüneteket. Néha ilyen tünetek okozói lehetnek az egyes gyógyszerekkel vagy azok elvonnásával végzett ellenőrizhetetlen kísérletek is. Végül pedig a szorongástünetek további lehetséges forrásai az olyan közfogyasztású, legális és illegális „rekreatív” drogok, mint a koffein, az alkohol és a marihuána.

## **A szorongásjellegű problémák hét típusa**

A szorongásjellegű bajokkal küszködő ember gyakran úgy érzi: csakis és egyedül ő szenved ilyesmiben. Mi sem áll ennél távolabb az igazságtól! A National Institute of Mental Health (NIMH) a szorongásos bántalmakat az Egyesült Államokban leggyakrabban előforduló lelki problémaként regisztrálja. Bármely adott 6 hónap alatt az Egyesült Államokban 16 millió ember<sup>1</sup>, azaz 9 szá-

---

<sup>1</sup> A felméréseket az Office of Scientific Information, National Institute of Mental Health készítette elő és a NIMH bocsátotta közre 1990 márciusában. Az adatok az Epidemiologic Catchment Area (ECA) Programtól származnak. A számarányoknak az USA 1987. évi népességfelmérési adatai szolgálnak alapul – ezek 180 millió 18 éven felüli felnőttet és 63 millió 17 éves és ennél fiatalabb gyermeket vesznek számításba.

zalék szenved az alább ismertetett szorongásjellegű bántalmak valamelyikében. Élete folyamán 14,6 százalékuknak, azaz 26 millió embernek támadnak szorongásos problémái. Két tanulmány<sup>2</sup> szerint a megkérdezettek egyharmada nyilatkozott úgy, hogy a legutóbbi évben legalább egy pánikrohama volt. Noha nem mindegyikük produkálta az alábbiakban ismertetett problémákat, nyilvánvaló, hogy a szorongásjellegű panaszok igen általánosak. A nevek, amelyekkel a szorongásos bántalmaknak a következőkben felsorolandó hét fő típusát illetjük, a szorongási problémákkal foglalkozó szakemberek által legáltalánosabban elfogadott és alkalmazott megjelölések.

### Általános mozgászavar

Az általános szorongászavarban szenvedő ember irreális vagy eltúlzott szorongást, aggodalmat érez két vagy több életszituáció miatt, éspedig legalább hat hónapja. Így például aggódhat, hogy egy kisgyereket baj ér, aki pedig nincs is veszélyben, vagy pénzügyeit félti, holott azok rendben vannak. Az ilyen szorongó emberekre gyakorta az alábbiak közül legalább hat tünet jellemző. Ezek a tünetek nem tulajdoníthatók olyan medikális feltételeknek, mint a pajzsmirigy-túltengés vagy a koffeinmérgezés.

#### *Motorikus feszültség*

- Remegés, rángatózás, bizonytalanságérzés
- Izomfeszültség, fájások, érzékenység
- Nyughatatlanság
- Fáradékonyság

#### *Autonóm hiperaktivitás*

- Légszomj, fulladásérzések
- Heves szívdobogás v. felgyorsult szívműködés (tachycardia)
- Forróság- vagy hidegérzés, nyirkos kéz
- Szájkiszáradás
- Szédülékenység, kóválygás
- Émelygés, hasmenés, egyéb hasi panaszok
- Hőhullámok, didergések
- Gyakori vizeletürítés
- Nyelési zavarok, „gombóc a torokban”

---

<sup>2</sup> G. R. Norton és munkatársai tanulmányai – közli Behavior Therapy, 17, 239-252 és Journal of Abnormal Psychology, 94. 216-221.

### *Kóros éberség, a dolgok figyelése*

- Izgatottságérzés, idegesség
- Túlzott ijedősség
- Szorongás miatti koncentrációs problémák, leblokkolás
- Elalvási és alvási zavarok
- Ingerlékenység

## Pánikzavar

A pánikzavar fő ismérve a váratlan és minden látható ok nélküli pánikrohamok jelentkezése. Nincs szó semmiféle elfogadható külső veszélyeztetettségről, sem pedig a szorongás „orvosi” okai között felsorolt tényezők jelenlétéről. A pánikzavarban szenvedők nem kerülik el a szorongás vagy pánik előidézésére alkalmas helyeket, helyzeteket. Egyes pánikzavarban szenvedők sohasem alakítanak ki „kikerülő” magatartásformákat. Sajnos hatékony kezelés hiányában a legtöbben közülük végül is mind több tevékenységre és helyzetre terjesztik ki pánikrohamaikat, s kezdik mindinkább elkerülni ezeket a tevékenységeket és helyzeteket. Ezekből az emberekből lesznek az agorafóbiás pánikzavarban szenvedők.

## Agorafóbiás pánikzavar<sup>3</sup>

A pánikzavarban szenvedő emberek gyakran fejlesztenek ki magukban agorafóbiát, olyan helyek és helyzetek elkerülésére irányuló tendenciát, amelyekről, illetve amelyekből nehezen vagy csak némi zavar árán lehetne kimenekülni, s ahol pánikroham esetén nincs kéznél a segítség. Bár a kerülni kívánt helyek és helyzetek nemcsak személyenként, de olykor időszakonként is rendkívül változóak, rendszerint mégis létezik valamilyen határozott séma. Az ilyen személynek szüksége lehet egy társra, úgynevezett támaszszemélyre, ha hazulról messzire, netán új, félelmet keltő tájakra utazik. A támaszszemély biztosítja számára a mindenkori segítséget.

Az agorafóbiás elkülönülési vágy fokozatai az enyhétől a súlyosig terjednek. Az agorafóbiás tendenciák megjelenhetnek és el is tűnhetnek. Olyan mindennapi helyzetek tartozhatnak az elkerülendők közé, mint egyedül maradni házon kívül, „biztos” távolságon túl elutazni hazulról, tömegben tartózkodni, sorban állni, hídon menni, liftbe szállni, tömegközlekedési eszközt használni, balra kanyarodni széles ívben a kocsival, gyorsforgalmi úton vezetni, színházba vagy étterembe menni.

## Szociálfóbia

A szociálfóbia jellemzője az a félelem, hogy társaságban zavarba jövünk vagy lealacsonyítjuk magunkat. Ennek a félelemnek eredményeképpen kerüljük az olyan helyzeteket is, amelyekben

---

<sup>3</sup> 1980 óta az Egyesült Államokban a lelki egészségügyi problémáknak pszichoterapeuták által használt fő rendszertani forrásműve a Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Lelki zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve) harmadik kiadása (DSM-III) volt. E kézikönyv kibocsátója, az Amerikai Pszichiátriai Szövetség (APA) 1987-ben közreadta e mű átdolgozott változatát, a DSM-III-R-t. A javított kiadás a következő kategóriákban jelent változást:

300.01 Pánikzavar (DSM-III) helyett: Pánikzavar agorafóbia nélkül (DSM-III-R);

300.21 Agorafóbia pánikrohamokkal (DSM-III) helyett: Pánikzavar agorafóbiával (DSM-III-R);

300.22 Agorafóbia pánikrohamok nélkül (DSM-III) helyett: Agorafóbia (DSM-III-R);

Ezek a változások annak a ténynek mind mélyebb felismerését tükrözik, miszerint a legtöbb agorafóbia csupán az illető személyek saját pánikzavarukra való reagálásának a következménye. Valójában pánikzavar-előzmény nélküli agorafóbia (DSM-III-R: 300.22) a tapasztalatok szerint eléggé ritka. A szorongászavarokkal foglalkozó hivatásosok és amatőrök közül sokan még a régi, egyszerűbb DSM III-féle terminológiát használják. Könyvünkben az új meghatározások szerepelnek. (A magyar fordítás megjelenésekor már a DSM-IV van forgalomban. – A fordító megjegyzése.)

„produkálnunk” kellene magunkat és ki volnánk téve mások fürkésző tekintetének. Bizonyos értelemben a szociálfóbia a teljesítményszorongás egy szélsőséges formája. Némelyek már a rettegett szituáció pusztá gondolatára is súlyos szorongásba, sőt pánikrohamokba eshetnek.

A szociálfóbia enyhe formái igen gyakoriak. A nyilvános beszédetől való félelem, amit a színészek és muzikusok lámpaláznak hívnak, minden valószínűség szerint a legközönségesebb szociálfóbia. Ilyen általános formák még: viszolygás a nyilvános fürdőktől vagy a saját nevünk leírásától mások jelenlétében, félelem a nyilvános étkezéstől, ivástól, vagy akár az elpirulástól is.

### Kényszer gondolat - kényszer cselekvés

A kényszer gondolat olyan rögeszme, gondolat, képzet vagy ösztönzés, amely értelmetlen, visszatetsző mivoltában rátelepszik az ember tudatára. A közismert kényszer gondolatok tartalma másoknak ártani, a társadalmi normákat megsérteni, elfogadhatatlan szexuális magatartást tanúsítani, önmagunkat és másokat beszennyezni, kétségbe vonni valamely cselekedet értékét.

A kényszeresség: rituális módon ismételt cselekvés. A cselekmény célja lehet valamilyen jövőbeli esemény vagy helyzet létrehozása, jöllehet a kényszer cselekvésnek semmiféle reális köze sincs az általa előmozdítani vélt eseményhez vagy helyzethez. A kényszer cselekmények normális, ésszerű tevékenységek is lehetnek, végrehajtásuk azonban egyértelműen túlzásos. A kényszer cselekmények rendszerint egy kényszer gondolat reakcióiként jönnek létre. Például valamely személy, félve a tisztátlanságtól (kényszer gondolat!), rituális, szünni nem akaró kézmosásra szokik rá. A leggyakoribb kényszeres cselekmények a kézmosás, számlálás, ellenőrzés, érintgetés. Az enyhe kényszer gondolatok és kényszer cselekvések általánosak, s csak akkor tekinthetők problémának, ha zavarják a normális tevékenységet, lelki vagy érzelmi veszélyforrásokká válnak, vagy ha elveszítik fölöttük az uralmat.

A kutatások szerint, amelyek e sorok írása idején még igen korai szakaszban vannak, a kényszer gondolatok és kényszer cselekvések zavara (angol elnevezésének rövidítése: OCD) biológiai tényezők eredménye lehet. Némelyik szerint az OCD egyfajta neurológiai „csuklás”, amikor is az agy megreked egy normális ellenőrző vagy előkészítő tevékenység közepette. Az a tény, hogy az

OCD kapcsolatban áll az agyalapi ganglionok néhány olyan betegségével mint az epilepszia, a vitustánc, a ganglionok toxikus vagy vascularis sérülései és a Parkinson-kór, különösen erős nyomatókot ad annak a szemléletnek, miszerint az OCD elsősorban biológiai probléma. Az agyalapi ganglionok az agy olyan idegsejt-csoportját alkotják, amely igen fontos szerepet játszik a fixált cselekvési sémákban, mint amilyen pl. az állatok tisztálkodása.

## Egyszerű fóbia

Az egyszerű, vagy más szóval specifikus fóbiák egyes dolgokra vagy helyzetekre irányulhatnak, pl. állatokra, rovarokra, repülésre, zárt területekre, magasságra, sötétségre, liftekre vagy hidakra. Az egyszerű fóbia abban különbözik az agorafóbiától, hogy benne a szorongás egy specifikus külső dologra vagy helyzetre összpontosul s csak akkor jelenik meg, ha a dolog vagy helyzet elénk bukkan. Az egyszerű fóbiák gyakoriak, nem is okoznak nagyobb problémákat az életben, hiszen a kérdéses tárgyakat vagy helyzeteket az ember egyszerűen elkerüli. Az egyszerű fóbia csak akkor válik komoly esetté, ha a félelem tárgyát képező dolog vagy helyzet nem kerülhető könnyen ki, vagy ha az munkánk és életünk fontos eleme.

## Trauma utáni stressz

A trauma utáni stresszes zavar (PTSD = Post-traumatic Stress Disorder) komoly bánatalom, amely olyan traumatikus események nyomán lép fel, mint nemi erőszak, merénylet, természeti csapás, nagyobb műtét, háborús ütközet, vagy egy súlyos baleset átélése vagy látványa. A PTSD-ben szenvedő személy lelki képekben újra végigéli a traumatikus eseményt, úgy érzi, hogy ez a tragikus esemény most játszódik le, s átélheti a trauma visszatérő rémálmait vagy az erős testi szenvedést akkor is, ha olyan eseményekkel szembesül, amelyek az egykori traumatikus élmény egyes elemeire emlékeztetik.

A PTSD-ben szenvedő személy helyesen teszi, ha elkerüli a traumára emlékeztető helyeket vagy dolgokat, mert könnyen egyfajta általános dermedtség állapotába juthat. Ez a lelki zsibbadtság a traumával kapcsolatos gondolatok, érzések kirekesztésétől

egészen a másoktól való elkülönülés, sőt elidegenedés közérzetéig terjedhet. Az alábbi agykérgi választípusokból (arousals) legalább kettő jelenik itt meg:

- Elalvási és alvási nehézségek
- Ingerlékenység, dühkitörések
- Koncentrálási nehézségek
- Felfokozott éberség
- Túlzott ijedtségreflex
- Túlzott fizikai reagálás olyan eseményekre, amelyek a traumatikus esemény valamely aspektusára utalnak vagy emlékeztetnek – például valaki, akinek a kocsijába egy baleset során hátulról belerohannak, igen erős szorongást érez, valahányszor egy kocsitól megközelelti.

### **Az „erősen szorongásos személyiség”**

A szorongásjellegű problémákkal küzdő személyekre számos közös személyiségi vonás jellemző. A személyiségi vonásoknak ezt a csoportját az „erősen szorongásos személyiség” gyűjtőnévvel illetjük. Amikor ön a személyiségi vonások alábbi listáját olvassa, úgy találhatja, hogy egyik-másik vonás nem illik önre, vagy éppenséggel nagyon is ráillik egy olyan ismerősére, akiről viszont jól tudja, hogy nincsenek szorongási tünetei. Ám valószínűleg mégis csak rájön: sok vonás pontosan illik önre. E vonások többségének, vagy éppen valamennyinek meglete adja ki az erősen szorongásos személyiséget. Jelölje meg azokat, amelyekről úgy érzi, önre illenek.

Magas kreativitásszint/képzelőerő

Az erősen szorongásos személyek általában nagyon kreatívak, és a dolgokat igen szemléletesen képzelik maguk elé. Sajnos ez a kreativitás két önpusztító tevékenység motorja. Az egyik a negatív anticipáció vagy más néven „mi lesz, ha”-gondolkodás, amely egy adott helyzetbe mindenféle félelmetes dolog lehetőségét képzele bele. A másik az a hajlandóság, hogy ezeket a félelmetes lehetőségeket élénken maga elé képzele.

Merev gondolkodásmód

A merev gondolkodás az életet vagy/vagy alternatívák soraként fogja föl. A dolgok jók vagy rosszak, helyesek vagy helytelenek. A fehéren-feketén való gondolkodás e típusának másik jellemzője sokféle szigorú



szabály jelenléte. Rendszerint létezik a dolgok elvégzésének egy „helyes” útja, s ha a dolgokat nem ezen a helyes módon végzik el, a világ kizökken a kerékvágásból. Van aztán sok olyan dolog is, amit nekünk vagy másoknak „kellene”, „kell” vagy „nem lehet” megtennünk.

□ Túlzott tetszésigény

A túlságos tetszésvágynak sok esetben önkevelés, önalábecsülés a neve. Az ilyen tulajdonságú személy másokra szorul saját értékének megállapításához. Ebből ered aztán a visszautasítástól való félelem, aminek eredménye a bírálatra való fokozott érzékenység és az, hogy nehezünkre esik nemet mondani mások kéréseire. A túlságos tetszési igényből fakadhat az a tendencia is, hogy felelősnek érezzük magunkat mások közérzetéért és a kelleténél érzékenyebben reagálunk mások igényeire. Az ilyen tulajdonságú ember gyakran saját személyes ügyének tekinti barátai és rokonai boldogságát.

□ Túlzott önelvárások

Gyakran sokkal magasabb szintű produkciót és teljesítményt várunk el önmagunktól, mint amekkorát mások valaha is elvárnának tőlünk.

□ Tökéletességigény, perfekcionizmus

A perfekcionizmus valójában három dolog kombinációja: a rendkívül magas önelvárásé, amelyről imént szóltunk, a mindent-vagy-semmit elv alkalmazását mások cselekedeteinek megítélésében, végül pedig az eljárás vagy cselekedet egésze helyett az apró hibák kutatására való hajlandóságé. Így a perfekcionista minden olyan teljesítményt, amely nem végletesen tökéletes, hibának ítél s azt ráadásul meg is személyesíti, tehát mind a feladatot, mind magát a végrehajtó személyt kudarcnak tekinti. Ezt legáltalánosabban az ún. „de”-magatartás fejezi ki. A perfekcionista gyakran mondja azt, hogy „Ez a terv elég jól sikerült, de...” (És most hosszasan értekezni kezd arról, mi volt a rossz.)

□ Hozzáértő, megbízható munkaerő

A fentiekben felsorolt vonások egymásra hatása gyakran olyan személyben jelenik meg, aki nemcsak hozzáértő, de alkalmas és megbízható is, maga a „tettek embere”, aki munkáját szakszerűen, jól végzi el.

□ Túlságos önuralomigény

Akiben ez a tulajdonság megvan, nagyon igyekszik, hogy nyugodt és fegyelmezett maradjon. Sokukra jellemző, hogy szeretik az előrelátható eseményeket. Egy-egy jó előre beütemezett program váratlan megváltozása kellemetlenül érinti őket, mert nehezebb megőrizni önfegyelmünket, ha nem tudjuk biztosan, mi fog történni. Az is előfordulhat, hogy megpróbálják mások érzéseit és viselkedését irányítani, mintegy felügyelni. Mindezt nem ártó szándékkal teszik, inkább attól való félelmükben, hogy elvesztik kontrollszerepüket.

A kontrolligényű személynek esetleg erős szorongástünetei is lehetnek, a felületes szemlélő mégis normálisnak látja. Az ilyen ember, bármennyire nyúlászívú, kishitű és zavarodott is belül, rendszerint igyekszik jó

képet mutatni a külvilágnak, ezért barátai és rokonai akár erős egyéniségnek is tarthatják.

□ Néhány vagy valamennyi negatív érzés elfojtása

A fenti jellemvonásokkal bíró személy gyakran elfojt magában olyan érzéseket, amelyeket „nem szabad” érezni, mert általuk elvesztheti önkontrollját vagy visszatetszést kelthet másokban. Két ilyen gyakori érzés a harag és a kevélység.

□ A testi szükségletek elhanyagolására való hajlam

Ez a vonás általában a test fontosságának tagadásában jelentkezik. A test fáradtságára, sérüléseire, pihenési vagy ápolási igényére utaló jelzéseket figyelmen kívül hagyjuk vagy másodrendű fontosságúvá fokozzuk le. Az efféle tulajdonságú személy többnyire csak akkor veszi észre, hogy fáradt, amikor már a teljes kimerültség tünetei jelentkeznek.

Hangsúlyoznunk kell, hogy a fentiekben felsorolt vonások nem feltétlenül elvetendőek. Pozitív értelemben véve a kreativitás minden hatékony problémamegoldás forrása. A tetszésigény mindnyájunk közös tulajdonsága, minden kapcsolatteremtés alapvető feltétele. Józan mértékletességű tökéletességigény, magas fokú egyéni elvárások és megbízhatóság nélkül nem lehetünk a társadalom értékes tagjai. A magunk és érzelmeink fölötti uralom átsegít bennünket a vészhelyzeteken és bonyodalmakon. Mint bármely emberi jellemvonásnak, a fentieknek is van olyan tartományuk, amelyen belül e vonások még egészségesek. Vannak, akik egyes vonásaikat tekintve e tartomány alsó szintjén állnak, és vannak, akik más vonásaikkal e tartomány felső határát súrolják. A szorongásjellegű problémákkal küzdő emberek általában a fenti tulajdonságcsoport eme tartományának csúcsán helyezkednek el. Ez csupán akkor okoz problémát, ha e vonások közül néhány meghaladja a mértéket és túlcsap az egészséges tartomány felső határszintjén.

A siker kulcsa: megtanulni, hogyan vigyünk mérsékletet ezekbe a tulajdonságainkba. Ha megtanulunk élni velük, és korlába szorítjuk őket, amikor életünket megzavarják, úgy ezek a vonások becses értékeinkké válnak. A következő hetekben e feladatra önnek is sok időt kell majd szánnia.

## Az erősen szorongásos személyiség „gyökerei”

Személyiségünk a következő hét tényező együttes hatásának a gyümölcse: 1. a családon belül elfogadott érték- és nézetrendszer, 2. a nevelésünkben és szocializálásunkban alkalmazott fegyelmezési módszerek, 3. azok a szerepmoделlek, amelyeket kis-korunkban a felnőttektől ellestünk, 4. a családi köteléken belüli helyünk (születési sorrend, testvéreink neme, volt-e elhalt testvérünk, hátrányosan kezelték-e bennünket, másodházasság vagy örökbefogadás útján kerültünk-e a családba), 5. a növekedésünk során bennünket ért társadalmi és kulturális hatások, 6. biológiai örökletességeink, 7. milyen jelentőséget tulajdonítottunk mindezeknek, miközben felnőttünk.

Ennek a hét tényezőnek sokféle együttes hatása idézheti elő az erős szorongásra utaló vonásokat. Az alábbiakban felsoroljuk azokat az élethelyzeteket és eseményeket, amelyek a súlyosan szorongásos emberek gyermekkori háttérét általában jellemzik. Elég néhány is e tényezők közül ahhoz, hogy az erős szorongásra utaló vonások létrejöhessenek. Jelölje meg azokat, amelyek önre is illenek.

### □ Alkoholizmus a családban

Mostanában sokat írnak az alkoholisták felnőtt gyermekeiről (AFGY). Az AFGY-k vizsgálati anyagaiban megadott személyiségi vonások és az előző fejezetszakaszban leírt vonások között sok a hasonlóság. Ez NEM jelenti azt, hogy minden AFGY súlyos szorongásossá válik vagy hogy minden súlyos szorongásos ember AFGY. Egyszerűen arról van szó, hogy az előző szakaszban felsorolt vonások a problémák széles körének létrejöttét segíthetik elő és számos, különböző okon-módon keletkezhetnek. Egy-egy alkoholista fivér, nővér vagy egyéb rokon szintén tényező lehet.

### □ Gyermekkori rossz bánásmód

A gyermekkori rossz bánásmódnak hat típusa van.

*Testi bántalmazás:* A gyermek mindenfajta szándékos bántalmazása ütéssel, lökdöséssel, veréssel, pofozással, harapással, égetéssel.

*Szexuális bántalmazás.* A gyermekkel való mindennemű szexuális érintkezés akár felnőtt, akár gyermek részéről fenyegetés, kényszerítés vagy erőszak útján.

*Elhanyagolás.* Alapvető szükségletek (ruházat, védelem, orvosi ellátás, felügyelet) biztosításának elmulasztása.

*Szokatlanul súlyos büntetés:* Olyan büntetés, amely a kisgyermek korát és értelmi szintjét tekintve túlzott és céltalan. Ilyenek: sérüléseket okozó

zó verés, WC-be való zárás, bilire kényszerítés hat hónapos korban, sarokba állítás órákon át.

*Érzelmi elhanyagolás.* A szülő érzelmileg alkalmatlan és képtelen arra, hogy érdeklődjék a gyermek iránt, beszéljen hozzá, ölbe vegye vagy dédelgesse.

*Lélektani bántalmazás.* Minden olyan ismételt kommunikáció, amely rendkívüli és szükségtelen lelki szenvedést okoz. Ilyenek: becsmérlés vagy lekicsinylés, a gyermek abbéli törekvésének akadályozása, hogy önmagát megértse és elfogadja, elhagyással való fenyegetőzés.

Azokat a felnőtteket, akiknek gyermekkorukban rossz bánásmód jutott osztályrészül, felnőtt túlélőknek (túlélő felnőtteknek) nevezzük. Akár csak az alkoholisták felnőtt gyermekei, a felnőtt túlélők is számos olyan, súlyos szorongásra utaló személyiségvonáson osztoznak, amelyeket az előző fejezetszakaszban ismertettünk. Ha ön gyermekkorában súlyos bántalmazásban részesült, helyesen teszi, ha csatlakozik a felnőtt túlélők valamelyik önsegítő csoportjához.

#### □ Szorongásos szülő mint szerepmódel

Amikor a szülő súlyos szorongásban szenved vagy sok olyan személyiségvonás jellemzi, amely súlyos szorongásra utal, a gyermek maga is számos ilyen vonást fejleszthet ki magában, utánózva a szülőt.

#### □ Kritizáló hajlamú szülő vagy családtag

A túlzott kritikák gyakran irreális elvárásokat támasztó, perfekcionista szülőtől származnak. Az ilyen szülő sokszor olyan felnőtti viselkedést és cselekvést vár el gyermekétől, amilyenre az még nem lehet képes. Néha a túlzásba vitt bírálatok és ugratások egy-egy féltékeny fivértől vagy nővértől is eredhetnek.

#### □ Merev háziszabályok

Aki számtalan merev törvény és szabály szorításában nő fel, könnyen válik maga is fehér-feketén gondolkozóvá felnőttkorára. Ilyen környezetben a szigorú szabályok számon kérői rendszerint a szülők, idősebb fivérek és nővérek vagy egyéb családtagok. Olyan családban, amelyben betegség, alkoholizmus, erőszak vagy egyéb bajok teremtenek zűrzavart, a gyermek merev, kemény szabályrendet próbálhat kialakítani magában, hogy a biztonság érzetét megteremtse a káosz közepette, vagy egyszerűen csak az életben maradás végett.

#### □ Merev hiedelemrendszer

A súlyosan szorongásos ember szüleire igen gyakran jellemző egyfajta merev értékrend és hitvilág. Ennek az értékrendnek és hitvilágnak alapja sok esetben a szülők kulturális háttere vagy vallási vonzásköre, megjelenési formája pedig a fehérén-feketén való gondolkodás. A merev hiedelemrendszer termeli ki a fent említett merev törvényeket és szabályokat, s ez szolgálhat a gyermekre átragadó vaskalapos gondolkodás mintájául.

□ A látszat és a „helyes” magatartás kultusza

A merev hiedelemrendszer alkalmas talaj arra, hogy létrehozza a „helyesen” viselkedő ember perfekcionista modelljét s a gyermektől megkívánja, hogy mindig „rendesen” viselkedjék, cselekedjék. A merev hiedelemrendszer azt az érzést is eredményezheti, hogy „a mi családjunk vagy jobb, vagy köteles jobbnak lenni mindenki másnál”. Ha azután a gyermek nem képes megfelelni ennek a tökéletes embereszménynek vagy a család merev szabályainak, könnyen semmirekellőnek, értéktelennek érezheti magát.

□ A túl gondos szülő

A túl gondos szülő rendszerint azon van, hogy gyermekét az élet minden viszontagságától megóvja abban a tévhitben, hogy a gyermek törékeny. A túl gondos féltés sokszor a szülőnek abból a szükségletéből fakad, hogy legyen valakije, aki tőle függ. Sajnos bármilyen jó szándékból ered is, a túlságos féltés többnyire csak erősíti azt a hiedelmet, hogy a kockázatvállalás veszélyes és kerülendő. Mi több, nem engedi, hogy a gyermek megtanuljon bánni és elbánni a nehézségekkel s megértse: a kockázatvállalás hozzátartozik az élethez.

□ Az érzések elfojtása vagy tagadása

A gyermeket közvetlenül úgy lehet rászoktatni érzései elnyomására, hogy ilyesmiket mondunk neki: „Ne sírj”, „Nem illik így érezni”, „Ne légy mérges” stb. Közvetett módon is megtanulhatja ezt a gyermek, ha figyelni szüleit, akik elfojtják és letagadják érzelmeiket. Az érzések fölöslegességére úgy is rámutathatunk, hogy lekicsinyeljük azokat. Keresztülnézünk az érzéseit föltáró gyermekben, közöljük vele, hogy ezek az érzelmek nem fontos dolgok, vagy egyszerűen meghazudtoljuk azokat, mondván: „Te nem is haragszol igazán.” Ha pedig az érzelmek ki nyilvánításáért bántalmazás és durvaság jár másoktól, a gyermeknek már csak önvédelemből is el kell fojtania azokat.

□ Információhiány

Sok gyermek nő fel olyan családban, amelyben alig-alig esik szó az anyagi valóság, az érzelmek és gondolatok egymáshoz való viszonyáról. Ezért is van, hogy gyakran egészen irreális elképzelések alakulnak ki a gyermekben arról, mire is kellene képesnek lennie valójában.

□ Teljesítménytől függő elismerés

Néha a gyermek csak akkor kap dicséretet, jószót, ha valamit tett érte, például elvégzett valami házimunkát, jó jegyet hozott haza az iskolából, vagy tehetséget árult el valamiben. Az ilyen szigorúan teljesítményfüggő elismerés az olyan szülőre jellemző, aki nem tud különbséget tenni a gyermek cselekedetei és tényleges emberi értéke között. Így kerül a tetszetős magatartásra a „jó”, a nem tetszőre pedig a „nem jó” feliratú címke.

Ilyen emlékekben mind a szorongásos, mind a szorongásmentes emberek egyaránt bővelkedhetnek. A merev, teljesítményfüggő elismerés csak erősíti azt a tévhitet, hogy az ember csak akkor érhet valamit, ha értékelhető

dolgot cselekszik. Az efféle élmény negatív töltése csak erősödhetik, ha a szülő ráadásul perfekcionista is, s nemcsak a szeretetért cserébe kívánja a teljesítményt, de a gyermektől képességeit meghaladó minőségű munkát is követel.

□ Az elválástól vagy elvesztéstől való szorongás

A gyermekén erős szorongás lehet úrrá, ha a szülőtől hosszabb időre el kell válnia. Ez különösen igaz akkor, ha a gyermek nem képes felfogni az elválás okát. Ilyesmi történik általában akkor, amikor a szülő más városban dolgozik, hosszú időre kórházba kerül, elválík vagy meghal. Elválási szorongást vagy elhagyatottságot érezhet a gyermek akkor is, ha a szülő testileg jelen van ugyan, de nem törődik a gyermekkel.

□ A szülő és a gyermek szerepének felcserélődése

Néha, ha a szülő beteg, távol van vagy erősen elfoglalt, a gyermek bizonyos tekintetben átveszi a szülő szerepét. Elvezeti a házat vagy csupán ügyel a csendre és rendre, hogy a szülő ne legyen haragos, durva vagy ingerült. Ha a gyermeknek időnként olyan, felnőttekre szabott felelősséget kell magára vállalnia, amilyenre nincs felkészítve, gyakran kénytelen rideg szabályrendet kialakítani a maga számára már csak azért is, hogy kibírhasssa. Ez a merev életszemlélet rendszerint a felnőttkorba is átnyúlik, elősegíti a fehéren-feketén való gondolkodást, az érzések elfojtását, az önkontroll igényt és a magas fokú önelvárásokat.

□ Titok a családban

A család néha energiájának jó részét arra pazarolja, hogy megakadályozza egy bizonyos családi titok kipattanását. Ez lehet egy semmiség, de lehet pl. házasság előtti terhesség, alkoholizmus, valamelyik családtag által elkövetett bűncselekmény, vagy valamelyik családtag zárt intézetbe való elhelyezése is. Az ilyen családi magatartás jó táptalaja annak a tévhitnek, hogy bizonyos fajta érzések rosszak, azokat el kell fojtani és mások elől el kell rejtteni. A családi titkok hatással lehetnek a túlságos elismerésigény kifejlődésére is.

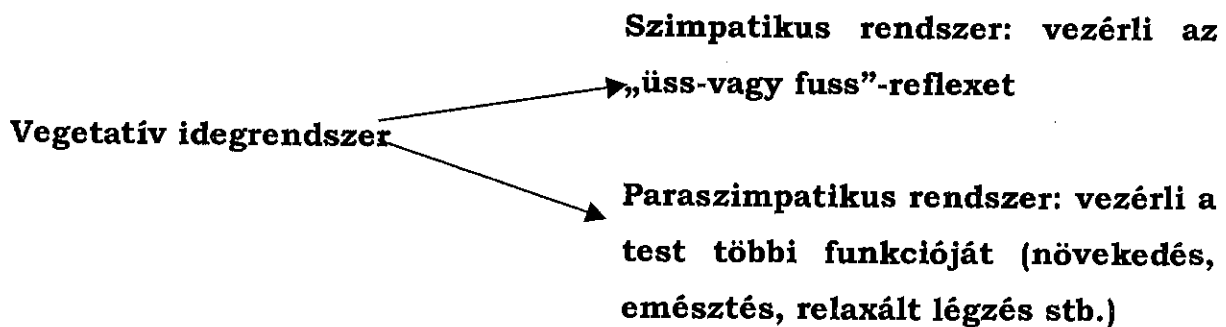
Mielőtt továbbmennénk, vessen most egy pillantást azokra a személyiségi vonásokra, amelyeket ön a korábbi fejezetszakaszban megjelölt, továbbá azokra a gyermekkori élményekre, amelyeket ebben a fejezetszakaszban karikázott be. Valószínűleg úgy fogja találni, hogy a megjelölt személyiségvonások gyermekkori kialakulásának igen sokat köszönhet. A baj csak az, hogy néhány olyan vonás, amely segítségére volt önnek a gyermekkor átvészelésében, felnőttkorában már korántsem válik ennyire hasznára.

Szerencsére az emberek hallatlan tanulási és alkalmazkodási képességgel rendelkeznek. Ön is megtanulhatja, hogyan változtasson azokon a tulajdonságain, amelyekből szorongásjellegű problémái származnak. Ön az első lépést valójában már meg is

tette azzal, hogy némi fogalmat szerzett róla, melyek ezek a vonások és mi módon alakultak ki.

### **Az „üss-vagy-fuss”-reflex**

Idegrendszerünk két részből áll: a szomatikus és a vegetatív idegrendszerből. A *szomatikus idegrendszer* irányítja mindazokat a cselekvéseket, amelyek nem igényelnek gondolkodást (pl. légzés). Maga a vegetatív idegrendszer ismét két részre oszlik: a *szimpatikus* és a *paraszimpatikus rendszerre*, az alábbi diagram szerint:



Szükséghelyzet esetén a vegetatív idegrendszer szimpatikus része a test valamennyi másodrendű tevékenységét felfüggeszti és minden rendszeren belül megnöveli azt az aktivitást, amelyre a külső fizikai fenyegetéssel való szembeszálláshoz vagy a meneküléshez szükség van. A testnek ez a válasza számos komplex reakciót foglal magába. A végbemenő legfontosabb elváltozások közé az alábbiak tartoznak:

*Felgyorsult szívverés:* Több vért pumpál az izmokba a küszöbön álló küzdelemhez.

*Mélyebb és gyorsabb légzés:* Biztosítja a bőségesebb oxigén utánpótlást és az erős izgalmi állapottal járó „lihegés” alapját jelenti.

*Fokozott izomfeszültség:* Felkészíti az izmokat a közeli akcióra.

*„Hideg veríték”:* A tényleges izomtevékenységgel járó meleg izzadásra való előkészület.

*A testfelszínhez közeli perifériális véredények összehúzódása* fokozza a vérnyomást, egyben „a félelemtől való sápadtság” oka.

