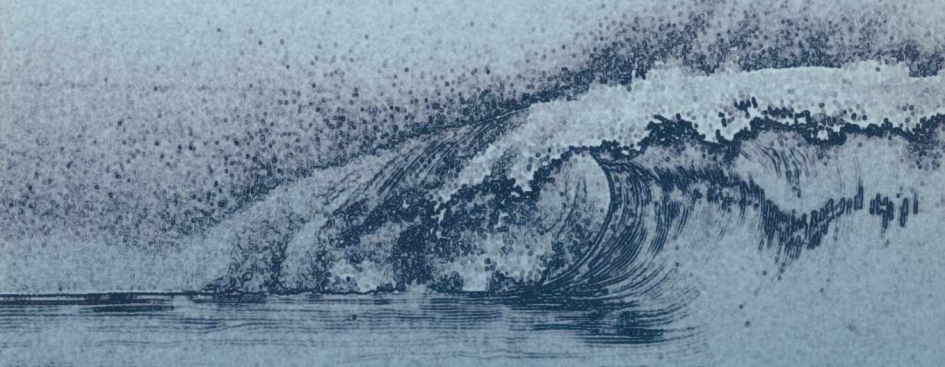


SEGÍTŐ FOGLALKOZÁSÚAK SOROZATA

Vetró Ágnes

**GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGPSZICHIÁTRIA,
MENTÁLHIGIÉNÉ**



EGÉSZSÉGFEJLESZTÉS - MENTÁLHIGIÉNÉ

GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGPSZICHIÁTRIA, MENTÁLHIGIÉNÉ

**az egészségfejlesztő mentálhigiénés
posztgraduális képzés hallgatói számára**

dr. Vetró Ágnes

JGYTF Kiadó, Szeged, 1998

Sorozatszerkesztő
Benkő Zsuzsanna

Lektorálta
Prof. Dr. Szilárd János

Olvasószerkesztő
Gáspár Zsuzsa

Szövegszerkesztés
JGYTF Kiadó

Címlap
Csécsei Károly

Műszaki szerkesztés
Horváthné Szélpál Mária

ISBN 963 7171 95 9

Kiadja: JGYTF Kiadó
Felelős kiadó: dr. Pitrik József menedzserigazgató

Tartalomjegyzék

A gyermekpszichiátriai betegségek kialakulása	5
Pszichiátriai betegségek felismerése gyermek- és serdülőkorban	6
A pszichiátriai betegségek rizikófaktorai