*Borzongás, a haj égnek állása:* Konzerválja a testmeleget és a testet védi a meghűlés veszélyétől, amit a perifériális véredények összehúzódása okozna.

*A pupillák kitágulása:* Láthatóbbá teszi a fenyegető veszélyt, s alapul szolgál a mondásra: „A félelemtől kimered a szeme.”

*Az emésztő tevékenység szünetelése:* Több vér jut a mozgatóizmoknak.  
*Szájkiszáradással járó nyálcsökkenés:* Az emésztés szünetelését eredményező csökkent gyomornedv-kiválasztás kísérő jelensége.

*Hólyag- és bélürítési inger:* Megszabadítja a testet a holt súlyoktól.

Az „üss-vagy-fuss”-reflex hatására a véráramba fokozott mennyiségű adrenalin (epinefrin) és más rokon vegyi anyagok jutnak be. A testnek ez a válasza biztosítja a pótlólagos erőt, kitartást és gyors reagálóképességet, ami átsegíti a csatán a katonát, jobb teljesítményre sarkallja az atlétát és nagyobb esélyt ad a veszélyes helyzetbe kerülő embereknek. Szerencsére a modern technika világában mi már jóval kevesebb kemény harcot kívánó fizikai veszélynek vagyunk kitéve, mint egykor őseink.

Manapság leggyakrabban olyan lélektani fenyegetéseknek vagyunk kitéve, mint szerelmünk, állásunk, presztízszünk, befolyásunk vagy fontosságunk elvesztése. Ezek a veszteségek általában nem kívánnak közvetlen fizikai válaszadást. Sajnos azonban a testünk mindenfajta fenyegetésre pontosan úgy reagál, mintha azokat csakis fizikailag lehetne megválaszolni. Így például, ha valaki kényes helyzetbe kerül és fenyegetve érzi magát amiatt, amit mások gondolnak róla, megindul testében az „üss-vagy-fuss”-reakció és fizikai késztetést érez arra, hogy harcoljon vagy meneküljön. Akinél ilyen körülmények között pánikroham jelei mutatkoznak, valójában az „üss-vagy-fuss”-reflex túlreagálódását éli meg. Ha összehasonlítjuk a fenti reagálásokat a pánikroham korábban ismertett tüneteivel, láthatjuk, hogy a pánikrohamra jellemző tünetek mindegyike csupán az „üss-vagy-fuss”-reflex által kiváltott, egy vagy több normális testi válasz eltúlzása. Ennek a szélsőséges reagálásnak az okaival a következő fejezetszakaszban foglalkozunk.



## Hogyan fejlődik ki a pánikzavar

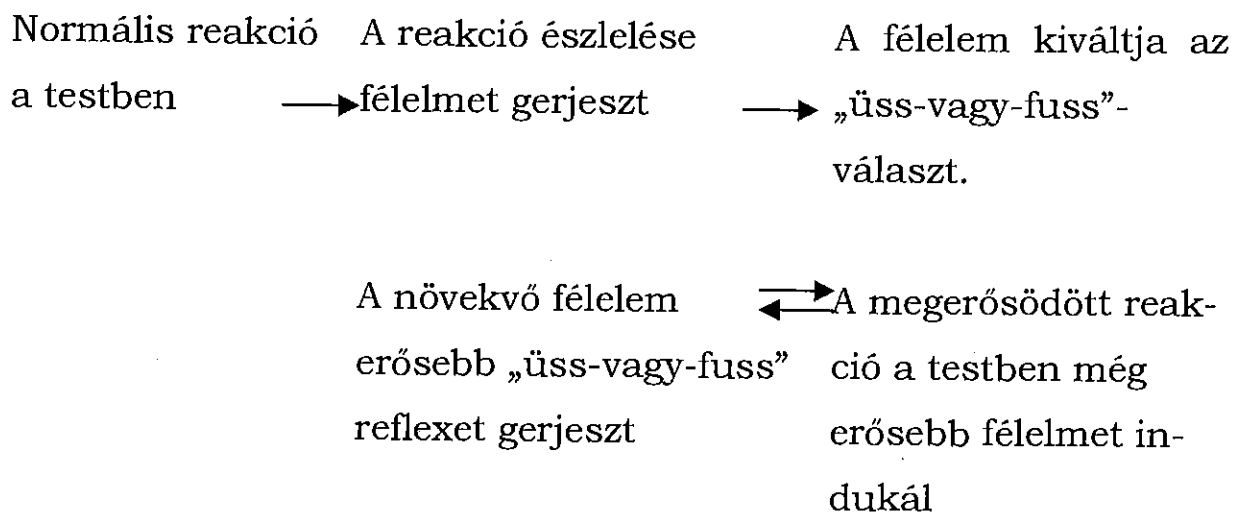
Számos elmélet magyarázza, hogyan és mi okból alakul ki az emberekben pánikzavar agorafóbiával vagy anélkül. Az elméleteket részletesen ismertetik azok a munkák, amelyeket könyvünk végén, ajánlott irodalomként felsorolunk. A jelenleg ismert tényekkel legjobban számot vető elmélet szerint a pánikzavar több egymást követő lépés eredményeként fejlődik ki. Ezen az úton Brian így kalauzol végig bennünket:

Az első lépés azokból a kellemetlen fizikai érzésekből álló esemény, amelyek rettegéssel töltenek el, és amelyeknek okát nem ismerjük. Az eseményben azoknak az érzéseknek különféle kombinációi jelenhetnek meg, amelyeket a pánikroham leírása során a lecke elején felsoroltunk. Mint Brian írja, ilyen eset munka közben történt vele. Hirtelen erős szívdobogása támadt és nehezen jutott levegőhöz. Az egész talán tíz percig tartott, de utána egész nap remegett és félt. Mint hasonló esetben a legtöbben, Brian is azt gondolta, hogy ezeket az érzéseket valamilyen betegség okozza, s abbahagyta a munkát, hogy megvizsgáltassa magát egy orvossal.

A folyamat következő lépése az, hogy ezeknek a titokzatos tüneteknek nincs elfogadható magyarázata. A doktor azt mondta Briannak, hogy kutyabaja sincs, és ezeket a tüneteket „az idegei” okozzák. A legtöbb ember általában elfogadja ezt a magyarázatot és nem törődik tovább a dologgal. Csakhogy Brianben megvoltak az erősen szorongásos személyek vonásai, amelyeket leckénk egy korábbi szakaszában felsoroltunk. (Ezeket leckénk további részében *HAP-vonásoknak* fogjuk nevezni: HAP = High Anxious Personality = erősen szorongásos személyiség.) A HAP-vonásokkal rendelkező emberek legtöbbször hasonlóan Briannek is erős önkontrollra volt igénye, normálisnak igyekezett mutatkozni és el akart kerülni mindent, amivel mások nemtetszését vívna ki. Mindinkább félni kezdett, hogy ezek a rejtélyes és rémítő tünetek visszatérnek és újból előidéznek benne a magatehetetlenség szörnyű érzését.

A félelem arra készítette Briant, hogy ettől kezdve nagyon élénken figyelje szívverését és légzése ütemét. Ezt a testünkkel szembeni felfokozott éberséget *internalizáció*nak vagy *testre irányuló fokozott figyelemnek* nevezzük. Briant az is aggasztani kezdte, mi minden történne vele, hja ezek a félelmetes érzések ilyen, olyan vagy amolyan helyzetben lepnék meg. Ezt az aggo-

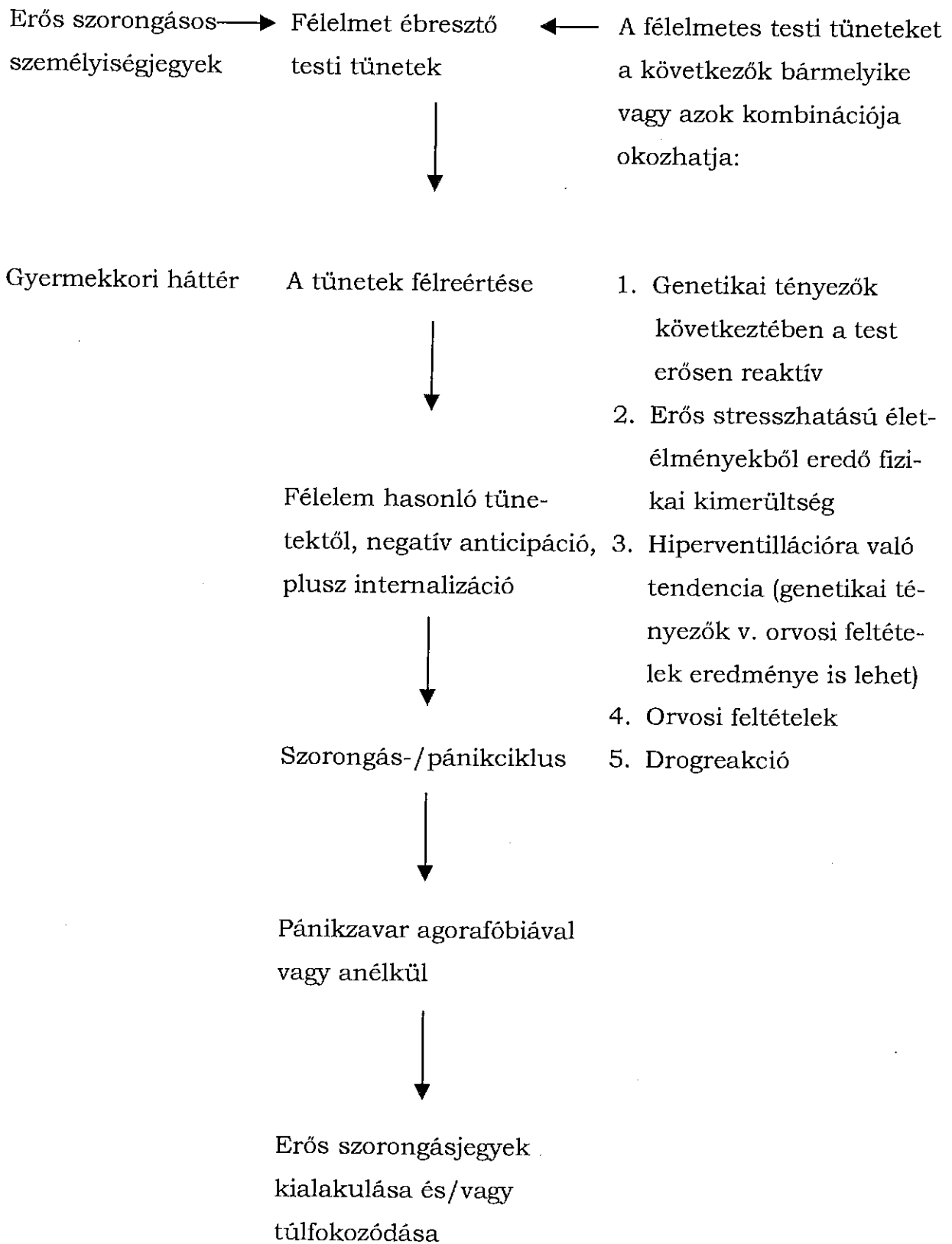
dalmat negatív anticipációnak hívjuk. A történetekkel szembeni értetlenségnek, az internalizációnak és a negatív anticipációnak kombinációja egyfajta *szorongás-/pánikciklus* kialakulását okozta, s ezt a következőképpen szemléltethetjük:



Ez a szorongás-/pánikciklus a pánikzavar kifejlődésének következő lépését és egyben kulcstényezőjét jelenti. E ciklus működését jól példázza Brian esete, aki nem sokkal a félelmetes tünetekkel járó kezdeti esemény után egy lépcsőn volt kénytelen felmenni. Fokozott internalizációja következtében felfigyelt arra, hogy a szíve erősebben ver és lélegzete is gyorsabb. Ahelyett, hogy ezeket a tüneteket a lépcsőjárás velejárójaként fogta volna föl, első gondolata ez volt: „Ó, a fenébe is, megint itt vannak (mármint ezek a tünetek)! Az ebből eredő „üss-vagy-fuss”-reflex aztán csak méginkább felerősítette azokat a testi reakciókat, amelyeket kezdetben is észlelt. Az eredmény még nagyobb félelem lett, s ez tovább fokozta az „üss-vagy-fuss”-reflexet. Másodperceken belül Brian *öngerjesztett pánikrohamba* hajszolta bele magát.

Brian ezeket az öngerjesztett pánikrohamokat kezdte rendszeresen érezni, s most már pánikzavarban szenvedett. Ahogy mind több és több szituációhoz kapcsolta hozzá pánikrohamait, agorafóbia fejlődött ki benne, s kezdte elkerülni azokat a helyzeteket, amelyekben pánikroham jelentkezésétől tartott. Amilyen mértékben kezdett szűkülni Brian világa, úgy vált egyre túlzottabbá merev gondolkodásra, önkontrollra és mások tetszésére irányuló igénye. Ördögi körök csapdájába került.

A teljes folyamatot a következő módon mutathatjuk be:



## Az öröklött biológiai tényező

A Brianhoz hasonló, pánikzavarban szenvedő emberek számára a normális életbe visszavezető út első lépése annak megértése, hogy mi okozta a kezdeti tüneteket és mi tartja fenn azokat. Sokaknál a kezdeti tünetek a HAP-vonások és egy velük született biológiai faktor kölcsönhatásából erednek. Ennek a biológiai faktornak a mibenlétét ma még nem ismerjük eléggé. Úgy tűnik azonban, hogy aki ezt a faktort hordozza, reaktívabb testű, mint az átlagos személyek. Éppen ezért az ilyen ember jóval intenzívebben reagál az olyan környezeti ingerekre, mint a zaj, a szagok, a gyógyszerközök vagy az időjárási változások.

Hogy a biológiai tényezőt egyszerűbben megérthessük, képzeljünk el egy házat, amelyben a villanybekötés nem tökéletes. A villamos rendszer mindaddig jól működik, amíg túl nem terheljük. Ha azonban egyszerre túl sok készüléket tartunk üzemben, a villanyhálózat túlterhelődik és a biztosítékok kiégnek. A biológiai faktor is túl erős „üss-vagy-fuss”-reflexszel válaszol, ha hordozóját lelki, testi vagy érzelmi stresszek terhelik túl.

Ha valamely, biológiai faktorról és több HAP-vonással egyaránt rendelkező személyt stressz hatású esemény ér (pl. haláleset a családban, kisgyermek születése, betegség, házassági problémák, új állás, költözködés), a HAP-vonások hatására az illetőben túlfokozódik az eseményekkel egyébként normálisan együtt járó stressz. A HAP-vonások általában a testi szükségletek elhanyagolásának is okai. A legyengült test és a felfokozott lelki stressz kombinációja itt az öröklött biológiai tényezővel társulva túlzott stresszreakciót produkál. Hogy Brian eseténél maradjunk, őt nemrégiben erős stresszel járó pozícióba léptették elő, felesége pedig megszülte első gyermeküket. Miután Brian pánikzavara kifejlődött, a prolongált szorongás tovább gyengítette fizikumát, túlfokozva a biológiai tényező befolyását.

## Hiperventilláció

A hiperventilláció (túllégzés, a szükségesnél gyorsabb vagy mélyebb légzés) sok olyan tünetet produkálhat, amely a szorongásra is jellemző, s a pánikzavarhoz vezető kezdeti tünetek másik lehetséges magyarázatát is jelentheti. Sokaknál az első nagyobb pánikroham valójában egy hiperventillációs epizód volt. Másoknál, így Briannél is, a legtöbb pánikrohamot hiperventilláció kíséri, s ennek tulajdonítható számos tapasztalt kínos tünet. Erősen valószínű, hogy sok emberben mind a biológiai tényező, mind a hiperventillációs tendencia megtalálható. Vannak, akikben magának a hiperventillációs tendenciának is genetikai komponense lehet. A hiperventilláció valódi mechanizmusának részletesebb leírását a 2. leckében olvashatjuk.

### Orvosi kezelést igénylő állapotok és rossz gyógyszerreakció

A pánikzavart okozó kezdőtünetek harmadik lehetséges oka a félreértett vagy fel nem ismert medikális állapot vagy a rossz gyógyszerreagálás. Amint azt már a lecke egyik korábbi pontján említettük, számos medikális állapot és gyógyszer válthat ki egy vagy több olyan tünetet, amely általában a szorongással kapcsolatos. Jó példa erre Andrea esete. Neki mitralis prolapsusa (MVP) volt. Ez a szívbillentyűnek egy enyhe rendellenessége, ami azonban pánikzavarral és agorafóbiával társulhat. A népesség 5-15 százalékánál mutatható ki mitralis prolapsus. Rendes körülmények között orvosi beavatkozást nem is igényel, sőt a vele élők mintegy fele teljesen tünetmentes. A másik 50 százalékánál a fő tünetet szívdobogások jelentik, idő előtti összehúzódások vagy gyors szív működés formájában. További tünetek: légszomj és bizonytalan mellkasi fájdalmak. Andrea időnként gyorsabb szívverésre panaszkodott és a mellét fájdította. Az összes HAP-vonás megvolt benne, s hamarosan észrevette, hogy állandóan figyeli saját szív működését és légzését. Megrémült, valahányszor a szíve „hülyéskedni kezdett”. Az ártatlan, de félreismert tünetektől való félelme csakhamar kialakította benne a szorongás-/pánikciklust és a pánikzavart.

Az életveszélyes vagy kínos tünetekkel járó betegségek is előidézhetik a szorongás-/pánikciklust. Egy tanulmány szerint például a szívbetegek 14 százaléka szenved pánikzavarban. Egy

szívbeteg, aki a HAP-vonások legtöbbjével vagy mindegyikével rendelkezik (mint példánkban az MVP-s személy), kifejlesztheti magában az internalizációt és a negatív anticipációt, s ezek eredményeként kialakul benne a szorongás-/pánikciklus.

Hasonlóan a fentiekhez, a gyógyszerközök és orvosságok is okozhatnak a pánikrohamra jellemző tüneteket. Ennek példája Kumar. Neki hipotireóza volt – ez olyan állapot, amelyben a pajzsmirigy nem termel elegendő tiroidhormont. Kumar kezdeti kezelése során túl sok szintetikus tiroxint kapott pótlásul, s ez számos szorongásos tünetet eredményezett. Emiatt igen sokat háborgott, mivel rendkívül perfekcionista ember volt és fehéren-feketén gondolkodott. Ezek a gyógyszer okozta tünetek hamarosan internalizációhoz és negatív anticipációhoz vezettek, amiből aztán kialakult a szorongás-/pánikciklus.

A fentiekből is láthatjuk, hogy bármely orvosi kezelést igénylő állapot, betegség vagy gyógyszerreakció, amely a pánikroham során tapasztalhatókhöz hasonló tüneteket produkál, együttműködhetik a HAP-vonásokkal a szorongás-/pánikciklus kialakításában. Ennek valószínűségét csak fokozza a hiperventilláció és/vagy a biológiai tényező jelenléte. A jelek szerint a szorongás-/pánikciklus kifejlődésének gyorsasága attól függ, mi okozza a kezdeti kellemetlen tüneteket, mekkora a tünetek intenzitása, hány HAP-vonással rendelkezik az illető személy, s ezek a vonások mennyire túlzottak. Mint sokan mások, Brian, Andrea és Kumar is élénken emlékeznek első nagyobb pánikrohamukra, s pánikzavaruk röviddel annak lezajlása után létre is jött. Vannak, akiknél a szorongás-/pánikciklus hónapok vagy évek alatt alakul ki. Néha pedig úgy tűnik: ahogy jött, úgy megy.

A szorongás-/pánikciklus fokozatos kifejlődése rendszerint az alábbi példa szerint történik:

Mavis sikeres, igen reaktív testű üzletasszony volt. Munkájának egyik erősen stresszes időszakában sokféle szorongástünettől bajlódott. A tünetek aggasztották, ezért egy darabig csökkentette tempóját. Mavis, bár maga észre sem vette, azzal, hogy serénységét mérsékelte, jótékony pihenést engedett a testének. Ennek hatására a test többé nem reagálta túl a normális ingereket. Miután a zavaró tünetek megszűntek, Mavis fokozatosan visszatért normális tevékenységéhez. Hogy, hogy nem, megint csak belecsöppent egy, a korábbihoz hasonló stresszes periódusba. A biológiai faktor most a korábbiaknál súlyosabb szorongástüneteket hozott létre. Ez a szorongás-/pánikciklus és a pánikzavar kialakulásához vezetett.

## A pánikzavar igazi oka

A fent leírt kiváltó eseményeket sokan ismerik tapasztalatból. Közülük némelyeknél kialakul a pánikzavar és az agorafóbia, másoknál nem. Úgy tűnik, a szorongás-/pánikciklust magukban kifejlesztő emberek között a HAP-vonások jelentik a különbséget. Azok, akikben e vonások legtöbbje vagy mindegyike megvan, nagyobb valószínűséggel fogják eltúlozni a kezdeti tünetek jelentőségét, kezdik gondosan figyelni a testüket, aggódnak a tünetek okain és azon, mi fog történni, ha elveszik önkontrolljukat. Lényegében ez a szorongás, mint valami mumus, követő őket mindenhová. Menekülni igyekeznek a mumustól a legkisebb jelre is. Sajnos az őket menekülésre készítető tünetek csaknem mindegyike normális. Ez az a fontos pont, amit képtelenek felfogni.

A szorongás vagy pánik tünetei nem elsősorban attól jönnek létre, hogy valakinek igen reaktív a teste, hiperventillációra hajlamos, orvosi kezelésre szoruló állapotban van vagy rosszul reagál a gyógyszerekre. A szorongás-/pánikciklus kifejlődésének kulcsa sokkal inkább az, mit gondol és hisz az ember arról, ami vele történt.

**DEMCSÁKNÉ KELEN ILONA**

**A PSZICHOSZOMATIKUS BETEGSÉGEK  
KELETKEZÉSÉNEK ELMÉLETEI**

(Forrás: Demcsákné dr. Kelen Ilona: Pszichoszomatikus zavarok gyermek- és ifjúkorban. Medicina, Budapest, 1982. 38-50. o.)

**A pszichoszomatikus betegségek keletkezésének túlnyomóan fiziológiai jellegű elméletei**

**Behaviorista felfogás.** *Watson* az érzelmi állapotot reflex-folyamatnak tekinti. Az érzelmek szubjektív oldalának mellőzésével kizárólag ezt a cselekvésben, magatartási mintákban megfogható, objektív oldalt hangsúlyozza. Az állatvilágban észlelhető félelmi reakció e felfogás szerint eredetében feltétlen reflex, amely a sérüléssel járó fájdalom reflexből vezethető le, filogenetikailag rögzült, veleszületett. Kétségtelen, hogy a félelmi reakcióknak egy része emberben is feltétlen reflexnek tekinthető. *Watson* azonban kimutatta, hogy már a gyermekkori félelmi reakciók legnagyobb része is feltételes kondicionált válasznak minősítendő. A feltételes félelmi reakciók egyik fajtája lenne a szorongás, amelyet pszichés jelenségek váltanak ki. *Watson* felfogása jól egybevághat a kibernetikus érzelemelmélettel is, mivel az olyan bonyolult reflexfolyamat, mint amilyen az érzelem, eszerint, más szóhasználattal szabályozási folyamatnak is tekinthető.

A behaviorista iskola képviselői (*Watson, Skinner, Hull, Eysenck*) pszichoszomatikus elméleti vizsgálódásaik középpontjába a szorongást helyezik. Szerintük a szorongás tanult érzelmi reakció („conditioned emotional response”), melyet vegetatív és motoros jelenségek kísérnek. Eredetileg neutrális belső és külső ingereknek egy averzív reakciót kiváltó ingerhez való kapcsolódása hozza létre. Az ingerületi állapot irradiációjával és másodlagos feltételes reflexek képződésével a szorongást végül igen különböző, önmagukban neutrális ingerek is kiválthatják. Ezt az elméletet a fóbiák, a kényszer és a hisztériás reakciók keletkezésének magyarázatára is felhasználták.



A behavioristák teóriájuk egyes vonatkozásait emberkísérletben is igyekeztek igazolni. Így pl. asthmás rohamot úgy váltottak ki, hogy szorongást idéztek elő, s ezzel egy időben polleneket hoztak a vizsgálóhelyiségbe. Ha az egyik vagy másik elem elmaradt, a roham nem jött létre; csak az allergiát okozó ágens és a szorongásos állapot együttes hatására következett be a nehézlégzés.

Feltételezéseikre magatartási terápiákat dolgoztak ki: pozitív és negatív kondicionálással. Az „instrumentális feltételes reflexek”-en alapszik a kívánatos magatartási reakciókat, pl. dicsérrettel megerősítő, jutalmazó eljárásuk. A negatív kondicionálás az averziós technikájukra épül, pl. az alkoholizmus gyógyítása apomorfinkezeléssel. Kóros feltételes reflexek kioltására törekednek azzal, hogy a betegekkel, pl. ticknél, a kényszermozgásokat akaratlagosan ismételtetik. E módszereket a gyerekek magatartási zavarainak gyógyításánál is kipróbálták.

**A pavlovi iskola.** A klasszikus pavlovi feltételes reflex az individuálisan szerzett „tanult” magatartásminta alapformája. *Pavlov* iskolája a feltételesreflextant gyakorlatilag minden szervrendszerre vonatkozóan igazolja. Feltételes reflex útján befolyásolható a szív működés, az érrendszer, a gyomor-bél traktus tevékenysége, a hőszabályozás, a veseműködés, az összes anyagcsere-folyamatok (*Bikov*). A pszichoszomatikus folyamatok szerintük bonyolult feltételes reflexeknek tekinthetők, és ennek megfelelően a feltételes reflexek kialakításának és kioltásának törvényszerűségei ezekre is vonatkoznak.

*Anokin* állatkísérletes vizsgálatokban állapította meg a „bonyolult feltételes reflexek” törvényszerűségeit, és pontosan olyan viszonyokat talált, amelyek a szabályozási rendszerek törvényszerűségeinek ismeretében várhatók voltak.

Jelentősek a feltételesreflex-tannak az ún. „kísérletes neurózis”-okra vonatkozó megállapításai. Az ingerlési és gátlási folyamatok túlfeszítése, egymással való ütköztetése, állatkísérletben, magatartási zavarokon kívül vegetatív zavarokat, s ezen túlmenően egyértelmű szervi károsodásokat is létrehozott: pl. maradandó hypertóniát, ulcust, szívinfartust. A corticovisceralis kapcsolatok realizálásában a vegetatív idegrendszernek tulajdonítanak döntő szerepet. Ez a felfogás tükröződött a *Korányi*-iskola pszichoszomatikus betegségekre vonatkozó, régebbi úttörő tanításaiban. *Hetényi* később ebből a felfogásból kiindulva a pszichoszomatikus betegségeket „vegetatív” betegségeknek nevezte.

Ádám György koncepciója továbbmegy, amikor a „pszichovegetatív” vezérlés eszméjének elfogadását javasolja. Felfogásában már kifejezésre jut a tudattalan pszichikus tartalom elismerése is: a vegetatív és pszichikus apparátus kölcsönhatásának gondolata.

A feltételesreflex-tan a szuggesztív és racionális jellegű verbális pszichoterápiákat „beszédterápiá”-nak nevezi, amely a pavlovi, „második jelzőrendszer”-en keresztül hat a testi funkciókra. Az ember igen bonyolult feltételes reflexekkel, a második jelzőrendszer segítségével – a beszéd útján – alkalmazkodik, a társas környezethez is. Az elméletnek kísérleti bizonyítéka az, hogy embernél szavakra, verbális megnyilvánulásokra, ugyanolyan feltételes reflexek építhetők ki, mint az első jelzőrendszer ingereire. Ezek a kísérletek neurofiziológiai magyarázatát adják az autogén tréningben lezajló terápiás folyamatnak, és egyben igazolják érvényességét.

Az integrált kutatások ma már azzal az igénnyel lépnek fel, hogy a pszichoszomatikus folyamatokban zajló történések „hogyan”-ja mellett a „miért”-jére is választ adjanak. Általánosnak tekinthető az a törekvés, hogy a fizikális és pszichikus jelenségek ne csak elkülönülten, de együttesen, egy rendszerelméleten belül is érthetőkké váljanak. Ennek nyomán napjainkban új tudományágak kibontakozásának lehetünk tanúi.

## **A pszichoszomatikus kórképek patogenezeise a különböző pszichológiai felfogást valló szerzők elméletei alapján**

**Mélylélektani teóriák.** A pszichoszomatikus betegségek keletkezéséről igen fontos hipotéziseket alakítottak ki a pszichoanalitikus irányzat egyes képviselői. Ezek a kutatók magának S. Freudnak a pszichoneurózisok keletkezésére vonatkozó tanításait alkalmazzák e kórképek genezisének magyarázatára, vagy pedig tőle elszakadva, az analitikus módszer megtartása mellett, önálló pszichológiai elméletek kidolgozására törekszenek. Ezek a kutatók hosszú időn keresztül mindenekelőtt felnőttek pszichoszomatikus megbetegedéseire vonatkoztak. Maga S. Freud szándékosan nem kísérte meg tanainak organikus vagy annak tűnő betegségek eredetére és terápiájának kidolgozására való áttételét.

Groddeck és vele csaknem egy időben Ferenczi Sándor vállalkozott erre az úttörő munkára, a XX. század elején Groddeck Freudtól a hisztéria keletkezésére vonatkozó ún. „konverziós mo-

dell"-t vette át. A hisztéria motoros és szenzoros beidegzési zavarokban megnyilvánuló tünetei *Freud* szerint analitikus módszerrel értelmezhető, konkrét jelentéssel bírnak. Szerinte e tünetek a tudatos Én törekvéseivel össze nem egyeztethető, többnyire szexuális jellegű ösztön-tendenciák, konfliktusok elfojtásából erednek. A tünetképzés szimbolikus jelleggel magát az elfojtott konfliktust reprezentálja, tehát a tünetnek értelme, jelentése van, és mint az álom, analizálható. A konverzió elnevezés a pszichikumtól a szervezetre való, szenzomotoros rendszeren keresztül történő „átfordítás”-t, „ugrás”-t kívánja érzékeltetni. *Racamier* szerint, ha a test a hisztériás számára csupán „eszköz” az elfojtott érzelmek, ösztönkésztetések kifejezésére, a pszichoszomatikus betegség esetében egyúttal „áldozat”; ha az előző kifejezi magát általa, az utóbbi szenved tőle. A hisztériás szomatizációja mellett az organizmus ép, a pszichoszomatikus betegségben kimutatható a szervezet érintettsége, esetleg laesiója.

Manapság a hisztériás nagyroham ritka, ám bizonyos kultúrákban és szubkultúrákban még mindig burjánzik. Általában hitelét veszítette az előbb említett okok általánosan elterjedt lelepleződése miatt. Továbbra is kiterjedten észlelhető azonban olyan személyiségzavar, amelyre az jellemző, hogy a hisztériásnak nevezett tendenciák a karaktertulajdonságokba épülnek be. Ezek a betegek komoly problémát jelentenek önmaguk, a környezetük és az orvos számára. A veszélyes stimulusok uralásában a hisztériás struktúrájú személyiség kevésbé felvértezett, mint pl. a kényszeres, akinek karaktertulajdonságai a mi körülményeink között majdhogyan szívesebben látottak. Inadekvát védekezési mechanizmus következtében kialakult tüneteik nehezen, csak átmenetileg befolyásolhatók. Az ilyen beteg többnyire szenved a tüneteitől, de attól is, hogy orvosát (aki felismeri terápiás tehetetlenségét) irritálja, és a környezete is elutasítja, hiszen úgy tudják, hogy az ilyen „színészkedik”. Jól ismert reakció: „pofont, farádot, vizet neki!”

A saját testüknek ilyen nagymértékben kiszolgáltatott egyéneknek sajátos alkati adottságaik vannak; szinte küllemükről felismerhetők. A túlméretezett, gyakran teátrális reakciókészségük kórereditére való utalás a hisztériás megjelölésben már bennfoglaltatik. Ám az idők során kiderült, hogy e kórtünet nemcsak nőknél, de férfiaknál is fellelhető. Az alkati determináltság feltételezése azonban megalapozottnak látszik. A génkutatás technikai fejlődése lehetőséget teremt annak a feltételezésére, hogy a gyakran hiperemotivitásra épülő, hisztériás megnyilvánu-

lások, amelyek ugyan az adott szociokulturális környezet által meghatározott morállal, mentalitással stb.-vel összefüggnek, genetikusan is determináltak. A hisztériának bélyegzetek többségével úgy látszik, nemcsak a környezet, de a természet is mostohán bánt; amennyiben nem a hysterosba, de igen nagy valószínűséggel a kromoszómájukba (a 6-os pár egyikébe?) már jó előre beprogramozta e magatartási formára való készséget.

*Groddeck* az elfojtást – amely a pszichés apparátusnak egy, a tudatos énnél ősbibb, mélyebb kaotikus rétegében az „ősvalami”-ben, az „Es”-ben zajlik, olyan funkcionális egységnek képzei, melyben a vegetatív idegrendszer által innervált belső szervek is képviselve vannak. *Ferenczi* ugyanezt az operatív-funkcionális egységet – hangsúlyozván annak filogenetikailag ősbibb voltát – „protopsziché”-nek nevezi.

*Groddeck* és *Freud* úgy képzelte, hogy az elfojtott konfliktus pszichés energiája "megszállja" a belső szervek reprezentációit, és így hozza létre a szomatikus betegség tüneteit. A vegetatív idegrendszer működésének megváltozásából eredő, kezdetben funkcionális zavarokból alakulnak ki a későbbiek folyamán a szervi károsodások. Ez nemcsak a pszichoszomatikus betegségek eredetét magyarázná, hanem magában foglalná a pszichoterápiával való befolyásolhatóságuk lehetőségét is. A szomatikus betegségekkel foglalkozó orvos számára, *Ferenczi* megjegyzései szerint is, különösnek tűnő hipotézis sokat veszít idegenszerűségéből, ha összevetjük: *McLeannek* a limbikus rendszerről alkotott, korábban érintett felfogásával. Ugyanez vonatkozik, a további pszichológiai elméletekről szóló fejtegetéseimre is.

*Groddeck* és *Freud* elméletét a későbbi analitikus irányzatú pszichoszomatikus munkák részben kiegészítették, részben megváltoztatták. A konverziós hisztériánál ugyanis a konfliktus az ödipális komplexus síkján zajlik. *Rangel* szerint azonban az elhárító tevékenység útján a működési zavar ezen a síkon messze túlvezethet, le a pregenitális libidófejlődés által meghatározott pszichés rétegekbe. A fentieket akkor érthetjük meg, ha számításba vesszük, hogy a pszichoanalízis a testi és lelki magatartást a topikus és genetikus progresszió-regresszió terminológiájával írja le. Ez azt jelenti, hogy a kisgyermekkorban közeli elementáris megnyilvánulási élményformák és a fejlődés folyamán létrejött tudatos, differenciált élménymód egymásból fejlődnek ki, tehát azok felnőttkorban már egymás fölé vannak rendelve. Pszichés zavarok esetén azonban fixációk és regressziók is lehetségesek. Mindennek folytán a csecsemőkortól az adolescenciáig tartó fejlődésben

az esetleges fixációban vagy regresszióban a fejlődési fázisra jellemző, specifikus szakaszok különböztethetők meg.

Ez az alapja *Schur* elméletének is. Szerinte a pszichoszomatikus tünetképzés topikusan és genetikusan, tehát helyileg és időbelileg regressziónak tekinthető. Részletesebben kifejtve a fentieket, a leírt folyamatok a következő módon képzelhetők el. A kisgyermek a korai kellemes és kellemetlen érzelmi hatásokra kezdetben főleg inkoordinált izomtevékenységgel válaszol. Főként a félelmi szorongási helyzetek váltanak ki már ebben a korban is globális mozgásvihart. Olyan általános érvényű tendencia ez, amely kedvezőtlen körülmények között még idősebb korban is időről időre visszatérhet. A fejlődési, érési folyamat során a szorongás, fájdalom megélése elmélyül, differenciálódik, a gyermek érzéseibe, képzeleteibe, gondolataiba, beszédébe épül be. A diffúz motoros és vegetatív reagálási módok helyébe célra irányuló, realitáshoz alkalmazkodó gondolati és motoros feldolgozásmódok lépnek. A mentális, pszicho-affektív funkciók leválasztását *Schur* „deszomatizáció”-nak nevezi. Ennek során a primitív magatartási mintákat az Én-re irányuló, realitáshoz alkalmazkodó teljesítmények váltják fel.

A regresszív jellegű pszichoszomatikus tünetképződéskor a tudatos Én beszűkül, túlsúlyra jutnak ismét az ősi pregenitális késztetések. Az irány visszafordítódik; ezt nevezi *Schur* „reszomatizáció”-nak. A reszomatizáció akkor jön létre, ha a feszültség az egyén tűrőképességét meghaladja.

Ilyenkor az infantilis „szervbeszéd” mint organikus betegség jelenik meg. Az pedig mindenekelőtt az anyának szól, mivel a betegség anyai gondozást, ápolást igényel. *Mitscherlich* betegeinek kórlefolyását tanulmányozva a kétfázisos elfojtás fogalmát vezette be. Szerinte, ha az életkrízis elháríthatatlanul krónikussá válik, akkor egyeseknél az első fázisban, az elfojtás eredményeképpen, neurotikus tüneti kép észlelhető. A beteg ebben az időszakban nem kielégítő módon ugyan, de megkísérli, hogy úrrá legyen a kedvezőtlen körülményekre. A második fázisban jelentkeznek a szomatikus betegség tünetei. A testi védekezési mechanizmusok dinamikájának megváltozása következtében a beteg elfojtja neurotikus tüneteit, amelyek aztán szomatikus zavarok formájában jelentkeznek.

E teória reális magja abban található, hogy az elméleti fejtegetések igazságától függetlenül a gyakorlatban valóban gyakran észlelhető az egyértelműen pszichés és szomatikus betegség tü-

neteinek alternáló változása: pl. agresszív magatartás – asztma (gyermekkorban), para-noid pszichózis – asztma (felnőttkorban).

Bizonyos fokig hasonló eredményre jut T. Parson is, aki rámutat arra, hogy a pszichoszomatikus betegek nagy része, annak ellenére, hogy betegségük háttérében pszichogén momentumok szerepelnek, ezt nem hajlandó tudomásul venni, sem a megértés, sem a viselkedés síkján. Ragaszkodik ahhoz a magatartási-viselkedési „pattern”-hez, amit a társadalom a szomatikus betegeknek oszt ki, vagyis ahhoz a státuszhoz, amit a közfelfogás az „igazi beteg”-nek tart fenn (amelynek létjogosultságát elismeri). A pszichoszomatikus betegek e feltehetően nem tudatos magatartását igazolni látszik társadalmunkban a pszichés betegekkel szembeni gyanakvás, elutasítás, amelyet csak fokoz az általánossá vált felismerés, hogy a hisztéria és a neurotikus tünetek mögött – helyesen csak pszichológiában jártas szakember által értelmezhető – másodlagos előnyökre való törekvés húzódik meg.

A pszichoszomatikus beteg ugyan aláveti magát a társadalmi kontrollnak, de ugyanakkor ki is vonja magát alóla, a betegszerep vállalása révén. Az eredmény konformitás, pszeudonormalitás, amelynek ára a szervezet ellen irányuló destrukció, önpusztítás vagyis pszichoszomatikus betegség (*Brede*).

**A párizsi iskola,** *P. Marthy, M de M'uzan, C. David, M. Fain* (a párizsi iskola képviselői) szerint a pszichoszomatikus betegnek sajátos mentalitása van. Másképp gondolkodik, viselkedik, mint az egészséges vagy más lelki beteg, mint pl. a neurotikus. Bezárkózva saját merev szemléletébe, csak konkrét, praktikus, rezonábilis gondolatok merülnek fel benne. Fantáziája szegényes, sivár, mintha nem is létezne. A nappali ábrándozás és az éjszakai álmokképzés gátolt. Gyakorlatias gondolkodásmódja operatív jellegű. Innen a fenti szerzők által használt elnevezés: *pensée opératoire*. Úgy tűnik, mintha e beteg el lenne zárva a nem tudatos világtól; „túlzott tudatossága” miatt a környezethez való adaptált. A mai racionalitásra törekvő életforma kedvez e magatartásmódnak. Vizsgálatukkor nemcsak a beteg negálja az emocionális érintettséget, de az orvos is, aki az anamnézis során gyakran nem talál pszichés zavarra utaló jeleket.

A szerzők pszichodinamikai szempontból az Én regressziójáról beszélnek, amely egy alacsonyabb fejlődési szintje süllyed. Az érzelmek, feszültségek, konfliktusok mentális síkon való feldolgozása, levezetése hiányos, ezért közvetlenül a szervezetre tevődnek át, működésében zavart, laesiót okozva. E védekezési mechanizmus azonban kifejezetten öndestruktív jellegű, amely időnként

olyan súlyos lehet, hogy szerintük a „halálösztön” létezését támasztja alá.

*Marthy* és munkatársai, valamint *Sifneos* e betegek szimbolikus gondolkodásmódjának hibás fejlődéséről, agenesiájáról beszélnek, nem pedig neurotikus gátlásról. E felfogás neurofiziológiai magyarázatként *Sifneos* feltételezi, hogy a limbikus rendszer (úgy is, mint az emóciók agyi szubsztrátuma) és a neocorticalis régiók (mint a kritikai gondolkodás és a hozzá társuló érzelmek neurofiziológiai bázisa) között hiányzik a megfelelő, kielégítő kapcsolati, konnexiós rendszer.

*A. Haynal* felfogása ennek a koncepciónak némileg ellentmond. Szerinte a pszichoszomatikus betegek is képesek kielégítő nivójú érzelmi életre, és a fantáziálás sem mindig idegen tőlük. Racionális operatív gondolkodásuk inkább olyan sajátos, defenzív attitűdnek fogható fel, amely hosszú időn keresztül begyakorolt volta miatt, gyakran személyiségvonássá válik. Ez a védekezési mód azonban reverzibilis lehet. Ezért nem húz e tekintetben éles vonalat neurotikus és pszichoszomatikus betegek közé. Azt tapasztalta ugyanis, hogy egyes neurotikusok pszichoterápiájuk (pszichoanalízisük) során a reziduális konfliktusaikat – feltehetően narcisztikus okok miatt – szintén szomatizálással oldják meg.\*

Eddigi fejtegetéseim során azokkal az elméletekkel foglalkoztam, amelyek a pszichoanalízis elvei alapján magyarázták a pszichoszomatikus betegségek keletkezését. A továbbiakban azokat a koncepciókat ismertetem, amelyek teóriájukban már felhasználták a modern pszicho-fiziológia eredményeit is.

**Chicagói iskola.** *F. Alexander* elmélete. A szigorúan orvostudományi módszerekkel megalapozott pszichoszomatikus medicinának megalapítója *F. Alexander*. Az általa vezetett chicagói iskola lényegében ma is helytálló, a pszichoszomatikus medicina alapprincipiumait magába foglaló megállapításaira a mindennapi orvosi gyakorlat és a mélylélektani kutatások ötvözése jellemző. Az általuk alkalmazott pszichológiai és fiziológiai módszerek ugyanannak a patogenetikai történésnek különböző aspektusát ragadják meg. A vizsgálódásaik rövid konklúziója: a frusztrált és

---

\* Tapasztalataim összecsengenek *A Haynal* felfogásával. Gyermekgyógyászati és gyermekpszichiátriai praxisomban a „pensée opératoire”-mechanizmussal csak néhány serdülőnél és adolescensnél találkoztam, míg kisgyermeknél nem észleltem. Az említett „operatív” gondolkodásmódú fiatalok közeli családtagjainak egyikére-másikára kényszeres gondolkodás és magatartásmód volt jellemző. Feltehetően e pontosan szabályozott, tárgyyszerű kényszeres tendenciák a család szokásmódjain, életformáin és a velük való azonosításon keresztül beépültek a fiatal személyiségébe, és az érzelmi megterhelésekkel szembeni védekezési mechanizmusuk eszerint szerveződött.

gyakran ellentétes előjelű érzelmekből és ösztönkésztetésekből származó tartós feszültség áttevődve a humorális és vegetatív szabályozási rendszere, annak prolongált izgalmi állapota révén hozza létre a pszichoszomatikus zavart.

*Alexander* szerint a pszichoszomatikus betegségek *Cannon* elképzelései alapján értelmezhetők. Veszélyhelyzetben az egyén kétféle módon reagálhat:

1. támadó-védekező magatartásmóddal,
2. passzivitással.

A támadó védekező magatartás agresszív érzelmeket mobilizál és a vegetatív-humorális egyensúlyt a szimpatikotónia irányába tolja. Az ingertől való visszahúzódás együtt jár a passzív gondozás, táplálás, védettség igényével és paraszimpatikotóniával. Ha az érzelmek célszerű cselekvésben való levezetése lehetetlen, a szimpatikus adrenerg rendszer fokozott izgalmi állapota tartósul, és ennek hatására jönnek létre a szervi funkciózavarok, illetve organikus károsodások.

*Alexander* szerint minden konfliktus alapja a függőség utáni vágyakozás ösztönkésztetése, amelynek kifejezésre jutása akadályozott, megnyilvánulását a szociokulturális megkötöttségek lehetetlenné teszik, elfojtják (v. ö. *Hermann*) kapaszkodási ösztönével; lásd a megfelelő fejezetben.) A chicagói iskola szerint pl. az ulcusos beteg olyan olthatatlan szeretés utáni vágytól szenved, amely csecsemőkorra első frusztrált élményanyagából származik, amikor még az orális funkciók domináltak. Ez a passzív szeretési vágy okozta állandó éhségérzet, hiperszekréció, hipermotilitás, a gyomorműködés zavarainak képében manifesztálódik. A colitis hátterében nagy energiát igénylő tevékenység frusztrált ambíciója húzódik meg, amely nemegyszer „megfutamodásra” készíteti a beteget. A chicagói iskola tanítása szerint visszaszorított agresszivitás, rivalizációs problémák húzódnak meg a hipertónia betegség mögött. Szerintük ugyancsak az agresszivitás-szorongás elfojtása, ki nem élése az oka a hyperthyreosisnak, a migrénnek, a szívneurózisnak, a vasovagalis syncopénak, valamint a primer krónikus polyarthritistnek is.

A specifikus pszichodinamikai konstelláció nem állapítható meg a beteg manifeszt magatartásából, mert kompenzációs mechanizmusok meghamisíthatják a képet. Az ulcus a passzív tápláltatás igényéből ered ugyan, de nem minden ulcusbeteg mutatja a visszahúzó magatartást, egyesek túlkompenzálás következtében időszakonként hosszan tartó igen aktív, sőt túlfűtött életvitelre is képesek. Az analitikusan feltárt személyiségzavarok az egyes kórképekre annyira jellemzőek, hogy ezek alapján – *Alexander* iskolája szerint –



a testi betegségekre vonatkozó ismeretek hiányában is, a véletlennél sokkal nagyobb valószínűséggel meg lehet állapítani a szomatizáció formáit, a pszichoszomatikus betegség jellegét.

Az alexanderi felfogást azonban erősen vitathatóvá tette az a tapasztalat, hogy ugyanazon betegnél az élethelyzetek változása során gyakran többfajta pszichoszomatikus betegség követi egymást. Sőt, ugyanazon egyén ugyanazon szervrendszere eltérő szituációban, eltérő szomatikus válaszreakciókat adhat. Egy betegnél pl. az egyik szituáció hányást vagy cardiospasmust, egy másik szituáció ugyanannál ulcust válthat ki, *Wolff-Grace*, *Grace és Graham* ezért az e kórképekre jellemző specifikitást a sajátos testi és pszichés magatartásmódban keresik; tehát szerintük nincs gyomorbetegsége, respiratorikus zavarokra, hipertoniára, egyéb szervi betegségekre jellemző személyiségstruktúra. Ugyanazon személy szervrendszerének az egyik szituációban offenzív tünetei (pl. hyperaciditas, ulcusképződés) jöhetnek létre, egy másik szituációban védekező jellegű cardiospasmus vagy hányás. Ennek megfelelően nem a lokalizáció, hanem a funkcionális válasz sajátossága az, ami jellegzetes a pszichoszomatikus betegre. Ezen túlmenően a beteg az érzelmeivel kapcsolatos belső élményeit kevésbé tudatosítja, mint az érdeklődésének homlokterében álló testi válaszreakcióit.

A személyiség szerepe a pszichoszomatikus kórképek keletkezésében némi megtorpanás után az 1970-es években ismét napirendre került. Általában a pszichoszomatikus kórképek, de különösen a gastrointestinalis betegségek pszichopatogenezisének tanulmányozása, egyre inkább a kora gyermekkori fejlődés orális szakára, kiemelten az elválasztás periódusára terelte a figyelmet. Az ez idő tájt elszenvedett frusztrációk, majd az élet folyamán ismételt stresszhatások elleni, gyakran eredménytelen küzdelem bizonyult – ebben az életszakban eleve sérült egyéneknél – különösen patogénnek. A pszichoszomatikus betegségek (ulcus, hipertonia, infarctus) gyakoriságának növekedése az ún. „mendezser” típusú egyéneknél napjainkban egyre több kutatót foglalkoztat. E kutatásokból származó nagyszámú adat arra utal, hogy az ilyen személy aktív magatartásával nemcsak a gyakori stresszhatások ellen küzd, de egyben a régmúltból származó, újra aktualizálódó konfliktusok okozta szorongás ellen is. Így a hiperaktivitás szorosan hozzá tartozik az illető egyén pszichés védekezési mechanizmusához, ami gyakran – hosszú ideig – eredményes lehet. Ezért ezt a magatartást öngyógyító tendenciának is lehet tekinteni.

A „menedzser” típusú személyiség ellentéte az éretlen, passzív, gyakran parazita életet élő, pl. alkoholista vagy narkomán egyén. Nála a testi gondozás utáni infantilis vágy vezérelte magatartás dominál, és nem ritka a küzdelemről való lemondás, az önfeladás, depresszív színezetű alaphangulat. Sokan közülük úgy vélik, hogy a kockázatvállalás elkerülése, különösen stresszhelyzetekben, nagyobb biztonságot nyújt, mint szembefordulni a nehézségekkel. Észert a passzivitás, a testi kontaktus- és biztonságkeresés a hiperaktivitás alternatív védekezési mechanizmusa lehet.

*Brady* a „menedzser” típusú személyiség ulcusának patogenézisében nem egyszerűen a hiperaktivitást, a kivitelező szerep vállalását tartja fontosnak, hanem a stresszhatásokkal szembeni *aktív megküzdés és a pihenési szak közt eltelt időtartamot*. Majomkísérleteiben (fisztula-módszert használt) ugyanis azt tapasztalta, hogy a fekélyképződéssel szorosán összefüggő gyomorsavtermelés nem a stresszhatások és azok elkerülésével járó aktív szakasz alatt, hanem annak a végén a pihenés szakában fokozódott, és csak órákkal később érte el a maximumot.

*Weiss* a stresszhatás aktív kivédésére tett erőfeszítés megghiúsulásának tulajdonít jelentős kórokozó szerepet. Szerinte az olyan erőfeszítésnek, amely nem hozza meg a várt sikert, az elismerést, különösen nagy a kórnemző hatása. A pozitív visszajelentés, a „sikerélmény”, ha mégoly nagy megterhelés árán is jön létre, szinte sosem vezet pl. fekélybetegséghez.

(Az iskolás korú gyermekek ulcusának kialakulásában e tényezőknek szintén igen jelentős szerep jut. E betegség korai megjelenése a pszichogén tényezők mellett azonban jobban ráirányítja a figyelmet a biokémiai és fizikális faktorok jelentőségére. A predispozíció egyenlőtlen viszonyokat teremt, még az egy családban élő testvérek között is, és alkalmas arra, hogy megzavarja a korai anya-gyermek kapcsolatot is, pl. a csecsemő étvágytalansága és az anyának ebből származó büntudata miatt. Az enzimdefektus egymagában azonban nem ad választ arra, hogy a következményes hiperszokrécia, gyomor- és bél-perisztaltika miért éppen akkor jön létre, amikor a gyermek történetesen az iskolai megpróbáltatásoknak van kitéve. Miért inkább a szorongó, izgult, gátolt fiatal sósavtermelése emelkedett, azonos gasztrinszint mellett. Az emocionális megterhelések miért okoznak gyomorfájást, a frusztrációk láncolata miért vezet ulcusbetegséghez az egyiknél, a másik hasonló egyednél meg nem? A szomatikus és emocionális kórokozó tényezők már a gyermekkorban kibogozha-

tatlanul összefonódhatnak. Ezért is túlhaladott az az orvosi szemlélet, amely az ulcusbetegség vagy fizikális, vagy pszichés megközelítését és terápiáját célozza.)

Weiss és munkatársai a centrális biokémiai történéseket vizsgálva megállapították, hogy a hatásos megküzdő magatartás az agyi noradrenalin-szint emelkedését eredményezi, míg az elkerülő, menekülő és negatív visszajelentéssel járó válasz, alacsony noradrenalin-szinttel jár.

Anisman a többi között szintén a neurotranszmitter-rendszerek kölcsönhatását tanulmányozta a fekélybetegségben. Vizsgálódásai alapján arra a meggyőződésre jut, hogy „...a kezdeti stressz által indukált noradrenalin-reakciót mind centrális, mind perifériás szinten kolinerg hatás ellensúlyozza (ezzel együtt az agyi noradrenalin-szint csökken). A paraszimpatikus rebound elvárható módon vagusinnervációt eredményez és sósavszek-récióval jár, ezáltal elősegíti az ulcusképzést.”

Az agyi noradrenalin-szint azonban mindenfajta viselkedéses aktiváció szabályozásában sokszor döntően fontos, sőt meghatározó szerepet játszik. Így egyebek között jogosan feltételezhető, hogy a noradrenalindeficit képezi a depresszív állapotok biokémiai hátterét is. A depresszió kisebb-nagyobb mértékű jelenléte pedig szinte kivétel nélkül minden pszichoszomatikus kórképben fellelhető.

A pszichoszomatikus zavarok pszichopatogenezisét tanulmányozó kutatók népes táborából – monográfiám terjedelmének korlátai miatt – még a legjelentősebb szerzők munkáit sem volt lehetőségem ismertetni. A felsorakoztatott elméletek rövid áttekintése azonban, ha nem is volt alkalmas arra, hogy egységes, átfogó, általános érvényű választ adjon e rendkívül bonyolult, máig is vitatott kérdésekre; kivétel nélkül valamennyien tartalmaznak olyan részigazságokat, amelyek a pszichoszomatikus betegségek kialakulásának megértéséhez, ismereteink gazdagításához hozzájárultak.

**A PSZICHOGÉN FUNKCIÓZAVAROK**

**(Forrás: Murányi-Kovács Endréné – Kabainé Huszka Antónia: A gyermekkori és a serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája. TKk. Bp. 1988. 153-162.)**

Pszichogén funkciózavar valamilyen szervnek olyan hibás működése, aminek nincsen organikus oka, a zavar kialakulása pszichikus tényezőknek tulajdonítható. Egyes szerzők e működési zavarokat a pszichoszomatikus megbetegedések keretében tárgyalják, mi azonban indokoltnak véljük, ha külön foglalkozunk a gyermekkorban sűrűn előforduló, *átmeneti funkciózavarokkal*, elhatárolva ezeket a súlyosabb formában megnyilvánuló, rendszerint tartósabb, szervi érintettséget eredményező, orvosi kezelésre is szoruló pszichoszomatikus betegségektől.

A hazai gyermekpszichiátriai szakirodalom (BÖSZÖRMÉNYI Z.-BRUNECKER GY., 1979) „Vegetatív tünetcsoportok” fejezetben foglalkozik e zavarokkal.

„*Vegetatív zavarok* – akár személyiségadottságokból, akár betegségfolyamatokból származzanak – könnyen vezethetnek idültté váló dekompenzációhoz, az úgynevezett *vegetatív disztoniához*... A kisiskolásoknál gyakori mozgásnyugtalanlás, a lábak lógázása, ide-oda csúszkálás, fel-felállás, járkálás, figyelemgyengülés is vegetatív zavar tünete lehet. A csökkent terhelhetőség, túl gyors fáradás – szervi bántalom nélkül-, fejfájás, szédülés, izzadás, tachycardia, extrasystolia, légzési ritmuszavarok stb. hasonló eredetűek lehetnek. Rohamszerűen ismétlődő, a köldöktájra lokalizált fájdalmak, gyakori hasmenések, néha obstipatio, az elalvás nehezítettsége vagy gyakori éjszakai felriadások, felszínes szunnyadás szintén a vegetatív túlingerlékenység jelzéseiként értékelhetők” – írják a szerzők (109. l.).

## Az éjszakai ágybavizelés (enurezis nocturna)

Az egyik leggyakrabban előforduló funkciózavar. Gyógymódjainak kutatásával világszerte számos szakember foglalkozik.

Tekintve, hogy szervi megbetegedések is okozhatnak enurezist, az ágyba vizelő gyermeket elsősorban orvosi kivizsgálásban kell részesíteni, az enuretikus gyermekek túlnyomó többségénél azonban e vizsgálatokkal kizárhatók az organikus okok.

A pszichikus eredetű ágybavizelés a hólyag funkcionális zavara, amely abban nyilvánul meg, hogy a hólyag kiürítését a tanult feltételes reflex helyett a csecsemőkorra jellemző *feltétlen reflexműködés* indítja el.

Normális fejlődés esetén, két-két és féléves koron túl, a gyermek az alvás közben fellépő hólyagfeszültséget *ébredtőingerként* éli át. A bevizelő gyermeknél azonban a hólyag tónusnövekedése, vagyis a vizelési inger, nem az agykéreg azon pontjai felé terjed, amelyek az alvás megszakítását idézik elő, hanem közvetlenül az záróizmokat szabályozó idegi központok felé.

E rendellenes beidegzésen túl, az enuretikus gyermek *hólyagfal-érzékenysége* is kórosan megnövekedett. Ez azt jelenti, hogy míg normális esetben alvás közben a hólyagfal tónusának lazasága miatt a hólyag vizelési inger fellépése nélkül nagyobb mennyiségű folyadékot tárolhat, mint ébrenlétkor, addig a bevizelő gyermeknél már egészen kis mennyiségű vizelet is kiváltja az ingert. Ezzel magyarázható az ismert jelenség, hogy sok gyermek egy éjjel többször is bevizel.

Az enuretikus gyermekek igen sűrűn, sokan *minden éjszaka* bevizelnek. Nem nevezhető enuretikusnak az a gyermek, aki-nél csak időnként és rendszerint megállapítható okok miatt – túlságosan izgalmas napi események, környezetváltozás, fáradtság vagy lázas állapot alkalmával – fordul elő az ágybavizelés.

Az éjszakai bevizelést előidéző okok *nem specifikusak*. Bármilyen neurózist kiváltó ok – szeretethiány, elhanyagolás, túlzott korlátozás stb. – kiválthatja e tünetet. Az viszont megállapítást nyert, hogy az enuretikus gyermekek között nagy számban találhatók az igen *ambíciózusak*, a nagy önérvényesítési vágygal rendelkezők, akik ugyanakkor *szorongók*, és meghátrálnak a követelmények előtt. Az enurezis szinté a meghátrálás egyik – nem tudatos – formája. Koruknál gyermekesebb magatartást vesznek fel, hogy több támogatást, védelmet, szeretetet kapjanak. Gyakran fordul elő például, hogy a már régebben „ágytisztá” gyermek az

*első osztályba* lépéskor ágybavizelővé válik. Úgyszintén szokásos tünete ez a *testvérfeltékenységnek*, ami kistestvére születésekor váratlan hevesseggel tör a nagyobb gyermekekre. Óvodás- és alsó tagozatos általános iskolás *nevelőotthonokban* is rendkívül gyakori. Sok érzékeny gyermek a környezetváltozás okozta szorongásokra, az elmagányosodásra ezzel a tünettől reagál.

Nyilvánvaló, hogy amennyiben pszichikus feszültségek okozzák a bevizelést, úgy a *gyógyulást elsősorban a gyermek konfliktusainak megoldása mozdíthatja elő*. Ha a gyermek környezetétől az eddiginél több gyengédséget kap, ha szülei és nevelői magatartásában bizalmat és biztatást érez, akkor szorongása csökken, „mer felnőni”, vállalja a növekedéssel járó kötelezettségeket, fokozatosan kevesebb lesz az ágybavizelések száma, majd teljesen megszűnik e tünet.

Az érzelmi kapcsolatok és a támasznyújtás mellett gondot kell fordítani a *megfelelő tárgyi és életmódi feltételek* megteremtésére is. Elsőrendű fontosságú *az ágy és az alvás higiéniája*, vagyis a tiszta ágynemű, a kényelmes, csinos hálóruga. A rongyok, a piszkos, szakadt hálóing, a guminadrág, a pelenka, azt az érzést kelti a gyermekben, hogy környezete természetesnek veszi, hogy bevizel, tehát nem is kell, nem is érdemes vigyázni! Az enuretikus gyermeknek *minden reggel és minden este fürödni* kell, nehogy a vizeletszag beivódjék a bőrébe. Fontos, hogy a gyermek nyugodt, *kiegyensúlyozott lelki állapotban fekdjön* le aludni, tehát ne olvasson izgalmas könyveket, ne nézzen soká televíziót, ne szidják meg este, ne beszéljenek előtte félelmet vagy ingerültséget keltő témákról stb. (KABAINÉ HUSZKA A., 1968)

A gyermek *rendszeres éjszakai felkeltése* és vizeltetése igen elterjedt módszer. Számos orvos javasolja, nevelőotthoni pedagógusok is általában ehhez a gyakorlathoz folyamodnak a célból, hogy az ágyneműt és a matracot kíméeljék, és hogy „rászoktassák” a gyermeket a „kimenésre”. A célzott feltételes reflex kialakítása azonban ezzel a módszerrel igen ritkán sikerül, sőt az ágybavizelés tünete többnyire megerősödik, mert a hólyag kiürítése *félálomban*, vagyis tulajdonképpen *alvás közben* történik, tehát lényegileg ugyanabban a szituációban, mint az ágybavizeléskor.

Csak a gyermek *teljes felébresztése* esetén küszöbölhető ki a hibás kondicionálás. Ez ellen azonban a legtöbb gyermek tiltakozik: sérelemnek, a szeretetlenség újabb jelének tekinti, ha erőszakosan és többnyire durván, ingerülten „felrázzák”, megzavarják alvását. Megtörténik, hogy a rendszeresen felébresztett gyermek enurezise még makacsabb, mint régebben volt, amikor nem éb-

resztették fel. A „felébresztés” módszere csak abban az esetben ajánlható, ha maga a gyermek is akarja, és ha a felnőttnek sem jelent nagy áldozatot az ébresztés. (Ellenkező esetben ugyanis akaratlanul is érezteti ezt a gyermekkel, amit az érzékeny enuretikus indulattal és büntudattal fogad).

A gyógyszeres kezelés és a diétázás előírása orvosi feladat, erre itt nem térhetünk ki. Az alábbiakban ismertetett *autoszuggesztiós módszerrel* – együttműködő családi környezet esetén – viszonylag rövid idő alatt jó gyógyulási arányt értünk el. (MURÁNYI-KOVÁCS E.-NÉ, 1958). A módszert leghatékonyabban 8-12 éves gyermeknél alkalmazhatjuk, aki már szabadulni szeretne tünetétől.

A terápiás eljárás lényege, hogy a gyermek akaraterejét is sorompóba állítja. A gyermeket aktívan bekapcsolja a gyógyulásba, értelmi szintjéhez mérten magyarázatot ad a hólyag működéséről, a feltételes reflex kialakulásáról.

„Most meg fogom magyarázni, hogy te miért vizelsz éjszaka az ágyba, hiszen már elég nagy fiú (lány) vagy ahhoz, hogy megértsd az ilyen orvosi dolgokat, például azt, hogy miként működik a szervezetet” – mondja a terapeuta a gyermeknek. Ilyenkor a gyermek már rendszerint megilletődött figyelemmel várja a folytatást.

„Tudod, hogyan mozgatod a lábad? Úgy, hogy az agyadban az egyik ideg-sejtecske kiadja a parancsot: lábat felemelni és ez a parancs végigfut az idegszálon – úgy, mint az áram a telefondróton -, és amikor ahhoz az izomhoz ér, amelyik a lábadat mozgatja, akkor az izom engedelmeskedik, és felemeli a lábadat. No, próbáljuk meg!”

Ezután egy kis játék következik: gondold, hogy be akarod hajlítani a kisujjadat – a gyermek megcsinálja -, na ugye, hogy be tudod hajlítani! Most gondold azt, hogy nem hajlítod be. Látod, akkor nem hajlik be! Ugyanezt a nyelvvel, szemmel stb. játékosan végezzük, majd folytatjuk a magyarázatot:

„Tudod, hol van a vizelet a testedben?” Megmutatjuk egy ábrán a hólyag sematikus rajzát, és beszélünk a záróizom működéséről. „Ez az izom éppen úgy az agyban levő idegsejttől kapja a parancsot, mint a többi izom. Ha te megparancsolod neki, hogy kinyíljon és kiengedje a vizeletet, akkor megteszi, és ha megparancsolod, hogy zárva maradjon, akkor nem engedi ki, bármilyen tele is van. Hiszen tudod, hogy hányszor kellene kimenned nappal is, és amikor nem lehet, nem vizelsz be a nadrágba. Azt kérdezed, hogy akkor miért vizelsz be az ágyba? Ez is egyszerű. Éjszaka az idegsejtek alszanak, és nem működnek. De nem alszanak vala-

mennyien. Örököt hagynak – úgy, mint a hadsereg éjjel, ha a tábor alszik -, és ezek az örök vigyáznak, hogy minden rendben menjen a szervezetben. Amikor a gyermek még egészen kicsi – 2-3 éves, akkor rászokik, hogy nappal a bilit kérje. Ugyanakkor az „örök” is megszokják azt, hogy vigyázzanak arra, hogy a hólyagot elzáró kis rugó éjjel se engedje ki a vizeletet. Nálad, amikor kicsi voltál, az örök lusták voltak, elfelejtkeztek munkájukról, és így megszokta a hólyagod, hogy éjszaka kényelmesen kinyissa a kis rugót, ha a vizelet kezd összegyűlni benne.

Ezen segíteni fogunk: este, mielőtt elalszol, arra fogsz gondolni, hogy nem szabad éjjel bevizelni. Kiadod a parancsot még este, amikor ébren vagy, az idegsejtecske-örzöknek, hogy ne engedjék az izomrugót kinyílni. Ha elég erősen fogsz erre gondolni, akkor az örök éjszaka, álmodban is kiadják az utasítást „nem szabad kinyitni”, és akkor nem fogsz bevizelni. Megpróbálsz már ma este, jó? És utána a többi estéken is. Lehet, hogy nem minden este fog sikerülni, ez nem baj. Nagyon sokáig így szokta meg a szervezeted, nem lehet erről egyszerre leszokni. De hamarosan menni fog, ez biztos!” Egy négysoros mondóka megtanításával biztosítjuk, hogy a gyermek elég intenzíven és mégis szorongásmentes, játékos hangulatban végezze el az autoszugesztiót. „Öröcskék jól vigyázzatok! Éjjel el ne aludjatok! A csapocska zárva legyen! A lepedő száraz legyen!”

A módszer újszerűségével is hatást gyakorol a gyermek érdeklődésére, fantáziájára, kíváncsiságára. Maga az a tény, hogy őt most „nagy” gyermekként kezelik, nem hibáztatják, megértik és bíznak benne, erősebb elhatározásra serkenti. Általában gyors kezdeti sikerek keletkeznek. A gyermek egy kis titkos jegyzetfüzetbe maga jegyzi be piros pontokkal, hogy mikor nem vizelt az ágyba.

Párhuzamosan – heti két-három alkalommal – folyik a szokásos pszichoterápia: a gyermek konfliktusainak felderítése és pszichoterápiás feldolgozása.

A pszichoterápia többnyire csak akkor vezet eredményre, ha a gyermek körülményeit, élethelyzetét is rendezni lehet. Ha a nevelési eljárásokból nem sikerül száműzni az erőszakot, a megszégyenítést, a büntetést, akkor minden terápiás eljárás ellenére súlyosbodhat a gyermek állapota. „Gyakran maga az a tény, hogy a gyermek elkerült abból a környezetből, amely károsítólag hatott rá, megszünteti a bevizelést. Ez az egyik oka annak, hogy a kórházba enurézis problémával bekerülő gyermekek közül sokan a kórházi környezetben nem vizelnek be” – írja KABAINÉ (1968).



Két esettel illusztráljuk az ismertetett enurezis-terápiát (MURÁNYI-KOVÁCS E.-NÉ 1958).

*H. N. nyolcéves fiú.* Első gyermek, hatéves húga van. Szülei egészségesek, családi terheltség nincs. Zavartalan terhesség és szülés, négyhetes koráig jól fejlődött, ekkor gyomorszűkület lépett fel, melyet nyolchetes korában megoperáltak. Lustán szopott, elválasztása három hónapos korában simán folyt le, tápszerral jól fejlődött. Egyéves korától kezdve nyugtalan. 14 hónapos korában járt, kétéves korában beszélt. Tisztaságra szokott nappal 18 hónapos korában, éjjeli bevizelés nem szűnt meg a kezelés kezdetéig. Gyermekbetegségek, tonsillektomia, öt és fél éves korában toxikus grippe;

Pszichikus fejlődése, a túlzott érzékenységen és sírési hajlamon kívül az iskoláskorig semmi rendelleneset nem mutat. Az iskolába lépés óta az érzékenység fokozódik, dekoncentrálódik, lassú reakciójú és szorongó lesz. Az első osztályban még kitűnő rendű, a másodikban – rendelésre való behozatalkor – erős tanulmányi hanyatlás észlelhető, érdeklődést nem mutat, nem figyel, félénk és zárkózott. Reggelenként hányingere van. Az orvosi vizsgálat lelete szerint rosszul táplált. 3 kg-mal kevesebb az átlagsúlynál, élénk reflexekkel, fennálló synkinéziákkal (együttmozgások). Az intelligenciavizsgálat eredménye szerint értelmi színvonala kora átlagát meghaladja.

A pszichológiai foglalkozás alkalmával könnyen megközelíthető, nyílt, élénk, jó fantáziát és alkalmazkodóképességet árul el. Igen játékos, de emellett nagy ambíciót és önérvényesítési törekvést mutat. Kiderül, hogy az iskolai teljesítményeknek túlméretezett fontosságot tulajdonít, kis sikertelenségek nagy megrázkódtatást jelentenek számára, szorongással töltik el. A szorongás mélyén az a félelem rejtőzött, hogy iskolai kudarca esetén kistestvére kiszoríthatja őt a szülők szeretetéből. Feltehető, hogy az erős testvérféltékenység, mely húga születése óta fennáll, okozta az enurezist, mint regressziós tünetet.

Az enurezis az első foglalkozás után csökkent, a másodiknál elmaradt, és hat hétig tartó pszichoterápiás foglalkozás folyamán többé nem jelentkezett. A család jól együttműködött a testvérféltékenység csökkentése és a gyermek megrendült önbizalmának visszaállítása érdekében. A családi környezet és a nevelés módja igen kedvező volt. Az egy és a két év múlva végzett kontroll szerint az enurezis és a többi neurotikus tünet megszűnt.

*N. G. nyolcéves három hónapos fiú.* Egyetlen gyermek, két kisebb húga 18, illetve nyolc hónapos korában fejlődési rendellenességben meghalt. A szülők egészségesek, családi terheltség nincs. Az enurezis a második kistestvér születése óta áll fenn (a páciens hétéves kora óta), és három hónapja, mióta a kicsi meghalt, a gyermek türhetetlenül dacos, fegyelmezetlen, nyugtalan, iskolában és otthon. A harmadik osztályba jár, tanítónője szerint az osztály legizgágább gyermeke, aki társait állandóan piszkálja, a tanítást lehetetlenné teszi. A gyermek IQ-ja 120 %, az írásbeli feladatok terén azonban lemaradása van: olvashatatlan minden feladata, füzeteti összevissza vannak firkálva és szaggatva.

Az anamnézis adatai: fogós és asphyxiás, három napig tartó szülés. Normális fejlődés, nyugodt, jó étvágyú csecsemő. Hat hónapos korában simán elválasztódott, egyéves korában jár és beszél, a tisztaságra szoktatás könnyen ment körülbelül 2-2 és ½ év körül. Diftéria kivételével minden

gyermekbetegségen és tonsillektomián is keresztülesett. Óvodába hároméves korától járt, panasz nem volt rá.

Az orvosi lelet szerint: turricephal koponyaalkat, jól fejlett, jól táplált gyermek, élén reflexekkel, arithmiás pulzus. Időnként neurotikus alapon légzési nehézségek. Nyugtalansága miatt sedativumot kapott.

A terápia kezdeti szakaszában ellenállást tanúsít, zárkózott, nehezen megközelíthető. A negyedik foglalkozás után mindennapi bevizelése heti egy alkalomra csökken. Miután sikerül leállítani az apa túl szigorú nevelési módszereit, többek között a verést is, a gyermek jobban megközelíthető, közlékenyebb, halálfélelmeit is elárulja. A terápia hetenként egyszer tíz hétig folyik, majd további nyolc héten át kéthetenként egyszer. Ebben a fázisban szorongása már csökkent, agresszivitása mérséklődött, az iskolai rendbe beilleszkedett, az enurezis teljesen megszűnt. A szülőkkel és a nagyszülőkkel külön-külön foglalkoztunk. Sikerült az anyát rábírni, hogy a túlzottan hozzá kapcsolódó gyermek leválását elősegítse, és az apa is igyekezett több türelemmel foglalkozni a gyermekkel, értékelte, hogy iskolai magatartása javult, és megszűnt az éjjeli bevizelés.

A terápia befejezése után tizenegy hónappal történt kontroll alkalmával – a szülők közlése szerint – a gyermek nyugodt, jól tanul, enurezis a kezelés befejezése óta nem fordult elő.

## **Beszékelés (enkoprezis)**

Szemben az éjszakai bevizeléssel, a beszékelés többnyire nappal következik be. A gyermek nem szabályozza székletürítését akarátlagosan, sem az ingert, sem a kiürítés folyamatát nem észleli: tudattalan figyelemelvonás történik.

Az enkoprezist általában a enurezisnél súlyosabb neurotikus tünetnek tartják. E tünet mögött szinte mindig nagyfokú szorongás és elmagányosodás van. Ezenfelül még a környezet elleni agresszív indulatok, bosszúvágy és ugyanakkor önmaga felé irányított agresszió is. A beszékelés ugyanis szégyent jelent nemcsak a családnak, hanem a gyermeknek is, akinek „kitaszítottság-érzése” e kínos helyzet következtében még fokozódik.

Tekintettel arra, hogy nem tudatosított beidegzési zavar fog fenn, büntetés, jutalom vagy meggyőzési kísérletek nem vezethetnek eredményre. A pszichoterápia feltétlenül indikált.

*Cs. J. 9 éves fiú, első osztályos.* A nevelőotthon a gyermek vizsgálatát a naponta ismétlődő beszékelése miatt kérte. Az orvosi vizsgálat szerint sem belszervi, sem neurológiai eltérés nem észlelhető.

*A pszichológiai vizsgálat adataiból megállapítható, hogy bár a gyermek igen mostoha körülmények között, anya nélkül, apjától gyakran napokig teljesen magára hagyva nevelkedett, értelmi fejlettsége kora átlagát meghaladja. Beszékelése neurotikus tünet, ami elhanyagoltságának, az ebből eredő szorongásoknak, apja durva veréseitől való félelmének tudható be. A bántalmazások ellenére erősen kötődött apjához, még nem heverte ki a tőle való elszakadást. Igen sok gyengédséggel kell kezelni és sürgősen pszichoterápiás foglalkozásban részesíteni.*

## **Az alvászavarok**

Különböző formákban és fokban nyilvánulhatnak meg: nehéz elalvásban, nyugtalan, felületes vagy kevés alvásban, szomnambulizmusban és éjszakai felriadásban (pavor nocturnusban).

A terápiás tapasztalat azt bizonyítja, hogy az alvászavarokkal küszködő gyermeknél a küszöbalatti folyamatos izgalmi állapot zavarja az alvást. Általában tartós nyugtalanságot, bizonytalanságot és súlyosabb esetekben durva fenyegetéseket éltek át.

Kisebb gyermekeknél gyakran tapasztalták, hogy az anyának speciális hozzáállása van a gyermekhez: nem ellenséges vele szemben, de mégsem tudja teljesen elfogadni anyaságát. Ez időnként abban nyilvánul meg, hogy hirtelen elhárítja a szoros kapcsolatot, más kötelességekre, például hivatásbeliekre hivatkozva.

A kisgyermek részére ezek az élmények olyan fenyegetést jelentenek, amelyek szorongást és sok esetben alvászavart vonnak maguk után.

A nevelőotthonokban dolgozó pedagógusoknál is előfordul ez az egyenlőtlen – érzelmileg ingadozó – magatartás. A nehéz, nem eléggé értékelt munka, a viszonylag kis eredmények elfárasztják őket, és időnként küzdeniük kell a „szituációból való kilépés” kísértésével.

A legsúlyosabb, hosszan tartó, nem javuló alvászavarokkal küszködő gyermekek között nagy számban találhatóak azok, akiknek anamnézisében ellenük elkövetett gyilkossági kísérletek vagy elhallgatott, de a gyermek által mégis megtudott súlyos családi tragédiák zajlottak le. Az sem ritka, hogy amikor a gyermek rájön, hogy nevelőszülei nem szülei, édes szülei „kitették” vagy elhagyták, akkor jelentkeznek a súlyos alvászavarok.

Az alvászavarok tünetei közül a legriasztóbb a környezet számára az *éjszakai felriadásos rémálom* (pavor nocturnus). A gyermek alvásából hirtelen felriad, de nem ébred fel teljesen. Összefüggéstelen, értelmetlen kiáltásokat hallat, izgatottan dobálja magát vagy összekuporodik, nem ismeri meg hozzátartozóit. Rémülten húzódik el, ha közelednek hozzá vagy ha megérintik. A néhány percig tartó roham után elalszik, és reggel nem emlékszik a történetekre. A pavor nocturnus némely gyermeknél igen sűrűn, másoknál csak több hónapos időközökben egyszer-egyszer jelentkezik. *Mindenképpen súlyos szorongás megnyilvánulása.* A leggyakrabban a szigorú nevelési módszerek, a fenyegetés, a megakadályozott dacreakciók következményeként lép fel. A konfliktus egyrészt saját akarátának érvényesítése, a harag, az indulat, másrészt az alkalmazkodás vágya között állandó feszültségben tartja a gyermeket. A pavoros gyermekek közül sokan nappal igen jól viselkednek, agresszivitásukat elfojtják.

A szomnambulizmust – amikor a gyermek alvás közben elhagyja ágyát és anélkül, hogy felébredne, ide-oda sétálgat a lakásban – szintén a nappali feszültségek, konfliktusok okozzák. „A pavor nocturnusban és a szomnambulizmusban szenvedőknek nemcsak a lassú alvás pihentető, regeneráló szaka rövidül meg, de megfosztódnak a REM-fázisokban képződő álmok feszültségcsökkentő, konfliktusokat elaboráló hatásaitól is” – írja DEMCSÁKNÉ KELEN ILONA (1982, 115. 1.)

## A táplálkozási zavarok

A legsúlyosabb pszichogén táplálkozási zavar az étel visszautasítása, a rohamos fogyás (anorexia nervosa) főképpen serdülőkorban lép fel, így ezt a tünetet a IV. fejezetben tárgyaljuk. Gyermekkorban is tapasztalhatók azonban kisebb-nagyobb táplálkozási zavarok, amelyek – ha az orvosi vizsgálat organikus okot nem mutat ki – az érzelmi élet kiegyensúlyozatlanságának jelei. Érzékeny gyermekek mindenféle milióártalomra, például gyengédség-hiányra, mozgáskorlátozásra, nyugtalan, szeszélyes bánásmódra, kudarcokra *étvágytalansággal*, gyakori hányással reagálhatnak. Ha keményen és erőszakosan evésre kényszerítik őket, a tünet súlyosbodik. A gyermek szorongása, rossz érzelmi állapota fokozódik – többnyire dacol is a felnőttel -, és ezek a körülmények tovább csökkentik étvágyát. Az *egyes ételektől* való undorodás hasonló pszichikus funkciózavar.

Aggasztóan hat a környezetre a gyermek *aránytalanul nagy étvágya* (bulimia). A gyermek az átlagos adag többszörösét képes elfogyasztani, és még ezután is enne. Lopáshoz is folyamodik, hogy többet ehessen. Ennek a tünetnek éppen úgy lehet agyi károsodásból származó organikus, mint pszichikus eredete. Pszichikus ok esetén a gyermek belső feszültségét az örömszerző állandó evéssel igyekszik oldani, s ilyenkor a tünet megszűnése csak az érzelmi élet rendeződésétől remélhető.

*T. B. 12 éves fiú, 5. osztályos.*

A nevelőotthoni jellemzés szerint: gyenge idegrendszerű, nyugtalan természetű tanuló. Társaival, tanáraival szemben agresszív. Sokszor verekszik. Hibáit nem ismeri be. Morog, duzzog. A közösségbe nem tud beilleszkedni. *Állandóan éhes, pajtásai ezért gúnyolják.*

A gyermek nem ismeri apját, aki az ő születése előtt hagyta ott a családot, anyja gyenge idegzetű, ingerlékeny, nem tudta az iskolában és a napköziben nyugtalan viselkedésű, agresszív gyermeket nevelni. Iskolai magatartási panaszok miatt került 4. osztályban állami gondozásba. Agresszivitása és indulatossága óvodás kora óta fennáll, 2. osztályban az iskolaorvos a Hárshgyi Gyermekidegostályra vitette megfigyelésre. (Zárójelentés nincs az iratai között.) Az anya közlése szerint a kisfiúnál organikus betegséget nem állapítottak meg.

*Javaslat:* pszichoterápiás kezelés és tevékeny életmód mellett feltételezhetően beilleszkedik a nevelőotthoni közösségbe.”

## A tic

Az izomzat akaratlan és gyors összehúzódásából keletkező arc- vagy testrángás, rendszertelen jellegű kényszermozgás, ami igen sok formában nyilvánulhat meg: fintorban, pislogásban, krákogásban, görcsös fej-, láb-, és kézmozdulatokban stb. Hétéves kor előtt nem szokott jelentkezni. DEMCSÁKNÉ KELEN ILONA (1968) tanulmányában leszögezi, hogy emotivitásra és indulatosságra való öröklött hajlam és a csecsemőkortól ható károsító környezet együttes hatásának következményeként alakul ki. Gyakran a pubertásban lép fel, amikor a felgyülemlett agressziók már nem reagálhatók le a megszokott módon. A tic többnyire más tünetekkel – enurezissel, dadogással – társul, és súlyosabb neurotikus megbetegedések egyik kezdeti megjelenési formája lehet.

E kényszermozgás esetén gyermekpszichiátriai vizsgálat és speciális, komplex terápia indokolt.

## A pszichoszomatikus megbetegedések

A pszichoszomatikus betegség egyértelmű meghatározása még nem alakult ki. ALEXANDER az 1930-as években kezdett el behatóan foglalkozni belgyógyászati osztályokon ápolott olyan betegekkel, akik organikus betegségüket megelőzően emocionális traumákon estek át. Megállapította, hogy egyes belgyógyászati betegségek, például a gyomorfekély, az epe kiválasztás zavarai, a magas vérnyomás, az asztma, a pajzsmirigy-túltengés pszichikus eredetű betegségek. Vizsgálatainak eredményeit és ezekre épülő pszichoszomatikus orvostudományi elméletét több publikációban ismertette (ALEXANDER, F. 1951).

ALEXANDER tervszerű vizsgálatait megelőzően, a húszas években néhány orvos és klinikai pszichológus közölte – tapasztalataik alapján -, hogy az epe kiválasztást az emóciók befolyásolják (LANGENREICH, 1922; MOHRS, 1925; HEYER, 1925; SHCINDLER, 1927; WITTKOVER, 1928; in: MESTERNÉ DR. BODA FIORE, 1959), azonban ALEXANDER nevéhez fűződik a „pszichoszomatika” szakkifejezés, valamint annak az általánosított princípiumnak a kimondása, hogy *emocionális megterhelésre létrejövő krónikus szervi funkciózavarok szervi megbetegedésre vezethetnek*. Ezeket a betegségeket

tehát az orvosi és a pszichikus terápiák kombinálásával kell kezelni.

Bár a pszichikus és a szomatikus működések kölcsönhatása évtizedek óta sokoldalúan igazolt tény (ezt a legpregnánsabban a csecsemőkori hospitalizmus révén mutatták ki), de vita folyik arról, hogy milyen mechanizmusok *döntőek* a betegség kialakulásában. ALEXANDER szerint a specifikus konfliktus specifikus betegséget vált ki, a betegségnek tehát szimbolikus jelentése van. Ez a hipotézis azonban nem igazolt. KELEN ILONA (1982) feltételezi, hogy a pszichoszomatikus megbetegedés alapjául organikus predispozíció szolgál. Más kutatók úgy vélik, hogy a pszichoszomatikus betegek anamnézisében kimutatható a patogén családstruktúra MESTERNÉ BODA F., 1959; HERMANN E.- BERLIN I., 1981) vagy a kisgyermekkorban anya-gyermek kapcsolat frusztrációja (VIRÁG T. – KISMATONI B., 1975). Az egész gyermekkor pszichodinamikus történéseit tartják relevánsnak DÜHRSEN (1962), valamint NEMES (1974). Számos betegüknél a gyermek frusztrált gyengédségigényét; illetve az ambiciózus szülők túlzott követeléseit derítették fel a megbetegedés kiindulópontjának.

A gyermekgyógyászati és gyermekpszichológiai rendeléseken, valamint a kórházak és klinikák gyermekosztályain megjelent beteg gyermekek nyilvántartásaiból megállapítható, hogy *az iskoláskorban fellépő pszichoszomatikus betegségek közül leggyakoribban: a tartós, intenzív fejfájás, az asztma, az allergia, a neurotikus jellegű gyomor-, bél- és szívpanaszok.* Nagyszámú szakirodalmi esetismertetés alapján úgy tűnik, hogy bár bizonyos szervi hajlam valószínűsége fennáll, *a betegséget kiváltó döntő mozzanat* mindig megtalálható a gyermekeket tartósan és intenzíven károsító kapcsolati történésekben, illetve pszichikus élményekben. Egyre inkább elfogadott nézet az is, hogy pszichikus tényezők szerepet játszanak a gyermek gyakori meghűléses, illetve bakteriális és vírusos megbetegedéseiben. (NEMES L., 1974)

NEMES L., elemezve a latenciakorú gyermekek pszichoszomatikus tüneteit, a következőket írja: „A latencia közé tartozik azonban már az is, hogy a gyermeknek »kisgyermekes« tüneteket sem szabad produkálnia. Ezért most már nemcsak a konfliktusokat, hanem az arra épülő neurotikus kompromisszumképződéseket is el kell fojtania. A tünetek sem nyilvánulhatnak már meg a magatartás síkján, hanem mind eltoltabb formát kell ölteniük, és mind távolabb kell kerülniük az eredeti konfliktusoktól. A szomatikus (vegetatív) tünetek »előnye« a pszichés tünetekkel szemben énidegenségükben rejlik. A pszichés tüneteket (enuresis, tik stb.)

még lehet „rosszaságnak” vagy „rossz szokásnak” itélni. A szomatikus tünetképzésből fokozatosan eltűnik a felelősség, a büntudat érzése. A gyermek szenved, és gyógyítását átengedi az orvosnak, illetve másodlagos nyereségként gondozását átengedi a jó anyának” (93. l.). PANETH G., 1985 teóriája szerint „... a korai éndefektus következtében csökevényesen alakulnak ki a fejlett elhárító mechanizmusok (mint amilyen például az elfojtás), helyettük archaikus munkamódok – szervműködési reflexek – szükségesek ahhoz, hogy az emocionális egyensúly fönmaradhasson” (54. l.).

Klinikai pszichológiai vizsgálat során értelmezhetőkké válnak a tünetek, amelyeknek gyógyításához nem mellőzhető a pszichoterápiás segítség.



**VETRÓ ÁGNES**

## **PSZICHOSZEXUÁLIS ZAVAROK GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORBAN**

**(Forrás: Gyermek- és ifjúságpszichiátria, mentálhigiéne, JGYTKF, Szeged 1998.)**

A nemi identitás, a nemi szerep és a szexuális orientáció fogalmának és fejlődési vonatkozásainak pontos ismerete nélkül a gyermekkori pszichoszexuális zavarok sajátosságait nem érthetjük meg.

**Nemi identitáson** a személy egyik nemhez való tartozásának kognitív (gondolati) és affektív (érzelmi) megélését értjük. Ez gyermek- és serdülőkorban a „fiúnak vagy lánynak tartom magam” beállítódásban jut kifejezésre. A nemi identitás három fő komponensből tevődik össze: morfológiai identitásból, nemi szerep viselkedésből és szexuális partner preferenciából.

A nemileg hozzám hasonló vagy eltérő felismerése, azaz a nemi identitás elemi komponensei a második életév körül kezdenek megjelenni. 3 éves korukra a gyermekek ki tudják választani a saját nemüknek megfelelő babát, 4 éves korukban pedig a saját nemüknek megfelelő felnőtt figurát is biztosan felismerik.

A kulturálisan elfogadott és meghatározott nemi viselkedés, a *nemi szerep* gyermekeknél életkoronként eltérően nyilvánul meg. Kisgyermekkorban fiús vagy lányos játékokról, érdeklődésről, kisiskoláskorban szerepjátékokról és öltözködésről, serdülőkortól pedig fiús vagy lányos személyiségdimenziókról beszélhetünk.

A szexuális érdeklődés iránya a *szexuális orientáció*. Ennek megfelelően beszélhetünk heteroszexuális, biszexuális és homoszexuális orientációról.

## **Gyermekkori nemi identitászavar (GYNIZ)**

GYNIZ esetében külön diagnosztikus kritériumokat használnak a fiúk és a lányok számára. A diagnózis megállapításánál figyelniük kell arra, hogy a GYNIZ-nál az ellentétes nemre jellemző viselkedés gyakorisága az életkorral csökken. A nagyobb gyermekek ugyanis a társadalmi konvenciók ismerete miatt jobban disszimulálják a GYNIZ problémákat, mint a fiatalabbak, és ez befolyásolhatja diagnosztikus döntésünket.

### **Prevalencia**

A GYNIZ gyakoriságát 3-4 %-ra becsülik. A fiú-lány arány 5:1-hez. A GYNIZ a felnőttkorban homoszexualitás vagy transszexualitás irányába fejlődhet.

### **Patogenézis**

A pszichoszexuális zavarok kialakulásában mind biológiai, mind környezeti tényezők szerepet játszanak, de arányuk és jelentőségük az egyes zavarok kialakulásában még nem ismert.

### **GYNIZ fő tünetei**

#### ***Mindkét nemnél***

- elégedetlen a saját anatómiai nemével (a nemi identitás bizonytalansága)
- vágyik az ellentétes nem szexuális sajátosságainak elérésére,
- fiús vagy lányos viselkedés, játék (játék és kortárs preferencia),
- törekszik a másik nem ruháinak viselésére,
- pubertás előtti kezdet.

## **Fiúk**

Következetes vágy nyilvánul meg a nőies identitás elérésére. Jelentkezhet játékban (durva, fiús játék elkerülése), preferált barátkozás lányokkal, nőies hangban, mozgásban, mimikában, nőies ruhák viselésében.

Ezek a fiúk előszeretettel hordják anyjuk ruháit, ékszereit, cipőit. A másik nem ruháiba való öltözködés próbálgatása 2-4 éves korban gyakori játék, életkori sajátosság, egészséges gyermeknél is mindkét nem esetében. Átlagos esetben ez a viselkedés azonban csak időszakosan, átmenetileg fordul elő. A GYNIZ-s fiúknál a „beöltöző” magatartás jóval gyakoribb, és perzisztál.

GYNIZ-os fiúk főleg lányokkal barátkoznak. Szerintük a fiúk túl durvák. Játékukban lányos, anyás szerepeket választanak, gyakran babáznak, beszédükben, megnyilvánulásaikban lányos gesztusaik vannak.

Serdülőkorukra a GYNIZ-s fiúk viselkedése nőiesebb lesz. Erre az időszakra még jobban izolálódnak, és szinte csak lányokkal barátkoznak. Szüleik sokszor azzal ámítják önmagukat, hogy ezek a barátságok szerelmi jellegű normál heteroszexuális kapcsolatok, ez azonban nem felel meg a valóságnak.

## **Lányok**

Lányoknál a fiúkhoz hasonló, de azzal ellentétes irányú magatartási problémák figyelhetők meg. Jellemző, hogy ők is ellenkező neműek szeretnének lenni. Több fiú barátjuk van, mint lány, öltözködésük fiús, fiús játékokkal játszanak, fiús szerepeket vállalnak. Ezek a lányok szinte egyáltalán nem babáznak, szeretik a versenyszerű vagy agresszív játékokat. Ennek megfelelően később is jobban szeretik a versenysportokat és a fizikai erőt kívánó játékokat, mint a lányos elfoglaltságokat. Öltözködésükre jellemző, hogy nem kedvelik a lányos ruhákat, és ellenérzéseik vannak nőies kinézetükkel. A rajzolj egy személyt tesztben gyakrabban rajzolnak fiút.

A GYNIZ-s lányok serdülőkorukban folytathatják a gyermekkorukra jellemző magatartásukat. Gyakori homoszexuális érdeklődésük miatt egy-két lánybarátjuk lesz. Fiúkkal nem barátkoznak.

## **Serdülőkori nemi identitászavar**

### ***Serdülőkori bizonytalan szexuális orientáció***

Ezek a serdülők számos jelét mutatják a GYNIZ-nak, de nemüket nem akarják megváltoztatni. A klinikai gyakorlatban nemi identitás krízis néven is említik ezt a rendellenességet. Rendszerint csúfolódások, szociális izoláció, szuicidum miatt kerülnek orvoshoz. Lehet GYNIZ-uk, de lehet, hogy a GYNIZ tünetei közül csak néhány figyelhető meg náluk. Rendszerint félénkek, visszahúzódóak, nehezen beszélnek problémáikról. Később homoszexuális orientációjúvá válhatnak.

### ***Ego-disztoniás szexuális orientáció***

Az ego-disztoniás szexuális orientáció gyakran kezdődik serdülőkorban. Jellemzi az ilyen serdülőket, hogy nemi identitásukban, szexuális preferenciájukban nem bizonytalanok, viszont ellenállhatatlan vágyat éreznek arra vonatkozóan, hogy nemüket megváltoztassák. Leggyakrabban ezért keresik fel az orvost.

### ***Transzszexualitás***

Mivel ellenkező neműnek tartják magukat, rendszerint nemük megváltoztatása céljából keresik fel az orvosokat. Az orvosi beavatkozást azért kérik, mert homoszexuális érzéseiket saját maguk számára elfogadhatatlannak tartják.

A tapasztalatok szerint azok a transzszexuális serdülők, akiknek szülei elfogadóbbak, nagyobb késztetést éreznek nemük megváltoztatására. A transzszexuálisok között különösen gyakori a szuicidium és a depresszióra való hajlam. Egyéni pszichoterápiás vezetésük javasolt.

## **Homoszexualitás**

Átmeneti homoszexuális viselkedés, minden későbbi tartós homoszexuális érdeklődés nélkül, gyakran előfordul serdülőkorban. A korai életkorban jelentkező szexuális vágy, érdeklődés társadalmi tiltása is szerepet játszhat az átmeneti homoszexuális viselkedés kialakulásában. Az ilyen jellegű homoszexuális élmények gyakoribbak a bentlakásos iskolák, kollégiumok, nevelőotthonok lakói között, tehát az olyan helyeken, ahol csak azonos nemű gyerekek vagy serdülők élnek együtt.

## **Transzveszticizmus**

A transzvesztita serdülők gyakran úgy kerülnek orvosi rendelésekre, hogy valaki leleplezi őket női fehérneműk viselése és maszturbáció közben. Ez a magatartás számos esetben csak átmeneti, de lehet felnőttkori transzveszticizmus korai jele is.

A transzvesztita fetisiszta serdülők heteroszexuális érdeklődésűek. Náluk az ellentétes nem ruhadarabjainak viselése a heteroszexuális vágy fokozását szolgálja. Korábbi anamnézisükben ritkán szerepek GYNIZ, viszont gyakori a fejsérülés és az agyi görcstevékenység, ami az organikus tényezők szerepét hangsúlyozza e zavar etiológiájában. A terápia a szexuális arousal és magatartás normál formáinak elfogadását célozhatja.

## **Kezelés**

Arról, hogy a terápia hogyan befolyásolja a betegség kimenetelét, még nagyon keveset tudunk.

- Fiatal, 3-4 éves gyermekek GYNIZ problémája esetén elsősorban a szülőkkel kell foglalkoznunk. Tanácsadással segítsük az elfogadó magatartást és a nem kívánatos viselkedés figyelmen kívül hagyását. Fiúk esetén a nőies magatartás esetleges otthoni megerősítéseit a minimálisra kell redukálnunk.
- Támogatnunk kell az apa-gyermek kapcsolatot. Az ilyen családokban az apáknak sokszor büntudatuk van. Azt gondolják, hogy nem tanították meg valamire a fiukat, és gyakran ez az eltávolodás oka. Ezeket a kétségeket mindenképpen tisztáznunk kell. Figyelmünkkel

támogathatjuk a közös, fiús jellegű programok, élmények szervezését.

- Idősebb (5-12 év) gyermekeknél egyéni pszichoterápia is javasolt. Itt segítenünk kell a szorongás feldolgozásában. Erősíthetjük a saját nemi identitás elfogadását.

Célunk lehet az aktuális szociális diszstressz csökkentése, az apa-fiú kapcsolat javítása és az ellentétes nemhez való hasonulási törekvés csökkentése. Az ideális, férfias magatartás kialakítása a fiúknál nem lehetséges. Azt azonban elérhetjük, hogy a gyermekek jobban elfogadják saját anatómiai szexüket, és annak megváltoztathatatlanságát. Cél lehet a gyermekek kortárs csoportba való beilleszkedésének segítése is. (Ne csak kizárólag lányokkal, hanem fiúkkal és lányokkal is tudjanak játszani, viselkedni.)

### ***Kimenetel és prognózis***

A GYNIZ-s fiúk többségükben homoszexuális érdeklődésűvé válnak. A homoszexuális transzsexualizmus jóval ritkább kimenetelnek bizonyul, és a súlyos nemi identitászavarú esetekben fordul elő. A homoszexuális férfiak kétharmada jelezte, hogy gyermekkorában lányos viselkedésű volt.

Számos adat utal arra, hogy a fiús lányok gyakrabban lesznek lesbikusak felnőttkorukra. Másrészt a homoszexuális nők kisebb gyakorisággal számolnak be gyerekkori lányos magatartásról, érdeklődésről, játékról, mint a heteroszexuálisok.

## **RANSCHBURG JENŐ**

### **AZ AUTIZMUS FOGALMA ÉS TÜNETEI**

**(Forrás: Ranschburg Jenő: Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban. Nemzeti TKk. Bp. 1998.**

1943-ban Leo Kanner tizenegy olyan pszichotikus gyermek vizsgálatáról számolt be tanulmányában, akiknek tünetei – emocionális és viselkedésbeli rendellenességei – feltűnően hasonlítotak egymásra, ugyanakkor jól elkülöníthetők voltak más pszichotikus gyerekek tüneteitől. Kanner a kórképet „kora gyermekkori autizmus”-nak („early infantile autism”) nevezte el, mert legfontosabb „tulajdonságként” éppen azt jelölte meg, hogy már igen korán, az élet első két, két és fél évén belül megjelenik, illetve felismerhetővé válik. A diagnosztikai jegyek között első helyen a beszéd sajátos rendellenességeit említi: az autista gyermek vagy egyáltalán nem beszél („mutizmus”), vagy ha erős késéssel mégis beszélni kezd, képtelen a beszédet kommunikációs célokra használni; sztereotip módon utánozza, amit mondanak neki („echolál”) és a személyes névmást következetesen felcseréli (az „én” helyett mindig a „te” személyes névmással jelöli meg önmagát). A beszéd rendellenességei mellett Kanner a kapcsolatteremtés zavarát, az ismétlő, sztereotip játéktevékenységet, valamint az autista gyermek kényszeres jellegű „egyformaságra törekvését” írja le. (Az „egyformaságra törekvés” azt jelenti, hogy az autista gyerek nem tudja elviselni, ha tárgyi világában valami megváltozik: mindig, mindennek úgy és ott kell lennie, ahol és ahogy korábban megszokta), hangsúlyozva ezeknek a gyerekeknek a jó – de gépies – memóriáját, és azt a meglepő adatot, hogy az általa vizsgált autista gyerekek szülei szinte kivétel nélkül magas intellektusú, diplomás emberek.

Az eredeti közlemény óta nagyon sokan tettek kísérletet a zavar pontos diagnosztikai kritériumainak leírására. A hatvanas évek végén a brit Rutter az autista gyerekeket azonos életkorú, azonos nemű és intelligenciaszintű, másfajta pszichiátriai rendellenességben szenvedő gyerekekkel hasonlította össze. Három olyan tünetet talált – a szociális kapcsolatteremtés kudarca, nyelvi-kommunikációs zavarok és a kényszeres, ritualisztikus viselke-

dés -, amely kivétel nélkül minden autisztikus gyereknél felismerhető volt, a másik vizsgálati csoportban azonban csak elvétve fordult elő. A három „alaptünethez” négy olyan „kísérő tünet” – ismétlődő, sztereotip mozdulatok, a figyelem rövid terjedelme, az öndestrukció (ez azt jelenti, hogy a gyermek rendszeresen fájdalmat okoz önmagának, például a fejét az ágy széléhez veri) és a megkésve kialakuló szobatisztaság – társult melyek, ha nem fordultak is elő minden autista gyereknél, náluk gyakrabban jelentkeztek, mint a más pszichiátriai zavarban szenvedő társaiknál.

A kora gyermekkori autizmus (a továbbiakban: autizmus) súlyos, az élet korai periódusában jelentkező mentális zavar, amely szerencsére nem túlságosan gyakori: minden 10 000 gyerek közül négyet-ötöt érint, akik közül, a felmérések szerint, csaknem háromszor annyi a fiú, mint a lány. Ugyanakkor, párhuzamosan azzal, hogy a „gyermekkori szkizofrénia” diagnózisa csaknem teljesen eltűnt a pszichiátriai gyakorlatból, az autizmus diagnosztikai kritériumai fellazultak. Megjelent az „autisztikus gyermek” kategóriája (az autisztikus gyermek nem mindenben felel meg a kanneri kritériumoknak – például nem az első két éven belül jelentek meg a tünetek, hanem később -, de a kép összességében mégis az autizmusra emlékeztet), és így a szindróma statisztikai gyakorisága mintegy háromszorosára nőtt a legutóbbi években. (Tízezerből körülbelül 15-20 gyermek minősül autistának, illetve autisztikusnak.) Van azonban néhány tünet, amelynek feltétlenül jelen kell lennie ahhoz, hogy az autizmus mint diagnosztikai lehetőség felmerüljön. Vizsgáljuk meg ezeket a tüneteket részletesebben!

1. *Szociális izoláció.* A görög „autos” szó az „én”-t jelenti, és a magatartási zavar elnevezése eleve arra utal, hogy ezek a gyerekek elzárkóznak a külső világ személyes kapcsolataitól és befelé, saját belső világukba fordulnak. Minden autisztikus gyerek számára gondot jelent a szociális kontaktus megteremtése, sokan azonban annyira visszahúzódnak, hogy a személyes kapcsolat létrehozása szinte lehetetlen. Ilyenkor „extrém autista magány”-ról beszélünk. Az autista gyermek már csecsemőkorában sem igényli a felnőttek figyelmét – ami önmagában is rendkívül ritka és szokatlan jelenség -, és ha ölbe veszik, elernyed vagy megmerevszik, mint egy kődarab, jelezve, hogy ebben a más csecsemők számára oly vonzó helyzetben egyáltalában nem érzi jól magát. Idősebb korban a szociális kontaktus elutasítása még nyilvánvalóbbá válik. Kerüli az emberek tekintetét (bár ennek a tünetnek a jellemző voltát sok kutató kétségbe vonja) és úgy tevékenykedik, mintha a helyiségben más ember nem is volna jelen. Ez jól megfigyelhető a rendelő-



ben is, ahová belépve a gyermek azonnal a tárgyak, a játékok felé fordul, a jelenlévő személyt vagy személyeket levegőnek nézi. Sőt eszközként, „szerszámként” használja őket; például létraként, ha a szekrény tetejéről kell levenni valamit, vagy – ha mondjuk a polcon lévő tárgyat nem éri el – botként a felnőtt egyik karját, tekintet nélkül a személyre, akihez a kar tartozik. Pozitív kötődése leginkább valamilyen kényszeres ragaszkodás formájában csak tárgyak - legyen az porszívó, kávéfőző vagy bármilyen, pozitív emberi érzelem kiváltása szempontjából teljesen inadekvát objektum – iránt tapasztalható, emberek iránt szinte soha.

2. *Értelmi elmaradás.* Kanner még úgy vélte, hogy az autista gyerekek intellektusa sértetlen, azaz velük születik a normális értelmi fejlődés lehetősége. Ma már tudjuk, hogy ez nincsen így: az autista gyermekeknek körülbelül a 70 %-a súlyosan vagy kevésbé súlyosan értelmi fogyatékos. Ugyanakkor az értelmi lemaradás természete némiképp más típusú az autistáknál, mint a nem autista értelmi fogyatékosoknál. A vizsgálatok szerint az autista gyerekek az intelligenciateszt verbális (nyelvi kifejezésű) próbáin jelentősen gyengébben teljesítenek, mint a performációs (azaz a nem-verbális intelligenciát mérő) próbákon, míg az értelmi fogyatékos – de nem autista – gyerekek nagyjából azonos színvonalon oldják meg mindkét feladatcsoportot. Az autista gyerekek befelé fordulása, szociális érzéketlensége tehát kétségtelenül befolyásolja „színezi” értelmi teljesítményüket, annak ellenére, hogy a két funkció többé-kevésbé független egymástól, azaz: az autista gyerekek értelmi lemaradása nem egyszerűen szociális visszahúzó hatásuk következménye; amikor – intenzív terápia eredményeként – az autista gyermek szociális kapcsolatteremtő készsége javul, intelligenciaszintje semmit nem változik.

Az autista gyermekek értelmi struktúrájának egyik legfigyelemreméltóbb sajátossága, hogy képtelenek a „szerepátvételre”. Ez azt jelenti, hogy nem tudják a világot egy másik ember nézőpontjából szemlélni, ami pedig öt-hat éves kortól mind az ép értelmű, mind az enyhén fogyatékos gyermekek részéről természetes megnyilvánulás. Egy kísérletben például ép értelmű, fogyatékos és autista gyermekeknek kellett végignézniük egy kis bábjátékot, melynek két főszereplője a Sally és az Ann névre hallgató baba volt. A gyerekek láttán, amint Sally beletette a kosarába színes játékgolyóját, majd elment. Ann ekkor kivette a golyókat a kosarából és eldugta. Amikor Sally visszatért, a gyerekeknek felelniük

kellett a kérdésre: hol fogja először keresni a golyót. Mind az ép értelmű, mind a fogyatékos gyerekeknek több mint nyolcvan százaléka azonnal megadta a választ: „A kosárban”. Az autista gyerekeknek azonban csak alig húsz százaléka felelt helyesen! Nem azért, mert rosszul emlékeztek, hanem azért, mert nem tudták beleélni magukat Sally helyzetébe, ahol pedig nem bírtak volna tudomással arról, hogy Ann már kivette a golyót a kosárból. A szerepátvétel fontos képességének a hiánya nyilvánvalóan jelentős szempont az autista gyerekek szociális izolációjának megértéséhez, de úgy gondolom, nyelvi elmaradásuk egy jelentős vonására is magyarázatot ad.

3. *Nyelvi hiányosságok.* Az autista gyerekek jelentős része, körülbelül 25 %-a egyáltalán nem beszél. Egyöntetű a tapasztalat, hogy azok között, akik megtanulnak beszélni, minden esetben késve induló és lassan, nehézkesen előrehaladó beszédfejlődés figyelhető meg. Nagyon sok autista gyermek beszéde csakis echoláliából áll, ami azt jelenti, hogy gépiesen utánozza azt a kifejezést vagy mondatot, amelyet a másik féltől hall. (Hangsúlyozni szeretném, hogy az egészséges –gyermek beszédfejlődésében nincsen olyan periódus, amelyben a beszéd kizárólag a modell utánzása, azaz echolália.) A kutatók megállapították, hogy az autista gyermek rövidebb reakcióidő elteltével kezdi meg a hallott szöveg utánzását, mint az egészséges, és az echolált mondat is pontosabban követi az eredetét, mint ez a normális beszédfejlődés utánzásos megnyilvánulásainál tapasztalható. Ez azt jelenti, hogy az autista echoláló beszédnél a hallott szöveg dekódolása, feldolgozása másként történik, mint a kreatív beszéd esetén. Feltételezik, hogy echolália esetén a gyermek, aki fonetikus szinten pontosan regisztrálja a modell beszédét, megkísérli a kommunikációt, de a hallott szöveg bizonyos szemantikai (jelentésbeli) összetevőit képtelen megérteni. Így azután – mint a beszédben jelzett helyzet vagy tény címkéjét – visszamondja az egész szöveget. Az echolália gyakran az első nyelvi megnyilvánulási módja az autisztikus gyermeknek, ezért (különösen, ha ötéves kor előtt jelenik meg) biztató jelnek tekinthetjük a nyelvi fejlődés, illetve fejlesztés szempontjából.

Az autista gyermek másik, sokat idézett nyelvi tünete a *személyes névmás felcserélése*, ami azt jelenti, hogy az egyes szám első személy („én”) helyett a második („te”) vagy a harmadik (ő”) személyt használja önmaga jelölésére. A pszichoanalitikusok – például Bettelheim – úgy vélték: az autista azért kerüli az „én” névmás használatát, mert ilyen módon védekezik, „önmaga” felismerése ellen. Ma már tudjuk, hogy nem erről van szó. A kognitív

folyamatok kutatói rámutatnak, hogy a személyes névmások helyes használata során a közölt üzenetet a másik személy perspektíváját tekintetbe véve kell megváltoztatnunk, azaz a személyes névmást a beszélő személy perspektívájából a hallgató személy perspektívájába kell áthelyeznünk. (A beszélő így szól: Te most játszani fogsz – a hallgató ezt így fordítja le: Én most játszani fogok). A kutatások szerint az autisztikus gyerekeknek ez a nyelvi orientációváltás okoz gondot, akár téri (itt, ott, innen, onnan), akár személyi (én, te) perspektíva-eltolódás esetén. Mindez a korábban már említett „szerepátvétel” akadályaiával függ össze, hiszen csak a másik ember bőrébe bújva, az ő perspektíváját vállalva tudhatom, hogy: „én” az ő számára „te” vagyok. Ez az oka annak is, hogy az autista, ha megtanul is beszélni, nem tud kommunikálni; képtelen ugyanis felfogni és teljesíteni a beszélgetés reciprok – adok-veszek jellegű – megnyilvánulásait, ami folyamatos perspektívaváltást igényel a résztvevőktől.

4. *Ragaszkodás az egyformasághoz.* Az autisztikus gyerekek általában szinte kényszeresen ragaszkodnak ahhoz, hogy környezetükben lehetőleg semmi ne változzon. A játékokat mindig ugyanarra a polcra és a polcon ugyanarra a helyre kell tenni, a székeknek, asztalnak mindig ugyanott, ugyanúgy, ugyanabban a szögben kell állnia, és rendszerint a napi, megszokott tevékenységformák is ritualizálódnak – az esti lefekvés például csak bizonyos rítusok meghatározott sorrendben történő végrehajtása után lehetséges. Ha a gyermek látja, hogy a polcára valamit nem úgy tesznek, ahogy „kellene”, vagy a rítusok egymásutánjából valami kimarad, erre erős szorongással, pánikszerű rohammal reagál. Vizsgálatok igazolják, hogy két és fél éves kor körül nagyon sok egészséges gyermek is erősen ragaszkodik a napi rutintevékenységek egyformaságához. Feltételezhető, hogy az autisztikus gyerekek fejlődése valamilyen okból nem lép túl ezen a másoknál oly rövid ideig tartó perióduson.

5. *Rituális jellegű motoros aktivitás.* Nagyon sok autisztikus gyereknél megfigyelhető bizonyos mozdulatok vég nélküli, céltalan, rituális ismétlése, például egy-egy tárgy inadektív lengetése, vagy a saját test (öningerléssel magyarázható) mozgatása. Ilyen a gyakran megfigyelhető önringatás, vagy – izgatott állapotban – a karok szárnyyszerű csapkodása az arc előtt. A megfigyelések szerint az autista gyerekek, különösen az intézetben nevelkedők, ha magukra hagyják őket, idejük kilencven százalékát az öningerlés bizzarr formáival töltik. Ezek az ismétlődő mozgások nemegyszer igen fájdalmasak; előfordul, hogy a fejüket ütogetik az ágyhoz,

csomókban tépik ki saját hajukat, vagy a kezüket harapdálják. Rendkívül erős a belső késztetésük arra, hogy ezeket a mozdulatokat végrehajtsák. Egy vizsgálat beszámol arról, hogy azok az autista gyerekek, akik már csaknem egy egész napja nem ettek semmit, egyáltalán nem reagáltak az étel érkezését jelző hangra, amikor éppen rituális mozgásaikat végezték.

6. *Abnormális reakciók a külső ingerekre.* Különösen hangingerek esetén tapasztalható az autista gyerekek hipo- vagy hiperszenzitív reakciója. Előfordul, hogy nem is szokatlan vagy nem is túl hangos zajok összerezzenést és páni félelmet váltanak ki, máskor viszont valóban erős hangingerekre teljes közöny a „válasz”, mintha a gyermek nem is hallaná. Az autistáknak erre a mindkét irányban szélsőséges reakciómódjára épül a „perceptuális inkonstancia” elmélete, melyre később még visszatérek.

7. *Szokatlan képességek.* Itt említem meg, bár korántsem olyan gyakori tünet, mint az előbbieket, hogy az autisták időnként különös – mondhatjam úgy is: rejtélyes – képességekről tesznek tanúbizonyságot. A jelenséget „tudós szindrómának” nevezzük, és az esetek jelentős részében a globálisan alacsony színvonalú mentális tevékenységből kiugró emlékezeti vagy számolási képességről van szó. Számos közlemény jelent meg például olyan gyerekekről, akik, ha mondtak nekik egy dátumot, azonnal megmondták, hogy ez a dátum az adott évben milyen napra esett. Mások egyszeri olvasás után, hiba nélkül oldalakat mondanak fel a telefonkönyvből, és Raymond (az olvasó bizonyára emlékszik rá, Dustin Hoffman alakította az *Esőember* c. filmben) a számolvasásban volt „tudós”. A szakirodalom szerint az autista gyerekek között találunk „zenei tudósokat” is, sőt 1979-ben közzétették egy Angliában élő, fenomenális rajztehetségű, három és fél éves autista kislány esetét. Mindmáig keveset tudunk arról, mi a magyarázata a kiugró részképességek rejtélyének.

## ELMÉLETEK AZ AUTIZMUSRÓL

Említettem már, hogy amikor Leo Kanner, tizenegy súlyosan zavart gyermek esetét tanulmányozva, leírta az autizmus szindrómáját, megállapította azt is, hogy az autista gyerekek szülei magasan képzett, intelligens, ugyanakkor hideg, merev, kényszeresen perfekcionista, empátiára, feloldódásra képtelen emberek. Ebből az észrevételből – mely egyébként, mint szó volt már róla, nem felel meg a valóságnak – eredt a hatvanas-hetvenes évek ún. pszichogén elmélete, mely szerint az autizmus speciális környezeti hatások következtében fellépő emocionális zavar. Ezt az elméletet képviselték a kor legjelentősebb gyermekpszichiátereit és pszichológusait, például Anthony, Bettelheim, Goldfarb, akik úgy vélték, hogy az autizmus legfontosabb kiváltó oka a szülő személyiségzavara (szkizoid, kényszeres, túlzottan racionalizáló karaktervonása), illetve ebből következően a megfelelő szülői gondoskodás és kommunikáció hiánya. Ugyanebben az időben a viselkedéslélektan a korai tanulás speciális formáival magyarázza az autizmus kialakulását. Ezek a kutatók azt feltételezik, hogy az egészséges és az autista gyermek „megerősítés-története” élesen különbözik; míg az egészségesen fejlődő gyermeknél a szülő a szociális, normatív viselkedéselemeket erősíti meg, és a szeszélyes, ön-destruktív vagy haragos kitöréseket figyelmen kívül hagyja vagy bünteti, az autista (illetve autistává váló) gyermekeknél ez pontosan fordítva történik, így a fejlődés során a kóros megnyilvánulások egyre gyakoribbakká válnak. Nem nehéz észrevenni tehát, hogy mind az analitikus „pszichogén elmélet”, mind a viselkedéslélektani „tanuláselmélet” az érzéketlen, „jégcsap” szülőt teszi felelőssé az autizmus kialakulásáért.

A hetvenes és a nyolcvanas években végzett kutatások azonban nem tudtak kimutatni meggyőző összefüggést a szülő szocioökonómiai státusza (intelligenciája, iskolai végzettsége), illetve személyiségjegyei és a gyermek autizmusa között. Egyre világosabbá vált, hogy a tények nem igazolják azokat az elméleteket – legyen szó akár pszichoanalitikus, akár tanuláselméletekről –, amelyek az autizmus kialakulását primer környezeti okokkal magyarázzák. Felmerült tehát a gyanú, hogy az autizmus karakterisztikus tüneteit az idegrendszer veleszületett működési zavarai idézik elő. Szeretném előrebocsátani, hogy ennek a magatartási zavarnak a neurológiai háttere mindmáig tisztázatlan. Ugyanakkor néhány jellemző tünet – melyek önmagukban nem elegendők

az autizmus magyarázatára – mindenképpen figyelmet érdemel. Az úgynevezett „puha” neurológia tünetek (például a nem megfelelő izomtónus, a mozgáskoordináció hiányossága) jóval gyakrabban fordulnak elő autistáknál, mint a normálisan fejlődő gyerekeknél. Sokan feltételezik, bár bizonyítva nincs, hogy ez a jelenség az agy organizációs zavarára vagy a neurológiai éretlenségre utal. Az agy elektromos tevékenységében (EEG) is találhatóak sajátos jegyek; ilyenek például a paroxizmális (rohamszerű) orsóhullám-kitörések. A kutatók megállapították, hogy ilyen és hasonló jegyek az EEG-n jóval gyakrabban fordulnak elő autista gyerekeknél, mint például értelmi fogyatékosoknál. Valószínűleg a kóros EEG-jegyekkel van összefüggésben az a tény, hogy az autistáknál sokszor találkozunk epilepsziás megbetegedéssel. Az epilepsziás tünetek általában hároméves kor előtt jelentkeznek, de a serdülőkorban, valószínűleg az idegrendszeri érésből adódó megterhelés miatt, új megbetegedések is előfordulhatnak.

Ezek a puha neurológiai tünetek – egyszerűen fogalmazva: a tény, hogy az autista gyerekek idegrendszerének működésében valami „nincs rendben” – számos neuro-pszichológiai elmélet alapját képezik. Van olyan elmélet, amely az agy úgynevezett retikuláris rendszerének túlzott izgalmát (a magas „arousal-szintet”) tételezi, a másik a már említett „perceptuális inkonstanciát” az agytörzs hibás működése következtében, de van olyan is, amely a féltekei dominancia speciális problémáiban keresi az autizmus valódi okát. A retikuláris rendszer esetleges működési zavarát már a hatvanas évek elején feltételezték a kutatók (pl. Rimland, 1964-ben). Megállapították, hogy a túl magas arousal-szint az autisztikus gyerekek krónikus problémája; a bizarr viselkedés (az önringatás és a többi) tulajdonképpen kétségbeesett kísérlet a folytonosság megőrzésére a környezetben, illetve egyfajta védekezés a túl magas izgalmi szint ellen. Az elmélet legfontosabb hipotézisét azonban – az összefüggést az agyhullámok bizonyos szabálytalanságai és a gyermek nyílt viselkedése között – nem sikerült bebizonyítani. A perceptuális inkonstancia elmélete 1968-ban született. Megalkotói (Ornitz és Ritvo) szerint az autisztikus magatartás legfőbb oka az, hogy a gyermek képtelen a befutó ingerületek szabályozására, azaz egy stabil percepció állapot megőrzésére, mely a jelentéssel bíró, részleteiben egymással kapcsolatban lévő (koherens) külső valóság megéléséhez nélkülözhetetlen. Az elmélet arra a tapasztalati tényre épül, hogy az autista gyerekeknél az elégtelen és a túlzott izgalmi szint (az „underarousal” és az „overarousal”) váltakozik. Vannak túlzottan

érzékeny autisták, akik folyamatosan törekszenek a külső ingerek intenzitásának a csökkentésére (mint ezt az előző elmélet értelmezésénél láttuk), de vannak olyanok is, akik éppen fordítva: a figyelem felébresztéséhez és az információk feldolgozásához az átlagosnál jelentősen nagyobb ingerintenzitást igényelnek. (Például az egyik vizsgálatban az autista gyerekek üres szobában, ingermentes helyzetben kevesebb sztereotíp viselkedést produkálnak, míg a másik vizsgálatban jobban megjegyezték azokat a szavakat, kifejezéseket, amelyeket nagyobb hangerővel mondtak nekik.) Az elmélet számos vonása mindmáig tisztázatlan; nincs pontosan kidolgozva a „bizonytalan percepció” („instability in the perception”) fogalma, és nem tudjuk azt sem, a percepciónak ez a módja hogyan befolyásolja a gyermek fejlődését. Miért maradnak például nagyon sok autisztikus gyereknél viszonylag sértetlenek a vizuomotoros képességek (tehát a látott világhoz fűződő mozgásos viszonyulások), míg más perceptuális területeken az inkonstancia valóban érvényesül? 1979-ben jelent meg egy kutatópáros (Prior és Bradshaw) tanulmánya, amely felhívja a figyelmet arra, hogy az autizmusnál felismerhető speciális kognitív és nyelvi károsodás elsősorban az agy bal féltekéjéhez kötött funkciókat érintik! Bizonyított tény például, hogy az autisztikus gyerekek jobban felfognak egy történetet, ha azt eléneklik, ahelyett, hogy felolvassák nekik. Úgynevezett dichotikus hallási vizsgálatok (olyan vizsgálatok, melyek során a gyermeknek egyszer az egyik, máskor a másik fülével kell a hangingereket percipiálnia) adataiból tudjuk azt is, hogy az autisták nagyon gyakran „balfülesek”, azaz mind a verbális, mind a nem-verbális hangingerek feldolgozásánál, az egészségesen fejlődő gyerekekkel ellentétben, a jobb félteke dominál. Az elmélet ilyen formában azért nem tartható, mert – mint tudjuk – az autizmus igen korán jelentkező mentális zavar; a csecsemő agyának plaszticitása mindenképpen lehetővé tenné, hogy az ép, jobb félteke hiánytalanul átvegye a hibásan működő bal félteke funkcióit.

Mondhatjuk tehát, hogy sem a pszichogén analitikus, illetve tanuláselméletek, sem a neuropszichológiai magyarázatok nem képesek meggyőző okokat találni az autizmus létrejöttéhez. Ugyanezt mondhatjuk el a biokémiai megközelítésekről is, melyek a korábban már sokat emlegetett neurotranszmitterek (pontosabban a szerotonin, illetve a dopamin) túlzott aktivitásában keresték az autizmus okát, és a szakirodalomból eltűnt az a hetvenek években napvilágot látott feltételezés is, mely szerint az autista szindrómát vírus okozza. A gyanú arra, hogy az autizmus vírusfertőzés követ-

kezménye, valószínűleg azért merült fel, mert az autista gyerekek esetében az átlagpopulációnál gyakrabban mutathatók ki olyan, súlyos vírusos betegségek – mint például az intrauterin rubeola vagy a születés utáni vírusos encefalitisz -, melyek az agy működését károsan befolyásolják. Feltétlenül meg kell jegyeznem, hogy vannak súlyos központi idegrendszeri betegségek – például az idegszövet-zsírosodás (neurolipidosis) vagy az idegrost-daganatképződés (neurofibromatosis) – melyek néhány anyagcsere-megbetegedéssel együtt – ilyen a pajzsmirigy-elégtelenség (hypo-thyreosis) vagy az acetonürítés (phenylketonuria) – körülbelül 10-12 %-ban tehát a normál populációhoz viszonyítva feltűnő gyakorisággal jelennek meg az autizmus kísérőiként.

A neurológiai és a biokémiai kutatások viszonylagos eredménytelensége mellett szembeötlő, hogy a genetikusok egyre meggyőzőbben bizonyítják az autizmus örökletes jellegét. Egy 1977-es kutatásban (Folstein és Rutter) 11 egypetűjű ikerpárból négy esetben mutatták ki, hogy az autista gyermek párja szintén autista, míg a 10 kétpetűjű ikerpárnál egyetlen egybeesést (konkordanciát) sem találtak. Érdekes, hogy 1989-ben egy másik kutatócsoport (Steffenburg és munkatársai), azonos méretű mintán dolgozva, a 11 egypetűjű ikerpárból már 10 esetben mutatott ki konkordanciát (tehát 10 pár esetében volt mindkét testvér autista), míg a 10 kétpetűjű párnál itt sem volt egyetlen egybeesés sem. Napjaink genetikai kutatásai 60-91 %-ban mutatnak ki konkordanciát az egypetűjű ikreknél, és a kutatók érvelése szerint az ikerpárok közös – szuboptimális – környezeti feltételei (a méhen belül, a születéskor vagy a születés után) ehhez a rendkívül erős egybeeséshez semmiképpen sem szolgáltatnak elegendő magyarázatot. Vannak feltételezések, melyek szerint az autizmust egyetlen gén hozza létre (a „törékeny X” elnevezésű kromoszóma-rendellenességgel hozzák összefüggésbe, ami magyarázatot adna arra is, hogy az autizmus miért elsősorban a fiúk magatartási zavarai), mégis, jelenleg a legtöbb kutató poligén, tehát több gén sajátos „együtműködésével” létrejövő kórképnek minősíti. Sőt az is lehetséges, amit ikerkutatásuk összegzésében Folstein és Rutter feltételezett: az autizmus a genetikai tényező és bizonyos perinatális (tehát a születéskor bekövetkező) sérülés kombinációjának a következménye.

Láttuk, hogy a kutatók egyelőre képtelenek megtalálni az autizmus okát. Ugyanakkor egyre erőteljesebben kirajzolódik az a konszenzus, mely szerint az autizmus mindenekelőtt kognitív deficit. Már régen tudjuk, hogy az autista gyerekek nem játszanak



szimbolikus játékokat; számukra a cipős doboz soha nem válik házikóvá, a ceruzából nem lesz ágyúcső, és két összetolt fotel soha nem fog magányos csónakként ringani a végtelen óceánon. A kutatók észrevették, hogy az autista gyermek – ha egyáltalán beszél – a beszéd során sem használ szimbólumokat, vagyis képtelen arra, hogy a cselekvést elválassa a tárgytól, és – akár a valóságban, akár gondolatban – egy olyan objektumon alkalmazza, mely helyettesíti, reprezentálja az eredetit. Ennek a képességnek a hiánya ad magyarázatot az autista gyerekek gondolkodásának jellemző sajátosságaira; a töredékes emlékezetre, a viszonylatok, absztrakciók felfogásának és megértésének nehézségeire. 1981-ben két kutató (Unger és Sigman) megállapította, hogy a szimbólumok alkalmazása a játékban szorosan összefügg, az autista nyelvi fejlettségével: minél jobb a gyermek beszédmegértése, annál több szimbólum ismerhető fel a játékban. Az összefüggés a játékszimbólika és a nyelvi megértés között – hangsúlyozzák a szerzők – azt bizonyítja, hogy az autizmus „a szimbólumalkotás általános károsodása”.

Az autista gyerekek szülei gyakran elmesélik, mennyire fáj nekik, hogy az ő csecsemőjük soha nem mosolyog és nem néz vissza rájuk, nem öleli át őket. 1986-ban Hobson vizsgálatokkal is igazolta, hogy az autista gyerekek súlyosan akadályozottak az affektív (érzelmeket közvetítő) ingerek feldolgozásában. Kísérletében a gyerekek nem tudtak megkülönböztetni különböző érzelmeket kifejező arcvonásokat, illetve nem tudták az arcon tükröződő érzelmeket a megfelelő képi szituációkhoz hozzákapcsolni. Súlyos gondot okozott nekik az érzelmeket hordozó kifejezések megértése is. Ugyanakkor az „affektív deficit” elmélete önmagában nem alkalmas az autizmus magyarázatára, hiszen az érzelmelek kóros hiánya más klinikai kórképeknél is megfigyelhető, másrészt bizonyos szintű emocionális reakciókészség sok esetben megmarad az autista gyerekeknél is.

Véleményem szerint a kognitív elméletek közül az úgynevezett gondolkodásmód-elmélet (theory of mind) közelíti meg legjobban az autizmus lényegét. Amikor a korábbiakban bemutattam az autista gyermek értelmi struktúráját, utaltam már arra: ennek a mentális zavarnak egyik legkülönösebb sajátossága, hogy a „szerepátvétel” rendkívüli mértékben akadályozott. Az autista gyermek nem tud „belebújni egy másik ember bőrébe”, vagyis nem képes mások nézőpontjából szemlélni a világot, sőt arra sem, hogy a másik embernek valamilyen értelmi működést tulajdonítson! Az egészségesen fejlődő négy-öt éves gyermek az adott helyzetben már felelni tud az ilyen kérdésre: „Vajon most mire gondol

anyu?” A jelenséget „első fokú tulajdonításnak” nevezzük, és arra utal, hogy az ilyen korú gyermek már tudja: a másik embernek saját gondolkodása, saját néző- és álláspontja van, mely eltér az övétől. Az egészséges hétéves gyermek már a „másodfokú tulajdonításra” is képes, azaz világosan érti és megválaszolja az olyan kérdést: „Apu szerint most mire gondol anyu?” Az olvasót emlékeztetem a korábban már idézett vizsgálatra, melyet Baron-Cohen végzet 1989-ben. A kis, bábukkal eljátszott történetben a Sally-nek nevezett baba a kosárba tette a golyóját, majd elment otthonról. Ann – a másik baba – eldugta a golyót, és amikor Sally hazajött, a történetet néző gyerekekből – autistáktól és közép súlyosan fogyatékos (Down-kóros), de nem autista gyerekektől – megkérdezték: hol fogja keresni Sally a golyót? A kérdésre az autista gyerekeknek alig húsz százaléka adott helyes választ (szemben a nem autista, fogyatékos gyerekek nyolcvan százalékaival), ami azt jelenti, hogy az autista gyerekek jelentős része már az első fokú tulajdonításra is képtelen. Valószínűnek látszik, hogy ez a „tulajdonítási deficit” az autizmus speciális sajátossága, mely nem az értelmi elmaradásból adódik, hiszen az autistáknál alacsonyabb értelmi színvonalú Down-kóros gyerekek képesek az első fokú tulajdonítást igénylő feladatok megoldására!

A gondolkodásmód-elmélet egyértelmű magyarázatot ad az autista gyerekek legfontosabb viselkedésbeli és kognitív sajátosságaira. Amikor egy gyermekből hiányzik az a képesség, hogy gondolatot – gondolkodást – tulajdonítson egy másik személynek, ez azt jelenti, hogy számára a szociális viselkedés és a kommunikáció értéktelen és érthetetlen. A másik személy, ha nem tételezzük benne a gondolatot – tárgy csupán, aki (vagy inkább: ami) semmiben sem különbözik a körülöttünk lévő tárgyi világ más objektumaitól. Az autista gyermek nem értelmi elmaradása miatt képtelen tartósan szerepjátékokat („doktor bácsis”, „papás-mamás”) játszani, hanem azért, mert az első fokú tulajdonítás hiánya miatt nem tudja elővételezni játékostársa reakcióit saját megnyilvánulásaira, azaz nem tud beilleszkedni a játék „adok-veszek jellegű” szekvenciális rendszerébe. Könnyen kimutatható az is, hogy az autista gyermek az intelligenciatesztnek elsősorban azokon a próbáin bukik el, amelyek az első fokú tulajdonítás képességét magától értetődően feltételezik. (Ilyen például a „képrende-zés” próba, ahol a gyermeknek egy eseménysort kell képekből idői szekvenciában összeraknia, oly módon, hogy automatikusan „belebújik a képen cselekvő ember bőrébe”, azaz gondolatokat tulajdonít neki.) Úgy vélem a gondolkodásmód-elmélet témakör-

ében a további kutatómunka, ha nem ad is választ arra, milyen neurológiai vagy biokémiai folyamatok idézik elő, közelebb visz bennünket az autista gyermek megértéséhez – és talán az autizmus tüneteinek eredményes kezeléséhez is.

## **A terápiáról**

A klasszikus pszichoterápia alkalmazását az autizmus kezelésében az a hipotézis indokolta, mely szerint ezt a mentális zavart a szülői-gondozói magatartás alkalmatlansága idézi elő. Bettelheim például intézetben helyezte el az autista gyerekeket, mert úgy vélte, csak a hideg, elutasító szülőktől elszakítva érhető el, hogy az ilyen gyermek feladja kóros, pszichotikus védekezési módjait, és gondozójával új, a kiszolgáltatottság élményétől mentes, bizalomra épülő kapcsolatot építsen ki. Párhuzamosan azzal a felismeréssel, hogy az autizmus kialakulása nincs oksági összefüggésben a szülői szerep minőségével, a pszichoanalízis mint adekvát kezelési eljárás, fokozatosan háttérbe szorult. (Meg kell jegyezni, hogy az autista gyermeket karakterisztikus tünetei; az alacsony értelmi színvonal, a kapcsolatteremtés képtelensége, a kommunikáció akadályai amúgy sem teszik a klasszikus terápiás eljárások ideális alanyává. Ugyanakkor: az autista gyerekek szüleinek pszichoterápiája rendkívül hasznos és szükséges része a kezelésnek! A szülők helyzete rendkívül nehéz, mert nem csak abban szorulnak segítségre, hogy mit kezdjenek gyermekük problematikus viselkedésjegyeivel – az indulatkitörésekkel, a kényszeres elemekkel, az öndestrukcióval -, de mélyen elkeseríti őket az is, hogy a szeretet, a ragaszkodás jelei alig-alig fedezik fel gyermekükön. Számos vizsgálat bizonyítja, hogy a szülő pszichoterápiája, a szülői attitűdök és viselkedés befolyásolja pozitívan hat az autista gyermek fejlődésére is.

Napjainkban a viselkedésterápia látszik egyedül eredményesnek az autizmus kezelésében. A kutatók tapasztalatai szerint ugyanis az operáns kondicionálás alapelvei általában jól alkalmazhatók az autista gyermek kóros viselkedéselemeinek módosításához. Ezeket a tanulási alapelveket – a megerősítést, a büntetést, az utánpótlást, a kioltást – a kutatók egyrészt a nem kívánt viselkedésformák kiiktatására, másrészt új, adaptív formák felépítésére alkalmazzák. Nem vitás, hogy az elmúlt években az autizmus kezelésének viselkedésterápiás módszereit nagyon sok –

többé-kevésbé jogos – kritika érte. A hetvenes években például az egyik behaviorista kutató az autista gyerekek öndestruktív viselkedését elektrosokkal redukálta. Ez azt jelenti, hogy a gyermeknek minden egyes cselekvését, mellyel önmagát károsította, elektromos ütés követte, míg az érintett viselkedésmozzanatok el nem tűntek a repertoárból. A kutatónak ez az „eredménye” a pszichológiai történet egyik legkomolyabb etikai vitájához vezetett, melynek következtében a fájdalmas és egyértelműen antihumánus „averzív ingerek” kiszorultak a viselkedésterápia gyakorlatából. A pszichoanalízis nézőpontjából az operáns kondicionálással életre hívott viselkedésminták túlságosan gépiesek, hiányzik belőlük a „lélek”, a magatartás tudatos átélése. Bettelheim például azt írja, ha egy autista gyereket megtanítanak arra, hogy egy adott jelzésre („ingerre”) hangosan megköszönje a reggelit, ezt ő a jelzés hatására akkor is megteszi, ha előtte nem evett semmit.

Mindez kétségtelenül igaz. Mégis: a behavioristák az utánzás és a megerősítés különböző változatainak alkalmazásával elérik, hogy az autista gyermek hosszabb ideig és adekvátabban játszik, nő a szókincse, többet és mondattanilag helyesebben beszél. 1981-ben Howlin 150 operáns kondicionálásra épülő kutatást ismertetett, melyeknek célja az autista gyerekek nyelvi akadályainak elhárítása volt. Megállapította: ha az autista gyerekeket – akik, ha csak egyszavas mondatokban is vagy echolálva, de már használják a beszédet – ötéves koruk előtt kezdik el tanítani, kivétel nélkül valamennyien képessé válnak a hasznos, kifejező beszéd alkalmazására. Ötéves kor után megkezdett beszédtanuláskor az esélyek az életkor növekedésével párhuzamosan csökkennek. A viselkedés-lélektan gondot fordít azokra a speciális akadályokra is, melyek az intelligenciaszinttől függetlenül az autista gyermek iskolai tanulását nehezítik. Ilyen például az autisták „túlzott ingerszelektivitása” (stimulus overselectivity), amely azt jelenti, hogy általában az inger-komplexumból kiemelt egyetlen (valószínűleg nem a legfontosabb) komponensre reagálnak. (Tehát a sötét táblára fehér krétával felírt „p” betűt gond nélkül azonosítják, de ugyanezt a betűt kék tintával írva, a fehér papíron már nem ismerik fel.) A pszichológusok ennek a komoly tanulási akadálynak a hatását úgy tudták minimálisra csökkenteni, hogy a komplex ingerhelyzet valamennyi momentumát verbálisan „címkézték” a gyerekekkel („fekete tábla”, „fehér kréta” stb.). A címkézés hatására a gyerekek túlzott szelektivitása csökkent, képessé váltak arra, hogy az ingerhelyzet több aspektusát is tekintetbe vegyék. Megállapították a kutatók azt is, hogy a feladatok

közötti szünet, („intertrial interval” – vagyis: mennyi idő telik el két feladat között) kezelésre rendkívül fontos az autistáknál. Vagyis minél rövidebb a feladatok közötti szünet, minél gyakoribb, minél pergőbb a feladatok „adagolása”, annál eredményesebb a tanulás. Nagyon sok pedagógus standard, lehetőleg mindig azonos tanulási helyzetekkel dolgozik, hiszen tudja, milyen érzékenyen reagál az autista a változásra. Az utóbbi évek tapasztalatai ezzel szemben azt mutatják, hogy a standard tanulási helyzet unalmassá válik a gyerekek számára, csökkenti motiváltságukat. Az egyik vizsgálatban például a tanulást úgy tették változatosabbá, hogy a korongokat, melyekkel a tanulás folyt, kockákra cserélték. A változás nem zavarta az autistákat, sőt tanulási kedvük nőtt, és könnyebbé vált a tanultak generalizációja, általánosítása is – amely ugyancsak rendkívül nehezen megy az autista gyerekeknek.

Napjainkban az úgynevezett viselkedésanalízist alkalmazzák komplex magatartási szekvenciák tanítására. Például elemzik, hogy a bevásárlás milyen viselkedéselemekből tevődik össze (kommunikáció, szociális magatartás, áruválasztás, az idő múlásának figyelemmel kísérése, a vásárlás aktusa stb.), ezeket külön-külön tanítják meg a gyerekeknek, majd: jöhet a szupermarket! Az úgynevezett „többkomponensű eljárások” nagyon jól beváltak a napi életvitel vagy az iskolával kapcsolatos tevékenységek tanításánál. A „funkcióanalízis” során a kutatók azt vizsgálják meg, hogy egy-egy nemkívánatos magatartáselemnek mi a funkciója a gyermek életében. Ezeknek a viselkedésformáknak a kiiktatása – kioltása – úgy történik, hogy helyettük új, az eredeti funkciónak megfelelő, de adaptív, szociábilis változásokat tanítanak meg a gyerekeknek. A funkcióanalízis egészségesen fejlődő és értelmi fogyatékos gyerekek magatartási problémáinak kezelésében eredményesnek mutatkozott. Kidolgozása az autizmus területére folyamatban van.

Gyógyszeres kezelést kizárólag a pszichológiai módszerek kiegészítéseként alkalmaznak autista gyerekeknél. A neuroleptikumok (pl. a haloperidol) hasznosaknak mutatkoznak az öndestruktív, repetitív viselkedés csökkentésében, ugyanakkor nem tesznek jót az autista gyermek tanulási képességeinek, és mellékhatásként súlygyarapodás, sőt epilepsziás rohamot is okozhatnak. Gyakran alkalmazzák a lithiumot (a súlyos pszichózisok ismert gyógyszere) és a B<sub>6</sub> vitamint is, meglehetősen ellentmondó eredményekkel. Amennyiben az autizmushoz epilepszia

kapcsolódik, a gyógyszerpalettát természetesen a szokványos anti-epileptikumok egészítik ki.

Mindent összevetve: az autizmus nem gyógyítható mentális zavar. A vizsgálatok szerint az intézetekben nevelkedő gyerekek súlyosan visszamaradnak fejlődésükben. Javulás azoknál az autistáknál mutatható ki, akik családban élnek, és kezelésüket – természetesen intelligenciaszintjük és beszédképességük függvényében – korán (négy-öt éves kor előtt) kezdik el, akár úgy, hogy a pszichológusok a szülőket képezik ki a napi tennivalókra. Ennek ellenére az autista gyerekek kétharmada soha nem válik alkalmassá az önálló életre. A szülők, akik autista gyermeket nevelnek, igen gyakran számolnak be súlyos emocionális feszültségekről, büntudatról, depresszióról. Az anyának általában le kell mondenia munkájáról, utazásra fordítható szabadideje örökre korlátozott marad. Nem csoda, hogy az ilyen családok általában úgy érzik: orvos, pszichológus, sőt az egész társadalom hűtlenül cserbenhagyta őket.

**SZOMATIKUS KÓRKÉPEK**

(Forrás: Vetró Ágnes: Gyermek- és ifjúságpszichiátria, mentálhigiéné. JGYTFK. Szeged, 1998. 81-84.)

**Növekedésszavar** (az étkezési zavaroknál tárgyalva)

**Asthma bronciale**

A betegség okának a hörgők veleszületett túlingerlékenységét tartják. A kialakuló allergia (por, infekció) hatására fokozódik a hörgők szűkülete. Pszichés stressz (félelem, izgatottság) vagus izgalmat okozva szintén a bronchusok szűkületét okozhatja, s így szerepük lehet az asztmás roham kiváltásában.

**Érzelmi állapot és asztmás roham**

Olyan gyermeknél, akinek hajlama van rá, a szülő-gyermek kapcsolat feszültsége hozzájárulhat a roham létrejöttéhez. A vizsgálatok azt mutatták, hogy ha a gyermek otthonában marad (pollenszám ugyanannyi), de a szülő hosszabb időre eltávozik, a rohamszám csökkenni fog. Sok asztmás gyermeknél bármilyen izgalom vagy szorongás rohamot válthat ki a vagus izgatása által. Az érzelmeknek azonban az immunrendszerre gyakorolt hatása sem elhanyagolható, mert a szorongás, depresszió csökkentheti a fertőző ágensek behatolására adott immunválasz erősségét, és fokozza a hajlamot a fertőző betegségekre. A gyakori infekciók a betegséget tovább súlyosbíthatják.

## **Pszichológiai eltérések asztmában**

Minél súlyosabb az asztma, általában annál több a pszichopatológiai tünet. Kevesebb viselkedészavar figyelhető meg viszont, ha erős az allergiás komponens.

### **Kezelés**

Általában helyes, ha *kerüljük a hosszú hospitalizációt*. Ha a gyermek sok időt tölt iskolaszanatóriumban, a hosszú idő alatt a család elszokik a felmerülő kisebb problémák önálló megoldásától. A legkisebb bronchus sípólás is félelemmel tölti el, és szalad vele az orvoshoz. Ezért nagyon lényeges ezeket a félelmeket a családdal megbeszélni, *csökkenteni orvos dependenciájukat*. Erősíteni kell őket abban, hogy a felmerülő problémákat maguk tudják megoldani.

### **Veleszületett szív-érfejlődési rendellenesség**

A szívfejlődés rendellenességgel született gyermek esetében a család nagyon nehéz helyzetbe kerül. A betegségnek és az esetleges műtétnek is igen bizonytalan a kimenetele. Ezek a szülőben igen nagy szorongást indukálhatnak, s ezt a kezelőorvosnak meg kell értenie. A szülőnek és a gyermeknek egyaránt segít, ha részletesen elmagyarázzák (megfelelő anatómiai babák segítségével), hogy mi is a rendellenesség lényege, és milyen lesz a műtét.

A kardiológiai osztályok munkatársai is segítségre szorulnak. A betegségek jelentős részében teljes gyógyulást nem tudnak elérni, és a műtétek mortalitása sem alacsony. Emiatt emelkedik a feszültség a munkatársak között, és gyakori lehet a személyzetben a lelki kiégés (burn out).



## **Mucoviscidosis**

### ***Pszichoszociális tényezik***

A betegség hosszadalmas lefolyású, ezért mind a gyermektől, mind a szülőtől nagy türelmet igényel. Rendszeres gyógyszeres kezelés, légző torna javítja a betegség kimenetelét. Mindezek ellenére a prognózis igen bizonytalan, jó állapotot váratlanul súlyos visszaesés válthat fel. Ezek miatt a *szülők gyakran depresszióssá válnak*. A gyermekek között gyakoribb a *viselkedési rendellenesség*. A fiatalabb fiúk a delikvencia szempontjából veszélyeztetettek. A lányok agresszívvé, veszekedőssé válnak, a nagyobb fiúk gyakran éretlenek.

### ***Pszichoszociális vezetés***

A szülőkkel helyes megbeszélni, hogy a betegség örökletes, és hogy a következő terhesség esetén mivel számolhatnak. Fontos oldani a büntudatot, mely a betegség átörökítése miatt bennük él. Családcsoport formájában helyes feldolgozni, hogy a betegség krónikus, hosszadalmas lefolyású. Fontos, hogy a gyermek is tudja, hogy olyan betegsége van, melyben jobb és rosszabb periódusok váltakoznak. Komoly problémaként jelentkezhet a családban, ha az egyik gyermek meghalt, és a másik is beteg.

## **Epilepszia**

Az egyik leggyakoribb krónikus gyermekbetegség. Gyakran társul érzelmi és viselkedészavarral. (Ötször gyakoribb, mint az egészséges gyermekek között, és háromszor olyan gyakori mint más krónikus betegek között.). Főleg akkor számíthatunk pszichopatológiai eltérésekre, ha az epilepsziás fókusz a bal temporalis lebenyben van. Az érzelmi és viselkedészavar frissen diagnosztizált betegeknél is gyakori, de bizonyos gyógyszerek a gyakoriságot megemelik, és súlyosbíthatják a fennálló tüneteket.

## Krónikus hasi fájdalom

Az egyik leggyakoribb gyermekkori panasz. Ha háttérben organikus eltérés nem található, akkor a pszichés hatásra bekövetkező izomfeszülés, érösszehúzódás lehet az oka. Elképzelhető, hogy a gyermek a nagyobb szülői odafordulás elérésére normális hasi szenzációt félreismeri, azokat fájdalomként éli meg.

## Diabetes mellitus

Két formája ismeretes, az inzulinfüggő (juvenilis típus) és a nem inzulinfüggő. Jelen részben csak az inzulinfüggő diabetes mellitusról (IDDM) tárgyalunk.

Lefolyását a *negatív életesemények* (pszichostresszerek) is befolyásolják. Ha arra gondolunk, hogy stressz hatására a catecholaminok (epinephrin, norepinephrin) termelése megváltozik, akkor ez könnyen érthető, hiszen ennek a vércukorszint szabályozásában nagy szerepe van.

A betegség hatása a *pszichoszociális fejlődésre* ma még nem teljesen tisztázott. Úgy tűnik, hogy a nagy vércukor ingadozások befolyással lehetnek a koncentráció képességre. Minél korábban indult a betegség, annál több *tanulási nehézséggel* kell a gyermekeknek szembenézniük. A diabeteszes fiúknál általában gyakoribb az *érzelmi és viselkedészavar*. Ezek nem specifikusak a betegségre, minden formában (félelem, depresszió, agresszió, kényszerek, hiperaktivitás, skizoid tünetek) előfordulhatnak. A serdülőkorban a betegek együttműködési készsége általában csökken, nehezebben tartják be az utasításokat.

## Kezelés

A betegség kezdetén, ha a gyermek életkora ezt megengedi, helyes megtanítani az injekció beadására és a vizelet ellenőrzések elvégzésére. Ez növeli önbizalmát, és javítja az együttműködési készségét. Iskolai problémák halmozódása esetén helyes ismételt megvizsgálni, nem vércukorszint ingadozás van-e a háttérben. Fontos a depressziós vagy agresszív tünetek kezelése. Ha

családi problémák vannak, helyes ezeket családterápiás ülések keretében oldani.

## **Chrohn betegség**

**A pszichoszociális tényezők** a vizsgálatok szerint a betegség kiváltásában nem elsődlegesek, de a pszichés stresszhatásoknak a relapszusok létrejöttében nagy szerepe lehet. Az ilyen gyermekek gyakran kedvetlenek, depressziósak, de ez inkább a betegség következménye, semmint oka. Az érzelmi zavarok négyszer gyakoribbak, mint az egészséges populációban. Vezető tünet az alacsony önbizalom.

## **Colitis ulcerosa (Fekélyes vastagbél-gyulladás)**

Az 1950-es, 60-as években sok szerző úgy vélte, hogy etiológiájában az elfojtott agresszió és kényszeres személyiségzavar az elsődleges. A későbbi vizsgálatok ezeket a feltételezéseket nem támasztották alá, de a stressz relapszus okozó hatására egyre több az adat. Gyermekeknél gyakori az érzelmi zavar, de ez inkább másodlagosnak tekinthető.

**Kezelésében** a támogató pszichoterápia lehet a fontos. Pszichiáterhez csak akkor kell küldeni, ha valóban pszichiátriai betegség gyanúja merül fel.

## **Malignus betegségek**

### ***Pszichoszociális aspektusok***

A gyermek betegsége általában sokkolja a családot. Nem bízik sem a diagnózisban, sem a kezelésben. Fontos ilyenkor a család részletes felvilágosítása a betegségről, a kezelésről és a prognózisról. Általában nehezen hiszik el, hogy a kimenetel bizonytalan, és az orvos nem tud biztosabbat mondani. A későbbiek folyamán azonban a remissziók és relapszusok átélése után a család lassan visszanyeri stabilitását, és hitét a gyógyulásban.

Specifikus stresszek ilyenkor súlyosan érinthetik a gyermeket, családot. Ezek közé tartozik a betegség félrediaosztizálása

is. Külön megterhelés a gyermeknek a kezelés idején a sok injekció és egyéb fájdalmas beavatkozás. A fertőzésektől való félelem a gyermekben és a családban is az iskolától való félelemhez, iskolafóbiához vezethet.

A központi idegrendszer röntgenbesugárzása az intelligenciatesztekben általában 10 pontos csökkenést eredményez. Ha ez 4 éves kor alatt történik, akkor a károsodás még nagyobb lehet.

### **Kezelés**

A diagnózis felállítása után sok időt kell szentelni arra, hogy a családdal megértessük mibenlétét és a kezelést. A kétségbeesett szülő gyakran képtelen lesz a gyermekkel pozitív kommunikáció kialakítására, s ebben kell segítenünk neki. Hasonlóképpen fontos különösen a fiatal, tapasztalatlan szakdolgozók pszichés segítése, akiknek a kommunikációja a gyermekkel szintén gyakran zavarttá válik.

**ALKOHOLIZMUS, SZENVEDÉLYBETEGSÉG ÉS  
ERŐSZAK A CSALÁDBAN**

**(Forrás: Kelemen Gábor: Szenvedélybetegség, család, pszichoterápia, Pannónia Könyvek, 2001. Pécs)**

Az alkoholizmus és droghasználat egyike azoknak a súlyos és ugyanakkor nehezen felismerhető problémáknak, amellyel a családorvosi gyakorlatban találkozunk. Ugyancsak gyakori az addiktív gyógyszerelés (toxiko-mánia), illetve politoxikománia is. Az ártalmas szer-használat első jelei főként pszichoszociális, s nem biomedikális természetűek.

Az alkoholizmus és más addikciók felismerését a képzés elégtelensége, az addikciókkal szembeni negatív viszonyulás, a kezeléssel kapcsolatos pesszimiztikus attitűd és a szenvedélybetegségekre általánosan jellemző tagadás egyaránt gátolja.

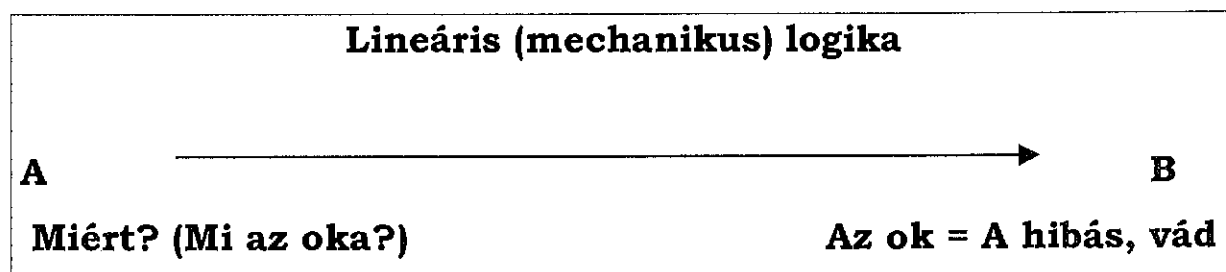
Amikor valaki a családban iszik vagy drogozik („anyagozik”) ettől minden családtag szenved. Szülők éjszakákat virraszthatnak át tehetetlenül, büntudattal telve s rettegetve, él-e még egyáltalán a drogozó gyermekük. Házastársak titkolják, takargatják a rokonok, a barátok és a munkáltató előtt a súlyosbodó ivásra vagy drogozásra utaló tényeket, miközben önmagukat is azzal hitegetik, hogy csak átmeneti a gond. Szenvedélybeteg szülők kiskorú gyermekei kényszerülnek a felnőttek helyett és értük felelősséget vállalni s ezáltal szinte saját szüleik szüleivé válni. A szenvedélybeteg felnőtt gyermekeit is nyomasztja a múlt, s az átélt fájdalmak aktuális kapcsolataikra is rányomják bélyegüket. A szenvedélybetegség tehát mindenkire hat a családban, s a hatás évekig, évtizedekig sőt sokszor generációkon át nyúló.

A 35 éves Rita például szorongásos és szomatizációs panaszok miatt jelentkezett a családorvosnál. A családi anamnézis felvétele során az orvos megtudta, hogy Rita bátyja alkoholista, s apja is az italozás következtében halt meg. Az apa korai halála után Rita anyja is inni kezdett s gyakran megverte a lányát. Rita 16 éves fia mostanában többször részegen jött haza. Rita férje szintén részeges és marihuánát is szív. Rita azt hiszi, a férje és a közte lévő szexuális nehézségek azzal függenek össze, hogy kislány korában részeg

apja őt többször szexuálisan molesztálta. Rita elmondja, hogy a férjével nem beszél meg a problémáikat, „félek, hogy bedühödne rám” – teszi hozzá. A családorvos otthonában kereste fel a családot, beszélt a férjjel és a gyerekkel is. A beszélgetés során kerekén megmondta férjnek, a körülmények arra vallanak, hogy túl sok alkoholt fogyaszt. A férj azonban azt állította, hogy nem él vele, s elzárkózott e téma további tárgyalása elől. Arra viszont késznek mutatkozott, hogy – elsősorban „a felesége és a gyereke érdekében” – ő is elmenjen az orvos által javasolt családterapeutához.

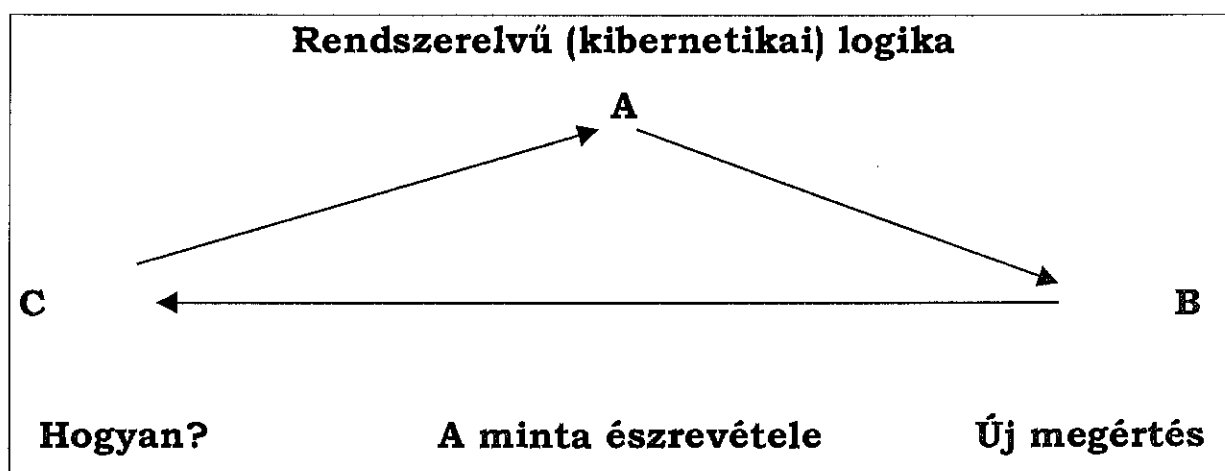
Ebben a fejezetben bemutatjuk, hogyan járulhat hozzá a rendszerszemlélet és a családterápia a szenvedélybetegeket magában foglaló problémáinak megoldásához. Előbb a rendszerszemlélet addikciók esetén különösen fontos szempontjaira összpontosítunk, kitérve a családi szerepstruktúra átalakulására és a tagadásra. Majd néhány olyan sémát tárgyalunk, amely közös az ilyen családokban. Ezután beavatkozási eshetőségek fényében ismertetjük az addiktív ciklus folyamatát, továbbá a családorientált gyógyítási és a családterápiás eshetőségeket. A fejezet a családon belüli erőszak kezelési lehetőségeinek megbeszélésével zárul.

Az addikciók csak mintegy 200 éve léteznek társadalmi jelenségként, a betegségek körébe történő hivatalos „befogadásuk” pedig csak kevesebb, mint 50 éve kezdődött. Az addikciók „problematizálódásának” folyamata összefügg a mechanikus és lineáris gondolkodásmód általánossá válásának, az autonómia felértékelődésének és az élet deszakralizálódásának folyamatával. Az újkorban, a mechanika (az órák, gépek stb.) révén nemcsak a mindennapi élet alakult át, de a mechanikus látásmód az emberi magatartás magyarázatának is uralkodó szemléletévé vált. Az emberek mindmáig főként a lineáris, ok-okozati logika szerint magyarázzák az életük eseményeit.



A XX. század közepétől, részben a kibernetika eredményei alapján, a lineáris logika alternatívájaként jelent meg a rendszerelvű gondolkodásmód. A rendszerelvű felfogás szerint az oksági viszonyok, különösen az emberek

esetén rendszerint körkörösek. A „miért?” típusú kérdések nem segítik a fejlődést, nem kedveznek annak, hogy újszerű módon nézzünk a régi dolgokra. Minthogy vádló, hibáztató hozzáállást foglalnak magukban, inkább a viszonyok konzerválását, megmerevedését eredményezik. A felfedezéshez, a jelenségek megértéséhez, feltáráshoz, ezáltal a fejlődéshez „hogyan?” típusú kérdéseket célszerű feltenni. Az ilyen kérdésekkel nem az egyirányú, egyenes vonalú összefüggéseket keressük, hanem azokat a mintákat, melyek egy előre jelezhető pályát követnek. A rendszerelvű megközelítés nem a vádolásra és hibáztatásra, hanem a megértésre, az együttérzésre, s a felelősségvállalásra sarkall.

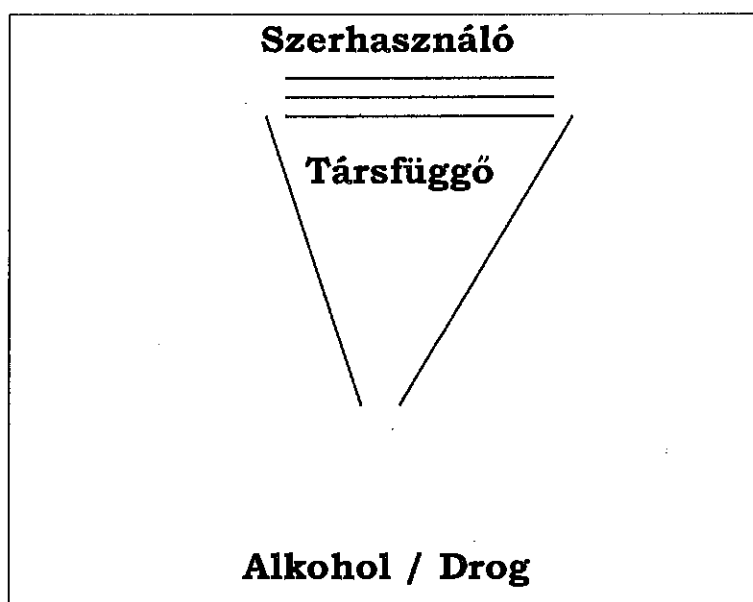


Az emberi kapcsolatok rendszerelvű vizsgálói a három emberből álló rendszert tekintik az emberi rendszerek alapvető építőkövének. Két felnőtt ember kapcsolata – a megfelelő pszichológiai távolság, a függőség és függetlenség mértéke beállításának problémája miatt nagyon ingatag, így párosuk önmagában nem tekinthető szilárd építőelemnek. A páros kapcsolatot az a paradox teszi ingataggá, hogy a másikhöz való közel kerülés, a kötődés vágya ellentétben áll az autonómia vágyával. Ha közel kerülök a másikhöz, akkor önmagam elvesztésétől félek, ha viszont távolodom, akkor attól félek, hogy elveszíthetem a társamat. Ezt az állandó egyensúlyozást kívánó, bomlékony helyzetet egy harmadik személy közbelépése révén lehet stabilizálni. A házaspárok kapcsolatát a korábbi időkben, s a vallásos emberekét most is, a Jóisten „bevonása” stabilizálta. A kapcsolatot az Isten nemcsak szentesítette, de egy olyan viszonyt jelentett, amely magasabb rendűnek számított a házaspár tagjai közti viszonynál.

Manapság a házastársak (együtt élők) többnyire már nem egy felettük állónak elfogadott hatalom, hanem egy harmadik személy, dolog vagy jelenség bevonásával teremti meg a kapcsolat stabilitását. Ilyen stabilizáló elemmé válhat a rendszeres alkoholi-

zálás vagy droghasználat is. Többnyire csak a pár egyik tagja italozik mértékvesztő módon, míg a másik élete, annak úgynevezett társfüggő magatartása révén, közvetetten kapcsolódik az alkoholhoz, illetve droghoz. A két ember közül az egyik a választott szerből válik függővé, míg a másik egy olyan integratív szerepet ölt magára, amelynek a szenvedélybeteg társ megmentésére és szabályozására tett erőfeszítések adnak értelmet. Az addiktív szer ezáltal a két ember érzelmi kapcsolatának meghatározó tényezőjévé válik. Az italozó vagy narkózó az érzelmeit, a közérzetét szabályozza a szerrel, a társa pedig a társfüggő magatartás révén teszi ugyanezt. Az egyik számára az „iszom (anyagozom), tehát vagyok” a másik esetében pedig a „veled vagyok, tehát vagyok” formában hangozhatna a kartéziánus megállapítás. Mindamellett gyakorta a társfüggők maguk is szerhasználóvá válnak. Legfeljebb nem a kocsmába, hanem a patikába kezdenek járni.

Kezdetben a két ember kapcsolata fontosabb, mint az a viszony, amit az alkohol jelent.



Idővel azonban a szer mindennél fontosabbá válhat a függővé vált szenvedélybeteg számára. Ebben az esetben már nem a szer játssza a kiegyenlítő, stabilizáló elem szerepét, hanem éppen a szenvedélybeteg és a szerv viszonya az, amely stabilizálásra szorul. Ha korábban az italozó társ attól félt, hogy a másik elveszi tőle a függetlenséget, most a szer az, amely veszélyt jelent a függetlenség szempontjából.



A „*társfüggőség*” (kodependencia) egy olyan folyamathoz, az addikcióhoz való alkalmazkodás szándékát jelenti, amelyhez nem lehetséges egészséges módon alkalmazkodni. Pedig a társak rendszerint az alkalmazkodás igen sok módjával megpróbálkoznak. Ennek során kipróbálhatjuk az „*üldöző*”, a „*megmentő*”, a „*balek*”, sőt a „*csapos*” szerepeket is. Mindez nem segít. Abban a kapcsolatrendszerben, családban, ahol az ivás rendszeres, a fejlődés helyett már csak a túlélés válik a meghatározó törekvéssé. A túlélési folyamat láncreakció, melynek mintázata számos előre jelezhető elemet tartalmaz.



Egy olyan család esetében, ahol állandó gond valamely szülő mértékvesztő italozása vagy narkózása, a megszülető gyermek szerepe szinte előre kijelölt. Ezt szemlélteti, a családtagok szerepeinek tükrében, az alábbi sematikus táblázat.

## **A szenvedélybeteget magában foglaló család szerep- struktúrája**

szerep	motiváló érzés	tünet	egyéni ha- szon	családi nyereség	várható ár
<i>Addikt</i>	szégyen	ivás/drog	kisebb fájdalom	együtt maradás	függőség
<i>Társfüggő</i>	harag	erőtlenség	önelégültség	felelősség	betegség
<i>Hős</i>	bűntudat	túlteljesítés	figyelem (+)	büszkeség, érték	kényszer
<i>Bűnbak</i>	sértettség	delikvens	figyelem(-)	figyelem- elterelés	önpusztítás
<i>Elvesztett gyermek</i>	magányos- ság	félénk	menekülés	megnyug- vás	izolálódás
<i>Bohóc</i>	félelem	túl aktív	figyelem (nevetés)	öröm	éretlenség

A konfliktusokkal, szükségtelen fájdalommal, szeretetlenséggel, pusztítással terhelt folyamat egy ponton túl, a családtagok összeomlása miatt, a rendszer szétesését eredményezi. A szenvedélybetegekre és családjukra oly jellemző *tagadás* miatt, az egyetlen lehetséges megoldást, a segítségkérést, csaknem mindig túlságosan későn választják.

A tagadás sokféle formában jelentkezhet. Jellegzetes megjelenési módjai közé tartoznak a következők:

- *Egyszerű tagadás*: Ilyenkor nyíltan elutasítja azt az állítást, hogy gondjai vannak, vagy ha mégis, akkor azoknak bármi köze volna a szerhasználathoz. „Én megoldom a dolgaimat” – jelenti ki.
- *Kicsinyítés*: Akkor beszélünk a probléma kicsinyítéséről, amikor elismeri ugyan a nehézségek létezését, ám ezeknek nem tulajdonít nagyobb jelentőséget, s azt sem fogadja el,

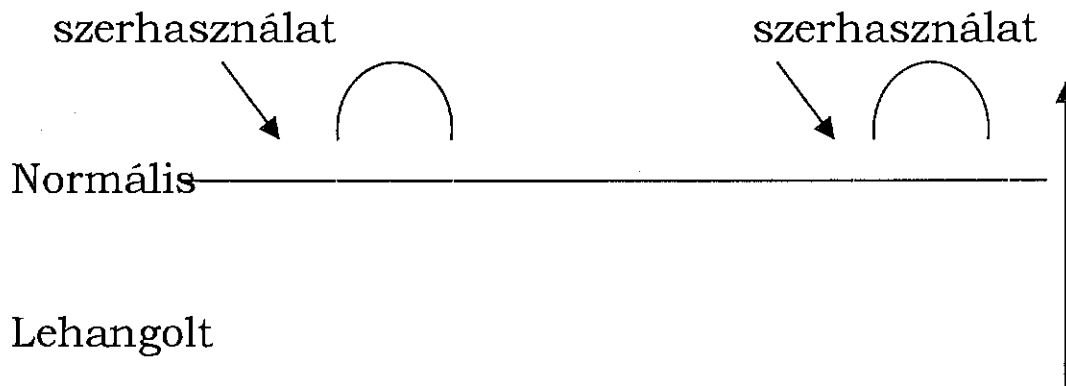
hogy a gondjai szükségszerűen összefüggenek a szerhasználattal. „Az az alkoholista, aki többet iszik, mint én”.

- *Vádlás:* Elismeri, hogy jelentős nehézségei vannak, de bárki mást hajlandó ezért felelőssé tenni és vádolni, mintsem a szert. „Ha te nem lennél ilyen, minden rendben volna” – mondja a vele élőknek.
- *Racionalizálás.* Elismeri a problémáit és azt is, hogy sokat iszik vagy drogozik, de erre különféle ürügyeket, kifogásokat keres. „Legközelebb majd másképp csinálom” – mondja, mintha ez ilyen könnyen menne.
- *Intellektualizálás.* Elismeri a problémáit és azt is, hogy iszik vagy narkózik, de a gondok érzelmi átélése helyett azt a kérdést elemezgeti, hogy mi is a szenvedélybetegség, hogyan lehetne precízen meghatározni. „Igen, de...” fordulattal zárkózik el a mélyebb elfogadástól.
- *Eltolás:* A szerhasználat következményei helyett valami mást igyekszik a beszélgetés fókuszába helyezni. „Az én igazi problémám az, hogy...”
- *Ellenségesség:* A szerhasználat és következményeinek bármilyen összefüggésben történő említése esetén dühbe gurul és támadóvá válik. Elég csak kiejteni az „alkoholista” vagy „narkomániás” stb. szavakat.

Az alkohol és drog révén az ember képes szabályozni a közérzetét. Noha ez a közérzetet befolyásoló rövidtávú hatás később is megmarad, a kiindulási pont, éppen a rendszeres szerhasználat következményeképpen, egyre mélyebb. Másfelől, idővel már a szer nem a jókedv, sőt nem is normális közérzet elérésének eszköze, hanem csupán abban segít, hogy kevésbé érezze rosszul magát a szerhasználó. Ezt nevezik a tolerancia kialakulási folyamatának.

## ***A folyamat elején a hatás még így jelentkezik:***

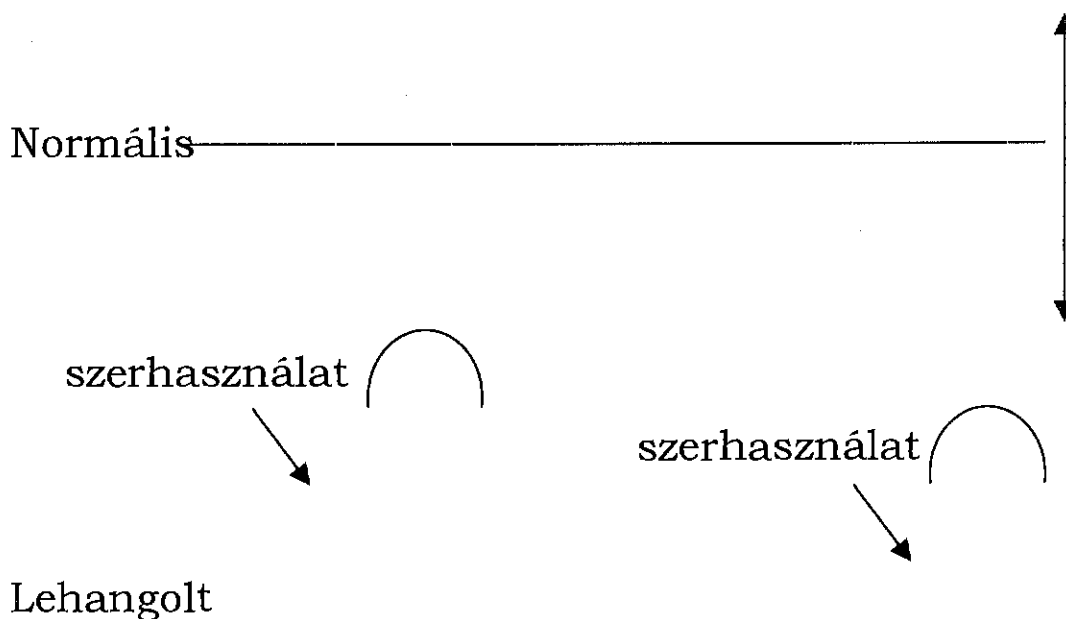
Jókedvű



A talpra állás természetesen a tagadás megtörését, abbahagyását követeli: kíméletlen szembenézést az igazsággal, őszinteséget saját magunkkal szemben. Míg az alkoholista az alkohol felett, a társfüggő az alkoholista felett vesztette el uralmát. A társfüggő esetében a tagadás abbahagyása az „őérte vagyok felelős” viszonyulás feladását jelenti, s annak megértését, hogy a „felelősséggel tartozom azért, amit teszek” hozzáállás, semmiképpen nem azonos a másik felelősségének átvételét.

## ***A folyamat végső fázisában a következő történik:***

Jókedvű



A család szerepe az addikció kibontakozásában, fennmaradásában és következményeinek enyhítésében nyilvánvaló. A családi kontextusban kialakuló addikció perszisztálásához és súlyosbodásához a család interaktív folyamatai járulnak hozzá. A szenvedélybetegek családjaival kapcsolatos kutatások alapján a következő sajátosságok, közös jellemzők szűrhetők le.

- Az addiktív szerhasználat továbbá egyes addiktív viselkedésmódok (pl. kóros szerencsejáték szenvedély) több generációban is előfordulnak. A gyermekek számára az addiktív magatartás ennél fogva szinte családi hagyomány.
- A szenvedélybeteg férfiak gyakran még felnőtt korban is szimbiotikus kötődésben maradnak az anyjukkal, sőt sokszor koalíciót is képeznek vele az apa ellen.
- A családtagok nem rendelkeznek megfelelő konfliktusmegoldó készségekkel.
- Családi konfliktust követően a szenvedélybeteg gyakorta a függetlenség illúzióját kölcsönző italozó vagy drogozó cimborák szubkultúrájába vonul vissza.

- A szenvedélybetegség kialakulását gyakorta előzi meg korai, váratlan és érzelmileg feldolgozatlan haláleset.
- Az addikció különböző szinteken, az egyén közérzetétől a szenvedélybeteg szubkultúráig, egyfajta, a függetlenség és lázadás lehetőségének látszatát nyújtó pszeudoindividualizációt nyújt. A szenvedélybeteg ezáltal valamiféle megoldást jelent a felnőtt individuációs törekvések (függetlenség, felelősség, kompetencia) és a gyermeki létben megmaradás (függés, a felelősség hiánya, inkompetencia) vágya közt.
- Sok esetben a szülőkhöz képest a szenvedélybeteggé váló gyermek sokkal jobban alkalmazkodott a kulturális változásokhoz.

A XX. század utolsó harmadát sok szempontból a siettetés, a sebesség, a türelmetlenség, s az ezzel járó felszínesség jellemzi. A siettetés fiatalokat érintő tipikus jelensége az *akceleráció*. Ez annyit jelent, hogy a teenagerek testi értelemben gyorsabban érnek mint régebben, s a felnőtt jogokat is korábban megkapják, ám érzelmi és erkölcsi tekintetben az érésük messze elmarad. Az éniideál követéséhez, a lelkiismeret és önismeret megszilárdulásához (e három működést nevezi Sigmund Freud felettes én-nek) gyakorta sem elég idő, sem megfelelő minták nem állnak rendelkezésre. Míg korábban a tanárok és a szülők tárgyi tudása és élettapasztalata a legtöbb téren egyértelműen felette állt a serdülőkének, ez ma már nem mondható el. A serdülők nivellált viszonyba kerülnek a szüleikkel, a szülő-gyerek viszony hierarchiája megszűnőben van. A felnőtt divatot sok tekintetben a serdülők ízlése diktálja. Ráadásul a siettetés légkörében igazi kommunikációra sincs idő, elmaradnak az ebben az életkorban oly fontos beszélgetések. A discok és egyes klubok váltak a norma- és szabálynélküliség tipikus kifejezőivé és intézményeivé, a fiatalkori alkoholizálás és drogozás jellegzetes színtereivé. Mindamelllett a széleskörű, koncentrációt, elmélyülést kívánó tudás és az életben való érvényesülés lehetősége egy ponton túl manapság már nem jár együtt, sőt szinte egymás ellen hat, amennyiben a magas szintű tudás nem biztosít jólétet, inkább hátrányos helyzetbe hoz. A tisztességtelenség kifizetődőbbnek látszik, az érzelmi nyitottság könnyen hozhat hátrányos helyzetbe. Ugyanakkor a fiatalok igen érzékenyek az erőltetésre, az erőszakra. Sokan az önkényeskedő, zsarnoki magatartást élik meg a legsúlyosabb erőszaknak.

Az emberek nem mindig készek arra, hogy segítséget fogadjanak el, s még kevésbé arra, hogy kérjenek. Ezért különösen fontos az „igaz pillanat”, a megfelelő alkalmak észrevétele és megmaradása.

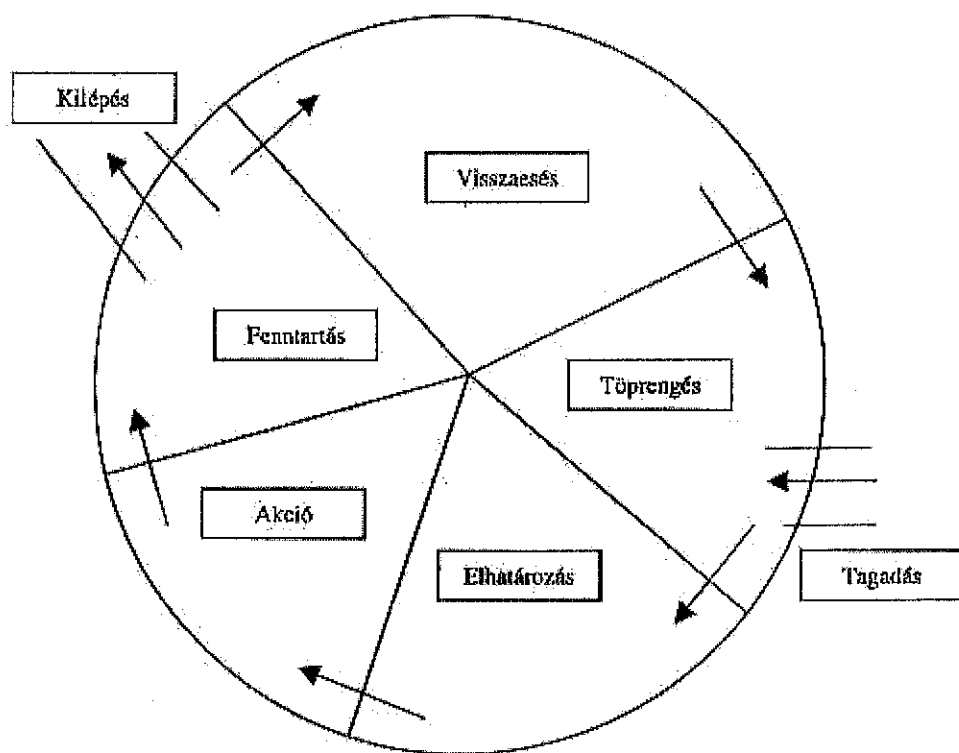
Az igazán segítő, gyógyhatású beszélgetésnek két alapvető helyzete ismert: Az egyik esetben a segítő támogató viszonyulás-

sal, meleg elfogadó, hiteles és megértő hozzáállással működik. A másik esetben viszont inkább a valamilyen veszéllyel, fenyegető körülménnyel való megküzdés érdekében történő együttes munkán, közös erőfeszítésen van a hangsúly. Ilyenkor fontosnak tartják, hogy megegyezzenek a követendő célokban, hogy tisztázzák azokat a feladatokat, amelyeket meg kell valósítani a célok eléréséhez, s ahhoz, hogy személyes, teherbíró kapcsolat alakuljon ki közöttük. A szenvedélybetegek esetében a két helyzet ötvözése tartható célravezetőnek. A szenvedélybetegek többsége érzelmi tekintetben semmiképpen sem áll felnőtt szinten, ezért életükben, hasonlóan a serdülőkhöz, szeretetteljes légkörre és megfelelő keretekre, szabályokra, korlátokra egyaránt igen nagy szükség van. A modern kezelőintézmények jelentős része „kemény szeretetnek” nevezi azt a hozzáállást, amely könyörtelenül ráébreszt az igazi szükségletekre és az élet szükségszerűségeire egyaránt.

Míg régebben az addikciókat egyirányú, progresszív, krónikus halálhoz vezető folyamatnak tartották, addig manapság inkább egy jellegzetes láncszemekből álló – józan és szerhasználó szakaszokat egyaránt tartalmazó – körkörös vagy spirális folyamatként gondolják el. Az itt következő ábra szemlélteti a folyamat stádiumait. A folyamat kezdő pontja a tagadás. Ezt követi a töprengés, az elhatározás, az akció, a fenntartás és a visszaesés stádiuma. Ez utóbbival éri el a folyamat – ha csak nem szakad meg közben – a kiindulópontot.

A segítség lehetősége, a teendő attól függ, hogy az illető az addiktív ciklus melyik stádiumában áll. Ám bármelyik stádiumban is van, mindig fontos szem előtt tartani azt, hogy a családi kontextus az adott szakaszban hogyan járul hozzá a szenvedélybeteg változásához vagy stagnálásához. Illetve megfordítva, a szenvedélybeteg adott tünetei hogyan illenek bele a család életébe, s fejezik ki annak működészavarát és fejlődési szükségletét, milyen rejtett célt szolgálnak a család számára, s miképpen peccsételik meg a többi családtag sorsát. A tagadás időszakában a feladat kételyek ébresztése, a tagadás megtörésének segítése. A töprengés stádiumában az italozó ember a szerhasználat előnyeit és hátrányait mérlegeli. A segítség ilyenkor hátrányok megvilágítására, ezáltal a mérleg elbillentésére irányul. Az elhatározásra jutott ember abban vár támogatást, hogy megtalálja a legmegfelelőbb alternatívát, a számára legjobb utat. Az akció fázis folyamatos aktivitást, megfelelő lépések megtételét kívánja. A fenntartás szakaszában különösen fontos ügyelni a visszaesés szempontjából veszélyes jelekre (pl. „szomjúság”, ingerlékenység, magányosság

érzése, fáradékonyság), s megőrizni az aktivitást. Van, aki ezen a ponton képes kilépni a rossz körből, s azt megszakítva megváltoztatni az életét. Mások ellenben megcsúsznak, visszaesnek, s szinte onnan kezdik, ahonnan elindultak. A visszaesett embert abban kell támogatni, hogy minél előbb térjen vissza a józansághoz, s ne hagyja, hogy a „csúszás” teljes visszacsúszásba torkoljon. A visszaesés megelőzésében segít a közösségi ellenőrzés, helyettesítő tevékenységek módszeres végzése, új minőségű kapcsolatok kialakítása és inspiráló közösségbe tartozás. A közösségi támasz funkciói közül különösen fontos a bizalom, a bensőségeség és a szolidaritás. A támogató közösségek közül, a családi illetve rokonsági háló mellett, kiemelt jelentőségű az Alcoholics Anonymous (AA). Az AA tevékenységének köszönhetően alakult ki a talpra állt szenvedélybetegek gyökeres életmód változáshoz segítő, lelkesítő mintát adó józan kultúrája.





Az alkoholfogyasztásból, toxikomániából és drogozásból eredő károknak jelentős hányada jelentkezik a családorvosi rendelőekben. Különösen fontos az addikció korai jeleinek észrevétele. Minél krónikusabb a folyamat, általában annál nagyobb – a krízishelyzeteket kivéve – a családok tagadása és ellenállása a változással szemben. A családorvos sokszor generációkon át megbecsült és tisztelt, a család bizalmát élvező szaktekintély. Gyakran éppen ő a legmegfelelőbb személy arra, hogy nyíltan szóvá tegye, ha szerhasználatra utaló problémát, árulkodó jeleket lát, s rákérdezzen azok eredetére. Ahhoz, hogy mindezt kompetens módon tegye, természetesen módszeres továbbképzésre és konzultációs lehetőségekre van szüksége. A hagyományos orvos-beteg találkozás tárgyyszerű légköre, az orvosok kérdezési stílusa többnyire nem alkalmas a szenvedélybeteg megnyerésére. Már maga a kérdés is, egyoldalúsága miatt, függő helyzetbe hoz. Nem vezet célra az ijesztgetés, a tanítás, a feladat adás, a burkolt vagy nyílt kritizálás sem, viszont hasznos lehet az élethelyzet szempontjából jelentős gondok előrejelzése. Napjainkban a családorvosok kezdik elsajátítani a motiváló beszélgetés módszerét. A motiváló beszélgetés célja az érintett személy ártalmas szerhasználási mintáinak befolyásolása. Az orvos feladata olyan légkört teremteni, ahol a motiváló beszélgetés sorozat (3-5 találkozás) megvalósulhat. Az orvos, illetve más megfelelő egészségügyi szakember különböző módokon – a leggyakrabban a beteg szomatikus tünetek miatti jelentkezése kapcsán, de akár hirdetmény, felhívás révén is – ajánlhat ivással, szerhasználattal kapcsolatos felmérő vizsgálatot. Fontos kiemelni, hogy a vizsgálat bizalmas, nem valamely kezelő program, s nem szenvedélybetegek, hanem egyszerűen csak szerhasználó emberek számára tervezett, mely nem diagnózis adására irányul, viszont világos és tényszerű visszajelzést ad az adott állapotról, amivel a jelentkező azt kezd, amit akar. (A családorvosnak természetesen óvatosnak kell lennie, nehogy maga is a szenvedélybeteg körülvívő általános tagadás részesévé váljon. Ugyanakkor senki nem jelentkezne egy olyan programra, amelyet az alkoholizmus szűrésére terveztek.) Az értékelés során a szakember igyekszik interakcionális kifejezéseket használva, az aktuális környezettel is kapcsolatba hozni a problémát. Megkérdezheti, hogy kinek a javaslatára jött el, ki vagy mi miatt gondolja, hogy érdemes volt a vizsgálatra jönnie. Mit gondol arról, a hozzátartozónak minimálisan mit kellene tennie ahhoz, hogy ő maga is változni akarjon. Mit gondol, a hozzátartozó észreveszi-e, s ha igen milyen módon a változást. Ezután a szakember a változás alter-

natívairól beszél a vizsgált személlyel. A szenvedély-problémák kezelésében mindig fontos alternatívákat keresni, mert az emberek bizalmatlanabbak akkor, ha csak egyetlen megoldás látszik követendőnek. A továbbiakban a szakember a változás melletti elköteleződést támogatja, majd újra felméri az állapotot, különös tekintettel az elért eredményekre, ami további változásra buzdíthat. A változásra való motiváció növekedése, s ugyanakkor a probléma fennmaradása esetén a családorvos speciális segítő szolgálatokhoz fordulást javasolhat. (Mindamellett többnyire valamely családtag, s nem maga a szenvedélybeteg fordul a családorvoshoz). A beutalás előtt célszerű a családorvosnak az érintett családtag mindegyikét bevonni a megbeszélésbe. Egyszerű kérdésekkel törekedhet azonosítani és meghatározni a problémát. „Ki alkoholizál vagy anyagozik?“, „Milyen szereket használnak a családtagok?“ Semmiképpen nem érdemes vitába keveredni arról, hogy betegség-e ez a jelenség.

Mondhatja például azt: „Nézze én most nem akarok „izmusokról” vitatkozni. Világos, hogy itt komoly és kezelésre szoruló gondról van szó. Ha majd sikerül jobban megbirkózni ezzel a problémával, ráérünk még visszatérni ezekre a kérdésekre.

A teamben és szupervízió mellett dolgozó családterapeuta speciális jártassággal rendelkezik a család dinamikájának, a család belső struktúrájának, ismétlődő magatartási láncainak, intergenerációs sémáinak feltárása, a csalárendszer kedvező változásának facilitása terén.

A szenvedélybetegség gyakran erőszakos cselekedetekkel kombinálódik. A társadalmi élet egyetlen területén sem olyan gyakori a testi és szexuális erőszak előfordulása, mint a családban, különösen a szenvedélybetegek családjaiban. Az erőszaknak a gyermekek, a házastársak és az időskorúak egyaránt gyakran áldozatai. A testi és szexuális erőszak mellett számolni kell a verbális (bántalmazás szóval), emocionális (pl. érzelmi zsarolás), morális (pl. hazugságra kényszerítés) és spirituális (pl. erőszakos, büntető istenkép indoktrinációja) abúzzsal is. A bántalmazás jeleit észlelő családorvos feladata a családi, közösségi erőforrások mozgósítása az áldozat és a család védelme érdekében. Gyakorta külső kontrollt biztosító hatósági (gyámügy, ifjúságvédelem, rendőrség stb.) védelemre is szükség van. A családorvosnak törvény által előírt felelőssége van erőszak észlelése esetében. Lényeges a

család tájékoztatása erről a kötelezettségéről, s a további erőszak megelőzése érdekében tett lépéseiről. Noha a családok – a háziorvos intézkedése kapcsán – kezdetben többnyire intenzív haragot élnek át, ennek ellenére rendszerint megmaradnak választott családorvosuknál. A családorvos a család számára az egyik legfontosabb stabil és folyamatos külső kapcsolat lehet, aki kulcs szerepet játszhat a családon belüli erőszak sémáinak, ciklusainak megtörésében.

Az erőszak hátterében rendszerint többféle tényező áll. Ezek közül a leggyakrabban a következő faktorokkal kell számolni:

- Erőszak a család korábbi generációiban. Ez sokszor alkoholizmussal vagy narkomániával társul.
- Házassági viszály, megoldatlan konfliktusok. A házastársak azzal a várákozással lépnek egymással házasságra, hogy korábbi kielégítetlen szükségleteik, vágyaik most majd teljesülni fognak. Várákozásaik nem teljesülése feszültséghez, fizikai erőszakhoz, szexuális elhidegüléshez vezethet.
- A generációs határok elmosódottsága, valamely gyermek „parentifikálódása”.
- A család izolálódása.

A családdal és az erőszakot szenvedettel történő interjúhoz békés helyszínt kell biztosítani. A beszélgetés alkalmával, különösen, ha gyerek a bántalmazott érdekes interjút segítő tárgyi kellékeket (bábu, rajzolósi lehetőség stb.) alkalmazni. Célravezető az érzelmileg kevésbé megterhelő témakörrel kezdeni a beszélgetést, figyelve arra, mit akar elmondani a bántalmazott. Nem helyes eleve feltételezni, hogy az erőszak áldozata haragszik a bántalmazóra.

A családban halmozottan jelentkező gondok (munkanélküliség, gyakori állásváltoztatások, házassági konfliktus, iskolakerülés, gyenge iskolai teljesítmény, generációs konfliktus, promiskuitás, gyengeelméjűség, erőszak) esetei, amivel szembe kerülve a családorvos tehetetlenséget élhet át, a legtöbb esetben nem csak addikcióval párosulnak, de az italozás vagy drogfogyasztás kezelése nélkül a többi téren sem várható javulás. A kedvező változás megvalósítása aligha lehetséges a csalárendszer hatóerőinek újrászerveződése híján.

**KELEMEN GÁBOR**

**SZENVEDÉLYBETEGSÉG, CSALÁD, PSZICHOTERÁPIA  
(Addiktológiai és pszichoterápiai tanulmányok)**

**A KÓROS JÁTÉKSZENVEDÉLY PSZICHOLOGIÁJA  
ÉS KEZELÉSE**

(Forrás: Kelemen Gábor: Szenvvedélybetegség, család, pszichoterápia (Addiktológiai és pszichoterápiai tanulmányok) Pannónia Könyvek, 2001. Pécs)

*A cikk a gyakorló szakemberek számára nyújt áttekintést a kóros játékszenvedély koncepciójáról, pszichológiájáról és kezeléséről.*

*A szerző hangsúlyozza, hogy az addikciók és a kóros játékszenvedély alapvető és rekurrens hasonlósága miatt az utóbbit leíró nyelvezet és a kezelési technikák egyaránt az addikciók területéről származnak. Tárgyalja a kompulzív játékszenvedély gyökereit, alapvető vonásait és progresszív természetét. Szemlélteti a tagadás koncepciójának jelentőségét a kórforma azonosításában és kezelésében. Ismerteti a felépülés dinamikus modelljét. A páciensek és a terapeuták számára egyaránt a normalizáló, domináns diskurzus megkérdőjelezését és az egészséges döntésekhez szükséges új valóságlátás kialakítását indítványozza.*

*Kulcsszavak: kóros játékszenvedély – addikció – tagadás – a felépülés dinamikus modellje.*

A „Betegségek Nemzetközi Osztályozása” (NBO) legújabb, 10. változata és az Amerikai Pszichiátriai Társaság diagnosztikai útmutatója, a DSM-III-R a kóros játékszenvedély egyaránt az impulzus-kontroll zavarok körébe sorolja. Ez a hagyományon és meg egyezésen alapuló besorolás nem hivatkozhat sem a másféle impulzus-kontroll zavarokkal való tüneti hasonlóságokra, sem pedig fontos közös jellemzőkre. A kóros játékszenvedély (patológiás gambling) kezelésével foglalkozó szakemberek tekintettel arra, hogy a betegség terápiájában az Alcoholics Anonymous felépülési programját mintázó inspiráló önsegítő csoportok, illetve csoportterápia a leghatékonyabb, a patológiás gamblinget az addikciók körébe sorolják.

A világ egyes részein szinte epidémiaként megjelenő kóros játékszenvedély előszele csak az utóbbi néhány évben érte el hazánkat. Az AIDS-el csaknem egy időben érkezett. Igaz, pénzüket,

vagyonukat elkártyázó vagy el-lóversenyző, s ezzel házasságukat, családi kötelezettségeiket, hírnevüket is kockára tevő emberek esete jól ismert a magyar szépirodalomból, sőt az utóbbi évek egyik legnagyobb mozisikerének, Koltai Róbert „Sose halunk meg” című filmjének is központi témája a főhős szenvedélyes „lovizása”. Ám az alkotók, akik sokszor maguk is ezekre a szenvedélyekre csapták el a pénzüket, főként moralizáló vagy társadalompatológiai (akaraterő hiánya, elveszett az életcél, elidegenedés), hangsúlyt adtak a jelenségnek, s fel sem merült, hogy esetenként, az adott viselkedésből eredő, szerzett, krónikus – terápiás eszközökkel kezelhető – betegségről lehet szó. Ez érthető, hiszen aligha van még egy olyan betegség, ahol a betegség alapjául szolgáló tevékenység ilyen mértékben tükrözné a társadalom értékeit s hiedelmeit. A szerencsejátékokban ugyanis a David Riches megállapítása szerint – a normálisan zajló gazdasági élet lényegi vonásai összpontosulnak s ismétlődnek. a szerencsejátékban és gazdasági életben közös az a hit, hogy az egyéni siker a valószínűségek helyes felbecsülésétől függ. „A sikeres üzletember kockázatot vállal és bizonytalanságokkal teli helyzetekben tevékenykedik, miként ugyanezt teszi a szerencsejátékos is”, írja a szerző, szerencsejátékok a normális gazdasági élet metaforái (Riches, 1986). Noha már a szocialista időszakot is a materializmust, vagyis az anyagi javak hajszolása és az anyagi gondolkodás jellemezte, a „rendszerváltás” után a fogyasztói társadalom értékrendjének uralomra jutását immár ideológiai gátak sem korlátozzák. A fogyasztói társadalomban a javak megszerzése a fő érték, s a javak birtoklása a cél. A jó élet indikátora a pénz és a gazdagság, amit versengés és mohó anyagi haszonszerzés által lehet elérni. Az önbecsülés, a beérkezett alapja a sikeres és tökéletes fogyasztói lét. Minthogy a vagyon eredete indifferens – ez alól szinte csak a köztörvényes bűnözés esete kivétel, amely negatív megítélést vált ki - , természetes, hogy az emberek keresik a pénzszerzés könnyű és gyors útjait. Kevés olyan iparág van, amely olyan látványosan fejlődött volna az utóbbi években, mint az emberek játsszási, kockáztatási és izgalmi vágyára hivatkozó szerencseipar. Míg a szocialista időszak állami szektorhoz tartozó szerencsejátékait (totó, lottó, lóverseny, sorsolási játékok) az állandóság jellemezte, addig napjainkra, amellet, hogy az említettek kínálata sokkal változatosabbá vált, új – főként magántársaságok által bevezetett és üzemeltetett játéktípusok (kaszinók, fogadóirodák, bingó, pénznyerő-automaták) is megjelentek. Különösen a javarészt illegálisan mű-

ködő pénzbedobós játék automaták, a „félkarú rablók” terjedtek el. Az első kóros játékszenvedély okán jelentkező pácienseink is a „félkarú banditák”-ért borzongók köréből kerültek ki. (Az elnevezés onnan ered, hogy a 30-as években, amikor Amerikában bevezették, egy indián vagy cowboy figura karját kellett meghúzni a játékban.) „A szerencse vak, lehet, hogy éppen feléd fordítja bőségszaruját a keveseket magához emelő istennő”, hirdetik a szerencseipar reklámszakemberei. S a kártyalap, kocka vagy rulett golyó nem csupán az anómiás helyzetű emberek számára ígéri Fortuna istennő kegyét, de a magyar történelmi tapasztalat is az ilyen típusú meggazdagodás eshetőségét tekinti leginkább elérhetőnek. Ahogy a magyar tőkés már a múltban is – amint ezt Mikszáth Kálmán híres regényhőse (Noszty fiú esete Tóth Marival) Tóth Mihály esetében is láthatjuk -, külföldről érkezik, s ott szerzi a vagyonát, úgy manapság is sokkal inkább a külföldi vállalkozóhoz kapcsolódik a bank vagy ipari tőke szakszerű gyarapítási képességének képzelete, mint a Magyarországon élő emberekéhez. A honi magyar emberről a fantasztikus vagy nem becsületes úton való pénzszerzést vagyunk hajlamosabbak feltételezni. Nem csoda, hogy 1992-ben szinte az egész országot lázba hozza a „pilóta-játék”, a „7 Törzs Alapítvány” s a hozzájuk hasonló, viszonylag kevés pénz befizetése után rendkívül busás megtérülést ígérő akciók. Szerencsejátékban „megütni a főnyereményt”, ez az egy csapásra történő meggazdagodás fantasztikus és romantikus módja. Nem véletlen tehát a szenvedélyes szerencsejáték üzés elterjedése nálunk. Mindez természetesen önmagában még se nem rossz, se nem jó. Mindenesetre a szerencsejátékok bizonyos mértékű elterjedése szükséges ahhoz, hogy a patológiás gambling esetei egyáltalán megjelenhessenek. Munkahelyemen csupán 1992 végén jelentkezett az első olyan páciens, akinek fő problémája a kóros játékszenvedély volt. Munkanélküli-segélyét nyelték el rendre, az utolsó fillérig a játék automaták. A következő évben már hárman kértek segítséget emiatt. Valamennyien hozzátartozó közbenjárására. Az idevágó epidemiológiai vizsgálatok szerint a patológiás gambling mind az Egyesült Államokban, mint Nagy-Britanniában nagyon elterjedt, a különféle felmérések a népességben 1-3 százalékra teszik az előfordulási gyakoriságát (*Cornish, 1978., Culleton, Lang 1985*). A szerencsejátékokra költött pénzeszegek különösen az utóbbi 10 év során nőttek szembetűnően, és közben számos formája vált rendkívül népszerűvé az ifjúság körében (*Aasved, Laundergan, 1993*), úgy vélem, nálunk is számítani kell

a kóros játékszenvedély által érintett páciensek növekvő számban való megjelenésére. Ezzel a tanulmánnyal részben a szakirodalmi tájékozódásban, részben pedig abban szeretnénk segíteni a szakembereket, hogy ne érje őket teljesen váratlanul, ha ezzel a kórformával találkoznak. A következőkben főként a patológiás gambling pszichológiai sajátosságaival, a vele kapcsolatos tagadás formáival és vetületeivel, s a kezelés főbb kérdéseivel foglalkozom.

## II.

Az első tudományos vizsgálódásra is ihlető, a szakirodalomban gyakorta idézett patológiás játékszenvedéllyel foglalkozó mű F. M. Dosztojevszkij „Egy játékos naplója” című, 1867-ben írt regénye (*Dosztojevszkij, é.n.*) Ha a regény pszichológiai motivációiról szóló megállapításai (nyerési vágy) túlságosan egyszerűek is, a kóros nyereségvágyó testi-érzelmi állapotának, gondolkodásmódjának leírásai nagyon találóak. („Én magam játékos voltam: ezt ebben a pillanatban erősen éreztem. Kezem, lábam reszketett, fejem szédült”, „rettenetes erőt vett rajtam a kockáztatás szomja”, De miért ne tudnék én újjászületni? Csak egyszer életemben legyen számító és türelmes – és minden megvan! Csak egyszer legyen erős akaratom s egy óra alatt alaposan megváltoztatom a sorsomat. Fő dolog az erős akarat!”) Amint a regényből megtudható, a játékos élete nem „igazi”, nem az „itt és most”-ban, nem a jelenben zajló, hanem csak készülődés az eljövendőre, az igazira. Mint ismert, Dosztojevszkij azután kezdett el szenvedélyesen ruletkezni, hogy elhagyta őt Polina Szuszlova, a nihilista diáklány. Először háromszor egymás után nyert, mégpedig igen jelentős összeget. Ezt még aznap el is vesztette, sőt szinte mindenét, s attól fogva végül mindig vesztesen állt fel a asztaltól, ahányszor csak játszott. Anna Dosztojevszkaja visszaemlékezéseiből további adatok ismerhetők meg (*Dosztojevszkaja, 1989*). Megtudhatjuk belőle, hogy a játékszenvedély az író bátyjának halála után hatalmasodott el. Több helyen is olvashatók utalások arra, mennyire bízott Dosztojevszkij a saját kidolgozott „játékszisztémájában”, amely szerinte tökéletesen helytálló és biztos sikerhez vezető lett volna, ha kevésbé idegesen, lobbanékonyan és szélsőségesen alkalmazza. A biztos nyeresésre hivatkozva, végül mindent, amit csak lehetett – felesége bundáját, az egykori nászajándékot stb. – kockára tett. Az emlékiratokból az is nyomon követhető, ahogy az asszony a kontrolláló és bevonódó magatartástól (pl. könyörgött, ne menjen

többé játszani, férjét „szobafogságra” ítélte) eljut az egészséges feladásig („rájöttem, hogy ez nem egyszerű „akaratgyengesége”, hanem mindent elnyomó szenvedély, valóságos elemi csapás, amellyel még erős jellem sem bír megküzdeni. Ebbe bele kell törődni, a játékszenvedélyt olybá kell venni, mint egy súlyos betegséget, ami ellen nincs orvosság”). Éppen ez a megértő, ám sem a kontrollt, sem a felelősséget átvenni nem akaró hozzáállás az, amelyet manapság a szakemberek is ajánlanak a hozzátartozók számára. Azt hiszem, ennek az attitűdnek fontos szerepe volt abban, hogy az író, több mint tíz év után, képes volt véglegesen szakítani a játékkal.

A kóros játékszenvedély lélektanával elsőként pszichoanalitikusok foglalkoztak behatóbban. Edmund Bergler szerint – aki könyvet írt a tárgykörben – a betegség fő motívuma a tudattalan vesztési vágy (Bergler, 1936, Bergler 1958). Ennek kórháttérében, állítja Bergler, a gyermek megalomán énjének, „omnipotens magus” önképének traumatikus frusztrálódása áll. A „realitás elv”-vel megbirkózni nem tudó gyerek, felnőtté válva, szerencsejátékot űzve, nem tudatosan, tiltakozik a logika, az értelem, a mértékletesség, az erkölcs és a lemondás ellen. A szerencsejáték kelti életre nála a régi, gyermekkori grandiózus és megalomán fantáziákat. Ugyanakkor a kóros szenvedély szükségszerű komponense a vesztés. Ennek az a magyarázata, hogy a megalomán törekvéseiben akadályozott gyermek szülők és nevelők elleni agressziója tiltva volt. Ráadásul a gyermeknek szüksége van a felnőttekre, tehát az agressziót eleve meglévő belső erők is tiltják. Ezért minden agresszió érzéshez egyfelől büntudat, másfelől az agresszió elfojtása, önmaga felé fordítása, s ebből következő önbüntetés, pszichikus mazochizmus, a legyőzetés, megaláztatás, elutasítás és fájdalom iránti tudattalan vágy kapcsolódik. Mazochisztikussá válva immár az egyébként örömtelen és kellemetlen lesz az örömteli számára. Ám legott megszűnne mazochista lenni, ha ez beismerné. Emiatt, a mazochisztikus örömeiket, álagressziót mutatva tagadja. Így jön létre a következő jellegzetes, három jelenetben zajló, dramatikus szekvencia.

1. viselkedésével, aktivitásával öntudatlanul elutasítást, alulmaradást provokál (amit a kártyapartner, a rulett asztal vagy a pénzhalom megtestesíthet),
2. az alulmaradás, elutasítás felháborodást vált ki benne,
3. a kíméletlen, komisz elbánás miatt mély önsajnálatot él át.



Egy másik pszichoanalitikus, Greeson szerint, a patológiás szerencsejátékos tudatos szinten rendíthetetlenül hisz abban, hogy neki győznie kell. Minden játékos kidolgoz egy időről időre változó, biztos győzelmet ígérő, látszólag logikus, valójában babonás „szisztémát”, amelyet ráadásul soha nem képes követni (Greeson, 1947). E szisztéma könnyen átáramasztható különféle „aranyigazságokkal” (Pl. „A legnagyobb kockázat az, ha semmit sem kockáztatsz”, „Nagy és emlékezetes tett nincs kockázat nélkül”, „Csak az nyerhet, aki kockáztat”). Ez az okoskodás az önsajnálattól fakadó erkölcsi jogcímmel párosulva biztosít azután alibit a játék folytatására.

A problémát elsősorban elméletileg megragadó pszichoanalitikusok csak szórványosan kezelték patológiás szerencsejátékosokat, és speciális kezelési rendszer építését sem vetették fel. E feladat megoldására először 1957-ben Los Angelesben alapított Gamblers Anonymous (GA) spirituális önsegítő mozgalom vállalkozott. A GA létrejöttét 1960-ban a betegek hozzátartozóit tömörítő Gam-Anon csoportok megalakulása követte. A közfelfogástól magát elhatároló, társadalmi aktivitást nem folytató, a tagok belső szükségleteire, talpra állására koncentráló spirituális mozgalom kiegészítőjeként 1972-ben hívták életre a kompulzív szerencsejátékosok érdekvédelmi tanácsát (National Council on Compulsive Gambling). Ez az intézmény kutatási, egészségnevelési és kezelési célok megvalósítása érdekében intenzív közösségbefolyásoló, lobbizó, pénzforrásokat mozgósító aktivitást fejt ki. A tanács munkálkodásának köszönhető az, hogy a kóros játékszenvedély helyet kapott a hivatalos egészségügyi nozológiában. S a tanács kiadásában jelenik meg – egy másik társaság, az Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming által is támogatva – 1984 óta, évente négyszer, a *Journal of Gambling Studies* című folyóirat.

A GA felfogása szerint a patológiás gambling elsősorban érzelmi probléma. A kompulzív szerencsejátékos jellegzetes vonásai közé tartozik a valósággal való szembenézés képtelensége, a realitás elől a játék álmvilágába történő menekülés, az érzelmi biztonság hiánya (jószerivel csak játék közben jó a közérzete), s a felelőtlen, éretlen, nagyobb erőfeszítéseket nem vállaló viselkedés. A szenvedélyes szerencsejátékos gyakorta fantáziál arról, hogy majd nyer és „fejes”, „nagykutya” válik belőle, s akkor nagy emberbaráti tetteket visz végbe. Ezek az álmok teszik lehetővé számára az élet elviselését. A GA mozgalomban felhalmozódott tapasztalatok arról tanúskodnak, hogy hiába játszik csak periodikusan a játékos, gondolkodása és érzelmi állapota a szünetek ideje alatt sem tekinthető normálisnak. Amikor nem játszik, akkor sem konstruktív a gondolkodása, s akkor is ingerlékeny, ideges, feszült, határozatlan, amivel tovább rontja az amúgy is elromlott kapcsolatait (Gamblers Anonymous, 1984).

Több gamblinggel foglalkozó kiadványban található meg a GA önbecsülő kérdőíve. Az alábbi kérdőív alapján az tekinthető kompulzív szerencsejátékosnak, aki a 20 kérdésből legalább hétre igennel felel (*What is GA?*, 1991.)

1. Játszottál-e már a munkaidőd rovására?
2. Előfordult-e valaha, hogy a játék miatt vált gondterheltté az otthoni életed?
3. Érintette-e már a jó híredet a játék?
4. Éreztél-e valamikor lelki furdalást a játék után?
5. Játszottál-e valaha is azért, hogy fizethesd az adósságaidat, illetve így oldd meg az anyagi nehézségeidet?
6. Gátolt-e a játék a törekvéseidben és abban, hogy hatékony legyél?
7. Vesztes után érezted-e azt, hogy minél előbb vissza kell menned, s visszanyerned, amit veszítettél?
8. A nyeresédet követően éreztél-e erős késztetést arra, hogy minél előbb visszatérj, s még többet nyerj?
9. Gyakran előfordult-e az, hogy eljátszod az utolsó filléredet is?
10. Kértél-e valaha kölcsön azért, hogy játszhass?
11. Adtál-e már el bármit is azért, hogy legyen pénzed játszani?
12. Előfordult-e, hogy a mindennapi kiadások rovására szerrettél volna „félretenni a játékra”?
13. Megtörtént-e, hogy a játék miatt nem törődtél megfelelően önmagaddal vagy a családdal?
14. Játszottál-e valaha hosszabb ideig annál, mint ameddig tervezted?
15. Játszottál-e valaha azért, hogy így menekülj el az aggodalmaid és a gondjaid elől?
16. Pénzt szerezni a játékra, tettél-e már valami törvénysértőt vagy fontolgattad-e, hogy teszel?
17. Zavarta-e a játék az alvásodat?
18. A veszekedések, csalódások vagy feszültségek arra késztetnek-e téged, hogy játssz?
19. Érezted-e már azt, hogy bármi jót, ami csak ért, játékkal kellene megünnepelned?
20. Gondoltál-e arra, hogy tönkremehetsz a játék következtében?

A GSM-III-R szerint évek óta fennálló, kedvezőtlen személyes, szociális, családi, pénzbeli és munkahelyi következményekhez vezető, a játék akadályoztatása esetén nyugtalansággal, ingerlékenységgel járó, ismételten visszatérő mértékvesztő szerencsejáték üzés előfordulása esetén diagnosztizálható patológiás játékszenvedély. A kórisme kimondásához a következő kilenc tünetből legalább négynek a fennállása szükséges.

- I. Gyakori belemerülés a játékba vagy a játékra való pénzszerzés kérdésébe.
- II. Gyakori a játék a tervezettnél nagyobb összegben vagy hosszabb ideig
- III. A kívánt izgalom eléréséhez, a tét emelésére vagy gyakoribb fogadásra van szükség.
- IV. Nyugtalanság és ingerlékenység a játék akadályoztatása esetén.
- V. Ismételt pénzvesztések a játékban, s visszatérések másnap, visszanyerni az elvesztettet. („Úzöttség”)
- VI. Ismételt erőfeszítések a játék mérséklésére vagy abba-hagyására.
- VII. Társadalmi vagy foglalkozási elvárások, követelmények esetében fokozódik a játék.
- VIII. A játék kedvéért néhány fontos szociális, foglalkozási vagy rekreációs tevékenység feláldozás.
- IX. A játék miatt kialakult, a beteg által ismert jelentős szociális, foglalkozási problémák vagy törvénybe ütköző cselekvések, s az adósságok visszafizetésének képtelensége ellenére tovább folytatja a játékot (APA, 1987).

Nincs kizárólag, csak a kóros játékszenvedélyre jellemző személyiségstruktúra vagy tipikus pszicho-dinamika, de megállapíthatók jellegzetes pszichológiai sajátosságok. Martin C. McGurrian szerint ezt az addikciót az extrém önbizalom és a mély kétely váltakozása, az intim kapcsolatok kialakításának és fenntartásának fogyatékosága, beleértve ebbe a csökkent szexuális aktivitást is, és néhány vonatkozásban speciális gondolkodási beállítódás jellemzi (McGurrian, 1992). Ez utóbbival manapság főként a kognitív pszichológia képviselői foglalkoznak. Mark D. Griffiths úgy véli, hogy a patológiás szerencsejátékosok hajlamosak lebecsülni a késleltetett jutalmazás révén elérhető eredményeket. Szerinte a játékosok gondolkodása elsősorban abban a tekintetben torzult, hogy illúziót táplálnak a játék kontrollálhatósága iránt, s azt hiszik, az eredmény az ő ügyességüktől függ. Emiatt készek magyarázatokkal szolgálni arra, hogy miért nem sikerült nyerniük. Önsajnálataikat a „majdnem nyertem” beállítódással mélyítik, ami egyúttal jogcím a játék folytatására (Griffiths, 1990). Pamela Mobilia arra a kognitív torzításra hívja fel a figyelmet, ami a statisztikai determinációnak a személyes sors előrejelzésére történő helytelen kiterjesztéséből adódik. (Mobilia, 1993). Pedig éppen ab-

ból a tényből, hogy a szerencsejátékok a valószínűség módszereivel tárgyalhatók, következik, hogy a játékosoknak semmilyen befolyásuk nincs a játék kimenetelére. A statisztika szerepe fontos lehet, amikor az ember az általában legmegfelelőbb eszközt akarja kiválasztani a pénzszerzésre. Bárhogy dönt is azonban, a tömeges dolgokra vonatkozó statisztika érvénye nem terjed ki az egyén döntésének kimenetelére.

A néprajzkutató Molnár V. József hívta fel a figyelmet arra, hogy a mágia „narkoelemes” formái mennyire veszélyes mértékben vannak jelen társadalmunkban (Molnár, 1992). Maga a mágia pedig, a babonával és áltudománnyal együtt – amint ezt Buda Béla is hangsúlyozza – világjelenség (Buda, 1994). A mágia, amelynek célja a természet és az emberek feletti uralom megszerzése, manapság sok tekintetben a pénzhez kapcsolódik. Már a korai kapitalizmus értékrendjében a szenvedélyes takarékoság volt a szinte karaktervonássá vált emberi jellegzetesség. A fogyasztói társadalom pedig egyszerre sarkall kényszeres pénzszerzésre és látványos pénzköltésre. Egy század eleji mondás szerint „a férfit az Isten arra teremtette, hogy pénzt csináljon, a nőt pedig arra, hogy a pénzt megtakarítsa”. A század végéhez érve, úgy tűnik, a pénz maradt a „teremtés” centrális mozzanata, csak a hangsúly mindkét nemnél a megtakarításról a költésre tevődött át. Az általam ismert patológiás szerencsejátékosok esetében a mágikus gondolkodás számos eleme (az egyes esetből történő általánosítás, annulláció, csodavárás, naív hit abban, hogy „számmisztika” segítségével megpillantható a jövő, s ezáltal megváltoztatható az idő stb.) volt megfigyelhető.

Kenny R. Coventry és Iain F. Brown az izgalmat kereső készletetést tartják a kóros gambling központi vonásának. Úgy vélik, a játékos a korai évek deprivációjából eredő haragot és szorongást szeretné kompenzálni a játék örömteli izgalmával. Állításukat kérdőíves vizsgálattal is igyekeztek igazolni (Coventry, Brown, 1993). Grastyán Endre szerint a technikai civilizáció jellegzetes korérzése az unalom, amely méreteiben elérheti a környezetszennyezés és természetpusztítás határait. „Megállapításának és elhárításának – írja Grastyán – elméletileg két alternatívája kínálkozik. Egyik az, amelyet Huxley „Szép új világ”-ának víziója kínál, az intézményesített kábítószer-használat és egy hagyományos eszköz, az alkohol. A másik alternatíva a játék – a legtágabb értelemben véve”. (Grastyán, 1983).

Henry R. Lesieur a patológiás gambling pszichodinamikájában az önmaga ellen fordított agresszió szerepét hangsúlyoz-

za. A játékos képtelen igazi autonómiára, arra, hogy felelősséget vállaljon a saját vágyaiért és szükségleteiért, ám arra sem képes, hogy elismerje függőség igényét. Kamaszkorában megtanult úgy manipulálni, hogy ártalmas, szüleit bántó viselkedéssel hívja fel magára a figyelmet. Így megőrizte az autonómia látszatát, ugyanakkor nem kellett teljesen leválnia a szüleiről. Felnőtté válva más tekintélyfigurák vagy maguk a játék kellekei megtestesíthetik számára a lázadásra készítő szülőket. A játék, melyben egyszerre vannak jelen a személyesség és személytelenség az előreláthatóság és a kiszámíthatatlanság, a szabályos és a véletlen mozzanatai, kedvező alkalmat ad a passzív-agresszív késztetések, a neheztelés megjelenítésére és az előidézés halogatására (*Lesieur*, 1984.)

Durand f. Jacobs általános addikció elmélete szerint minden szenvedélybeteg alapvető törekvése egy megváltozott identitásállapot elérése. Az addiktív szer vagy aktivitás révén a szenvedélybeteg, önindukált disszociatív állapotba kerülve, elhatárolja magát a mindennapi valóságától. Ez az önpercepciót pozitívan változtató állapot megfelel a beteg idealizált önképének. Mindazok számára, akik gyenge önbizalommal és negatív önképpel rendelkeznek, az addiktív tevékenység által elért disszociatív állapot dramatikus önkép-javulásához vezet. E hatás miatt ragaszkodnak aztán mindenáron a szenvedélybetegek, így a szerencsejátékosok is, a választott szerhez vagy aktivitáshoz (*Jacobs*, 1986).

### III.

A megváltozott identitásállapot rendszeres, zavartalan elérését főképpen a tagadás én-védő mechanizmusa biztosítja. A tagadás egy olyan pszichológiai elhárító mechanizmus, amelyet az jellemmez, hogy a páciens a tények és bizonyítékok ellenére sem hiszi el vagy egyenesen cáfolja azt, hogy problémái vannak. A tagadás problematikáját elsősorban az alkoholizmus esetében vizsgálták behatóan. Az alábbiakban az alkoholizmus tekintetében tett megállapításokat töreksem kiterjeszteni és alkalmazni a patológiás játékszenvedély esetére. A játékos tagadásán túl igyekszem azt is megmutatni, ahogy a probléma tagadása a mindennapi élet szinte minden területére, annak integráns részét képezve, kiterjed.

A tagadás állandósulását, „bevésődését” kettős megerősítés, részben a permanens veszteség, részben a kontroll illúziója teszi lehetővé. Mint ismeretes, a tagadás mindig része a hirtelen stressz hatására bekövetkező pszichológiai változásoknak. Elisabeth

Kübler-Ross vizsgálatai óta közismert, hogy a jelentős veszteségek (halál, válás, elbocsátás, súlyos baleset stb.) mindig először tagadást, elutasítást váltanak ki, amit normálisan a harag, az alkudozás, a depresszió és végül a belenyugvás stádiumai követnek. A tagadást negatív érzelmek (félelem, merevség, bizalmatlanság, elkeseredettség) kísérik. A játékszenvedély rabja folyamatosan veszít, sőt egyre többet. A szüntelen veszteség pedig folytonos tagadást tart fenn nála. Mivel pedig tagadja a betegség tényét, így küzdeni sem képes ellene. A veszteség a tagadás kettős megerősítésének negatív komponense. A másik összetevő a kontroll érzése. A játékos játék közben, amint már említettem, izgalmat, pozitív önkép-változást él át, amihez kedvezően megváltozott közérzet és hangulat társul. Ezzel rátalált a közérzet-szabályozás egy módjára, a saját érzések szabályozásának mámorító érzésére. Igaz, az utóhatás, a veszteség miatt negatív, tehát a kontroll mégsem teljes, de a játék hat. Ezért újra keresi a játékot, a pozitív hatást, míg a negatív eseményeket külső tényezőkkel magyarázza. A veszteségek miatt mind lejjebb csúszik a lejtőn, s magára maradván egyre inkább a játék kezdi játszani számára a „bizalmas jó barát” szerepét. A végén már soha nem érzi jól magát, de a játék így is hat és segít abban, hogy legalább enyhüljön a rossz közérzet. Ahogy élete egyre szomorúbb fordulatot vesz, már szinte csak a játéktól remél átmeneti enyhülést, s kapaszkodik is bele, mint fuldokló a szalmaszálba.

A tagadás jelenségvilágának pontosabb vizsgálata vagy didaktikusabbá tétele céljából különféle csoportosítások születtek. Jeffrey Goldsmith és Bonnie Green egy nyolc fokozatú értékelő skálát készített a tagadás erősségének mérésére (Goldsmith, Green, 1988). E tesztvizsgálat alapján prognosztizálható a kezelésből történő kimaradás veszélye, s a terápiás fejlődés is lemérhető belőle (Newsome, Ditzler, 1993.) Robert Lefever kategorizálása a vezető pszichológiai folyamatok számbavételén alapul (Lefever, 1988). Segítségével nemcsak a szerencsejátékos tagadása, de a hozzátartozókat, a munkahelyeket, az egészségügyet és a társadalmat (önkormányzatot) szintén jellemző tagadás is jól szemléltethető.

*A tagadás főbb formái a kompulzív szerencsejátékos esetében:*

*1. Egyszerű tagadás:*

Ebben az esetben kereken elutasítja azt az állítást, hogy neki bármiféle, akár szerencsejátékkal kapcsolatos, akár attól független gondjai lennének. Perceptív elhárításról van tehát szó. „Meg-

oldom én a dolgaimat” – mondja elutasítóan minden segítő kezdeményezésre a páciens.

### 2. Kicsinyítés:

Elismeri ugyan a problémái létezését, ám ezeknek nem tulajdonít nagyobb jelentőséget, s azt sem fogadja el, hogy a gondjai szükségképpen a játékszenvedélyével függenek össze. „Aki igazán betege a játéknak, az többet játszik, s többet veszít, mint én” – állítja.

### 3. Vádlás:

Elismeri, hogy jelentős nehézségei vannak, de bármi mást hajlandó ezért felelőssé tenni és vádolni, csak a szerencsejátékot nem. „Ha szeretnél engem...” – hibáztathatja pl. a házastársát, elhárítva ezzel magától a felelősséget.

### 4. Racionalizálás:

Elismeri, hogy sokat játszik, s ebből problémái is adódnak, de erre különféle mentségeket, kifogásokat, alibiket keres. „Legközelebb majd jobban csinálom” – csapja be magát, s másokat.

### 5. Intellektualizálás:

Elismeri a problémáit, s azt is, hogy sokat játszik, de a gondok átélése helyett, inkább csak elméletileg foglalkozik a kérdéssel. „Mi is az a kóros játékszenvedély egyáltalán?”, „Létezik-e ilyen?”, „Lehet-e definiálni voltaképpen?”, „Megnevezhető-e az oka?” stb. felvetésekkel és „igen, de...” fordulatokkal zárkózik el attól, hogy érzelmi-  
leg is megérintse őt a gond. Kérdéseivel és beszédmódjával kiválasztja azt a fragmentáló és reduktív látásmódot, ahogyan ő látni szeretné a dolgokat.

### 6. Elterelés:

Játékszenvedély és annak következményei helyett valami más tárgyra próbálja terelni a figyelmet. „Az én igazi bajom az...” – mondhatja, egy más kérdést állítva a beszélgetés fókuszába.

### 7. Ellenségesség:

A játékszenvedély és következményeinek bármiféle összefüggésben történő említése esetén nagyon ingerültté, dühössé és támadóvá válik. Elég ehhez csak kiejteni a „játék”, „tét”, „fogadás” stb. szavakat.

A tagadó hozzátartozó esetében is nyomon követhető a tagadás előbb említett hét formája. Egy család életében természetesen nemcsak a szerencsejáték szerepét lehet tagadni, hanem sok más dolgot, így például az életciklusok szükségességét, az új fejlődési szakasz kihívását is. Ám azokban a családokban, ahol az egyik tag szerencsejátékos, rendszerint éppen ennek tagadása a fejlődést akadályozó elsődleges gond. (Szándékosan nem fogalmazok

úgy, hogy szerencsejátékban „szened”, mert ez a megfogalmazás elkendőzi azt a tényt, hogy a páciens, ahogy a másféle szenvedélybeteg is, az adott magatartása következtében kapja meg ezt a kórt). A hozzátartozók közül a házastársa tagadását egy *triangulációs* mechanizmus is fokozza. Amint ez a családterápia gondolköréből jól ismert, a páros (diádikus) kapcsolatok nagyon ingatagok, labilisak. Megerősödésüket gyakran egy harmadik stabilizáló tényező bevonása teszi lehetővé. A bevont harmadik komponens védi a párt attól, hogy konfliktusai eszkalálódjanak, s tönkretegyék a viszonyt. Ez a harmadik tényező, adott esetben, lehet a szerencsejáték. Csakhogy a játékos szenvedélybetegségnek kifejlődésével egy döntő súlypont áthelyeződés következik be. Amíg eleinte az alapvető kapcsolat a pár két tagja közt húzódott, addig a későbbiekben egyre inkább a játékos-játék viszonya válik lényegessé. Ahogy játékos-játék kapcsolat, a játszás negatív következményei, egyre nyilvánvalóbbakká válnak, a kapcsolat megőrzése érdekében mind jobban szükség van egy stabilizáló harmadikra. Ekkor már nem más, mint maga a házastárs tölti be a triangulált szerepét. Mindez akkor válik nyilvánvalóvá, amikor a házastárs képessé válik az elhatárolódásra, a háttérbe húzódásra. Ezzel ugyanis sokkal láthatóbbá válik a játékos-játék viszonyának súlyos, de elhárított konfliktusa.

A szerencsejátékot űzők családtagjai is gyakran folyamodnak a perceptív elhárításhoz („a mi családukban nincs probléma”), a minimalizáláshoz („elég erő van a mi családukban, hogy megoldjuk ezt”), az externációhoz („a munkanélküliség, a kormány, a szegénység stb. az oka”, vagy esetleg saját magukat vádolják a családtag játéka miatt), a racionalizáláshoz („rossz társaságba keveredett”), az intellektualizáláshoz (apró különbségek keresése, amelyek nem illenek rá az „igazi” szerencsejátékosra), az eltereléshez („a családnak egészen más a valódi problémája”) és a hosztilitáshoz (szinte kikel magából, mint aki nagyon meg van sértve).

A *munkahely tagadásának* egyszerű formája az, amikor a vezetők egyszerűen elzárkóznak a probléma tudomásulvétele elől, azt állítva, hogy ez teljesen a privát szférába tartozó kérdés. „A munkáját ellátja, nem ránk tartozik, mit csinál a szabad idejében”, mondhatják, hozzátéve, hogy „végül is a munkahelyi kasszához, a kávépénzhez nem nyúl hozzá”. A kicsinyítés példája az a hozzáállás, hogy „tudunk róla, hogy kölcsön kér és eljátssza azt is, de mi ebbe nem szólhatunk bele, egyébként sem a munkahely dolga ezt megoldani: Vannak fontosabb dolgaink is”. Az a ki-



jelentés pedig, hogy „nehéz helyzetbe kerültünk, nem csoda, ha ez történt” már magában rejtí a vádaskodás eshetőségét. „Ki tudná ezt játék nélkül elviselni”, „nincs akaratereje”, „nehéz gyermekkorra volt” racionalizálhatja ilyen módon a munkahely vezetője a szenvedélyesen játszó dolgozó magatartását. „Ki lesz a felelős a megbélyegzésért, ha kiderül, hogy téves a játékszenvedély diagnózis?” kérdés mintázhatja a munkahely intellektualizáló hozzáállását. Másfelől ara is hivatkozhat, hogy pl. az alkoholista esetében előfordulhat másnaposság, vagy a munkahelyi ittasság, amellyel szemben tényleg el kell járni. De a játékos esetében nincsenek ilyen fellépést indokló tünetek. Az elterelés egyik módja lehet a kezeléssel járó bonyodalmakra, jövedelem-kiesésre történő hivatkozás. S végül, ellenséges viszonyulást jelez az, amikor a munkahelyi vezetés – főként, ha maga is hazardíroz a cég javaival – „a vállalat lejáratásának” szándékát látja a szerencsejáték problematikájának felvetésében.

Számos megnyilvánulási módja van az *egészségügy tagadásának* is. Sem maga a kóros játékszenvedély, sem pedig összefüggései nem szerepelnek a szakemberek képzésében. Nem csoda, ha a szakemberek így nem is ismerik fel a problémát. Ám ha mégis felismerik, és megkísérlik kezelni, akkor sem jobb a helyzet. A szerencsejátékos ugyanis, ahogy az addiktok általában, elutasítja a szakembert. Az elutasított szakember pedig vagy lemond a segítségnyújtásról, vagy pedig tagadja azt, hogy egyéni erőfeszítéseinek praktikusán alig van értelme. S mert tagad, tovább folytatja az eredménytelen erőfeszítéseket. Meglehet, hogy egy kedvenc külön elmélete is van a játékszenvedélyről, amely esetleg azt is implikálja, hogy nem lehet igazi beteg az, aki magának okozza a bajt. De felmentheti magát az „időnyomásra” hivatkozva is a probléma reális érzékelésének és a valóban segítő intervenciók megismerésének feladata alól. Végezetül pedig hozzáállhat ellenségesen is a jelenséghez. Például úgy, hogy igyekszik megszabadulni minden olyan páciensről, aki a játékszenvedély foglya.

A társadalmi hozzáállást tükröző és kifejező *önkormányzatok tagadásának* is számos megnyilatkozása ismeretes. Egyfelől nem ritkán hajlamosak tévesen azt feltételezni, hogy minden csavargó, hajléktalan és munkanélküli, aki csak a „félkarú rablók” előtt ácsorog, az betege a játéknak. Másfelől a kollégáik és hozzátartozóik között a képviselő-testület, s különféle bizottságok tagjai nem ismerik fel a játékszenvedélyt. Találkoztam már olyan kijelentéssel is, hogy „a mi vidékünkön csak a máshonnan idejött alakok félkarúznak”. Sajátos ambivalenciát tükröz az, amikor a testületi

üléseken éles kritikák hangzanak el a játék automaták s játéktermek üzemeltetői – a „bárók” – ellen (valóban nagyon sok az illegális nyerőautomata), ugyanakkor a bírságolásra hivatott önkormányzatok, különösen a kisebb településeken, vonakodnak a maximális büntetés kiszabásától, illetve az automaták elkobzásától. Mindamellett időnként azt képviselik a döntésre illetékesek, hogy jár az embereknek ilyenféle kikapcsolódás. Az viszont fel sem merül, hogy olyan szakembert is meg kellene hallgatni, aki speciális tudással és tapasztalattal rendelkezik ezen a területen. Úgy tűnik, az emberek gyakorta „hivatalból” szakértőnek tekintik magukat a játékszenvedély kérdésében, s ennek megfelelően, felkészültség híján is, bátran nyilatkoznak a rádióknak, tv-nek, újságoknak stb. a jelenség sajátosságairól. S természetesen előfordul agresszív hozzáállás is, amikor pl. azt mondja a hivatal képviselője: „szóval maga szerint mi szerencsejátékokra verjük el a pénzüket! Minden élvezetről mondjunk le talán?!”

Noha nem minden szakember tartja a tagadást az addikciók mechanizmusának, mégis ez a kategória tűnik egy olyan értelmező keretnek, amely nemcsak a szenvedélybetegről szóló adatok ésszerű elrendezését teszi lehetővé, de a terápia irányát, s haladását is világosan megmutatja (Brissett, 1988).

#### IV.

A tagadásnak az élet mikro- és makro-szféráit átható jellege miatt a kezelésnek is átfogónak, multimodálisnak kell lenni. A páciens egyénre szabott, de több dimenziós és szükségképpen közösségben folyó terápia mellett fontos a család támogatása, valamint a munkahelyek érzékenységének felkeltése szerencsejátékokot űző dolgozói segítése iránt. Lényeges továbbá a társadalom informálása a probléma reális súlyáról, az állam által támogatott vagy tolerált szerencsejátékok következményeiről és a kívánatos politikai lépésekről. Ezen felül szükség van a családvédő szolgálatok, a fiatalok nevelésében érintett intézmények és a büntető, bűnmegelőző szervezetek dolgozóinak speciális képzésére, hogy segíteni tudjanak talpra állni a beteges mértékben játszóknak.

A páciensek kezelését célszerű egy megfelelő programmal és szakemberekkel rendelkező fekvőbeteg intézményben kezdeni. A tagadás miatt ugyanis csak abban az esetben ismerik el, hogy segítségre szorulnak, amikor már nemcsak egyéni, de családi, munkahelyi és anyagi vonatkozásban is egyaránt csődbe jutottak.

Ahogy a mély krízisig lépcsőfokokon át érkeztek el, úgy a felépülésnek is megvannak a maga stádiumai. Az egyre súlyosbodó kórfolyamat első lépcsőfoka a rövid ideig tartó *nyerés*, a második a *vesztés*, a harmadik pedig a *reményvesztettség*, mely utóbbi aztán a teljes összeomlásba torkollik. A krízisállapotba jutott játékos szorong, depressziós, öngyilkossági készletesei vannak és gyakran folyamodik alkoholhoz vagy kábítószerhez. Emiatt kerül kórházba. S ez a pillanat a megfelelő alkalom arra, hogy az intenzív, illetve akut ellátás után speciális addiktológiai részlegre küldjék. R. L. Custer *dinamikus felépülési modellje* szerint a talpra állás az átmenet *kritikus* fázisával kezdődik, amit a korai *újraépítés* szakasza követ, majd később a *növekedés* fázisa zárja a sort (Custer, 1986). Minden felépülési fázishoz sajátos, megoldandó feladatok tartoznak. A feladatok egy része a játékkal, másik része elrendezésre váró életproblémákkal, a harmadik része pedig az attitűd változásával kapcsolatos.

A felépülés felé vezető átmenetben természetesen a játék abbahagyása jelenti a határkövet. Ettől azonban még nem jön rendbe az elrontott családi élet, s nem tér magától vissza a munkában elvesztett reputáció sem. A szerencsejátékot abbahagyó szinte annyi gondoskodásra és törődésre szorul, mint egy újszülött. Intenzív külső támasz nélkül nem volna képes az önmegegyezésre. Ezt biztosítja eleinte a kezelő intézmény multiprofesszionális szakember gárdája, majd később, egyre nagyobb mértékben, a spirituális önsegítő közösség. Ebben az időszakban nagyon fontos a biztonságos, s ugyanakkor a beteg manipulációinak elejét vevő világos keretek kijelölése és tartása. A legdöntőbb változás valószínűleg az *attitűd* terén indul el. Az új attitűdöt a játék feletti kontroll elvesztésének beismerése, az értelmetlen küzdelem feladása, a felépülés programjának, s egyfajta szenvedélybeteg identitásnak kezdődő elfogadása jellemzi. Gregory Bateson szerint a valódi felépülésben egy olyan újfajta személyes episztemológia felmerüléséről van szó, amely alapján az egyén már nem szimmetrikus és versengő, hanem komplementer viszonylatban, a nála nagyobb egész részeként szemléli önmagát. Az episztemológia magában foglalja az attitűdjeinket. Az életről szóló állításaink tudattalan kontextusát nyújtó attitűdjeinek alapján választjuk érzelmeinket és cselekvéseinket. A felépülés programjának, elveinek követése, a mellette történő elköteleződés nem más, mint a tudatosan kifejezett új attitűd. David Berenson úgy véli, hogy az attitűdváltozás igazi indikátora az, hogy a páciens kapcsolatba ke-

rült-e a szakrális dimenzióval, s érzékeli-e a mindig elérhető, megértő divinális jelenlétet. A szakrális közvetlen és egyéni tapasztalata a szubjektíven és objektíven egyaránt túlmutató metaobjektív (Berenson, 1994).

A szenvedélyes szerencsejátékos, miközben kontrollálni akarta a kontrollálhatatlant, nemcsak a játék, de élete felett is elvesztette a befolyását. A felépülés újraépítési szakaszában a fő terápiás törekvés helyreállítani a felelősséget életének ama területein, melyek valóban tőle függenek. Mivel pénz nélkül, amely a játéknak is kelléke, aligha lehet élni, újra kell tanulnia a pénzzel való bánásmódot (Brown, 1988). Először mintegy „ki kell tanulnia” rossz pénzkezelési szokásaiból, s a „nem tudok a pénzzel bánni, s ezt tudom magamról” pozícióból kiindulva megszerezni a kompetenciát. E tanuláshoz hozzátartozik pénzzel összefüggő célok felállítása és értékelése képességének elsajátítása is (pl. reálisak-e, specifikusak-e, elérhetők-e a céljaim, az enyémekek-e ezek a célok, motivált vagyok-e a megvalósításukra, megéri-e nekem, ártok-e vele másnak, mikorra akarom elérni stb.). Meg kell tanulni megkülönböztetni a rövid és hosszú távú célokat, a prioritás adást, s újratanulni a szükségletek és vágyak differenciálását. A megtanultakat aztán, az elrendezetlen adósságok kiegyenlítésének lehetőségeit felmérve, nyomban alkalmazni is kezdi a felépülőben lévő. Egy másik fontos tanulási feladat a játékra felszólító ingerek (helyek, személyek) szándékos kikerülése, s az asszertív „nem”-et mondás gyakorlása (pl. „nézd, nekem nagyon nehéz nemet mondanom, mégis nem!”) Az érzelmekkel történő foglalkozás, az érzéskifejezés tanulása terén hangsúlyos szerepet kap a „dühmunka” (pl. agresszíven „eldobálni” a rossz megoldásokat és szokásokat, alkalmas tárgyat ütve kikiabálni, „ami a szívét nyomja” stb.). A benn fekvő kezelés során, a második héten, a páciensről különválasztva – informáló, edukatív és kapcsolatépítő céllal – szokás behívni a közeli hozzátartozókat. A harmadik héten ellenben már kéri őket, hogy a páciensekkel együtt vegyenek részt a csoportterápiás üléseken. Ezekben az üléseken, megfelelő előkészítés után – Joanna Franklin és Donald Thoms tapasztalatai szerint -, gyakran derül fény családi titkokra, elrendezetlen veszteségekre, esetleg olyanokra is, melyek metaforikus jelentést kölcsönöznek a játékos vesztő magatartásának. Nem ritkán a játékot erősítő rejtett családi szabályokra derül fény (pl. „aki veszít, az a nyertes”). A hozzátartozó bevonása nem csupán e rejtett szabályok befolyásolása miatt lényeges, hanem azért is, hogy jobban megértse azt a nagyfokú belső változást, amelyen a felépülőben lévő átmegegy. Ha

ez nem történik meg, akkor nagy a kapcsolat elhidegülésének a veszélye (Franklin, Thoms, 1989).

A szerencsejátékhoz a „cinkelés” is hozzátartozik. Szemben a más lapjaiba belenéző csalóval és szélhámossal, a patológiás játékos mintha a „sors kockáit” akarná rázogatni, hogy kontrollt gyakoroljon a jövő és a véletlenszerű jelenségek felett. A felépülés spirituális feladata megbékélni akaratumk korlátaival. A mitológia nyelvén fogalmazva ez annyit jelent, hogy a páciens tanulja meg tisztelni a véletlent megszemélyesítő *Tükhét*, és a sors fonalát kézben tartó *Moirákat* is, nehogy elvakuljon, ha Fortuna mégis felkarolná.

Az átmenet és az újraépülés fázisán túljutott, a növekedés stádiumába érkező páciens élete, ekkor már új episztemológiai talajon, új attitűd alapján áll, melyet egy új kapcsolatrendszer „építménye” tesz bensőségessé, biztonságossá és azonosíthatóvá. A szerencsejátékos most már egy, a korábitól döntően különböző értékrendet, gyakorlatot és ehhez tartozó nyelvhasználatot, *diskurzust* követ. Rachel Hare-Mustin szerint ez utóbbi azért érdemel kiemelést, mert a nyelvet nemcsak használjuk, hanem kategóriái révén, amelyekben gondolkodunk, a nyelv is használ minket. A növekedésre irányuló gyógyító diskurzus a valóságot nem determinista módon, izolált struktúrákban, hanem jelentőségteljes, rekurzív kapcsolatokban határozza meg, alapvetően eltérve ezzel a kultúránk uralkodó diskurzusától (Hare-Mustin, 1994). Amíg a szerencsejátékos története korábban, amikor még játszott, a média, oktatási intézmények, s a tudást produkáló szervezetek által fenntartott domináns kultúra szabályain és forgatókönyvén alapult, addig az új történet kivonja magát a szociálpolitikai diskurzus normalizáló hatása alól. Egy újszerű valóságlátás, illetve diskurzus konzisztens működéséhez, hacsak nem pszichotikusról van szó, legalább két emberre van szükség. Ezért van szüksége önsegítő csoportra, s pszichospirituális szponzorra a páciensnek. S emiatt szükségszerű az is, hogy a terapeuta egy nem csupán támogató, de azonos - permisszív és teremtő - nyelvet is beszélő közösségben dolgozzon. Ilja Prigogine és Isabelle Stengers *disszipatív struktúrákról* szóló elmélete szerint minden egyensúlyi helyzettől lényegesen eltérő összeszerveződő képződménynek túrnie kell a bizonytalanságot, s ez nagy energia-, anyag- és információáramlást igényel. A pozitív feed-back által szabályozott, állandóan fluktuáló, amplifikálódó rendszer időről időre valamilyen előre nem látható, új megoldást nyit meg és tesz lehetővé. A tudá-

sunk előtt járó, hirtelen előtörő új megoldást nevezik *bifurkációnak* (Prigogine, Stengers, 1984).

Az új diskurzusból sorstársai és terapeuták által támogatott páciens családi köre és szociális hálóját természetesen az uralkodó materialista, determinisztikus diskurzusból él. Ha a páciens és családja nem képes dialogikus kölcsönviszonyra és együttfejlődésre, úgy közös identitásuk kétségessé válik. A család számára éppen a páciens új attitűdje és élete kelt nagyfokú bizonytalanságot. A családterápia eshetősége és feladata ilyenkor segíteni a családot a bizonytalanság elviselésében, ami esélyt ad arra, hogy működését aztán magasabb szinten – új, közösen osztott jelentéseket, nyelvet, s végső soron rendszert is létrehozva – szervezheti újra. A családnak sokszor csak egy megfelelő stimulációra, „lökésre” van szüksége ahhoz, hogy aztán képes legyen meggyógyítani önmagát. Hiszen a legtöbbször a kezelést is maga a család presszionálta. Igaz, nem ilyenfajta, egész rendszerét megbolygató „bifurkációra” számítva.

Johan Huizinga a játék ismertetőjeleit a következőkben határozza meg: *„Olyan cselekvés, amely bizonyos idő, tér és értelmi határon belül játszódik le, látható rendben, önként vállalt szabályok szerint, az anyagi haszon vagy szükségesség légkörén kívül.”* (Huizinga, 1990). A szerencsejátékos az anyagi haszon, s a kényszeresség motívumát is bevonva a játékba válik az igazi játék elrontójává. Az angol nyelvben nem is nevezik ezt már játéknak (play), hanem fogadásra, kockáztatásra utaló játszmának (game). Jóllehet a kóros gambler számára a szerencsejátéktól való tartózkodás életre szólóan ajánlott, magát a játékot, amit valaha kisgyermekként még tudott, újra megtanulhatja. A szakrális dimenzió „meta-objektív” tere, akár csak a szubjektív és objektív között és azon túl egyaránt létező pszichoterápiás tér visszavezetheti magának a játéknak a pszichológiai terébe, ahol, József Attilával újra elmondhatja, hogy „tudom, mint a kisgyerek, csak az boldog, ki játszhat”.

## TARTALOMJEGYZÉK

<b>Előszó</b> -----	3
Nemes Livia: Problematikus gyermek az iskolában -----	4
Vajda Zsuzsanna: Válsághelyzetek a gyermek életében -----	19
Murányi-Kovács Endréné: A pszichikus károsodás tünetei 6-12 éves korban -----	30
Nemes Livia: Iskolafóbia -----	34
Vajda Zsuzsanna: Magatartási és beilleszkedési zavarok -----	40
Murányi-Kovács Endréné: Neurotikus megnyilvánulások-----	56
Reneau Z. Peurifoy: Szorongás, fóbiák, pánik -----	77
Demcsákné Kelen Ilona: A pszichoszomatikus betegségek keletkezésének elméletei -----	101
Murányi-Kovács Endréné: A pszichogén funkciózavarok-----	113
Vetró Ágnes: Pszichoszexuális zavarok gyermek- és serdülőkorban -----	126
Ranschburg Jenő: Az autizmus fogalma és tünetei -----	132
Vetró Ágnes: Szomatikus kórképek -----	148
Kelemen Gábor: Alkoholizmus, szenvedélybetegség, és erőszak a családban-----	154
Kelemen Gábor: Szendvedélybetegség, család, pszichoterápia -----	169

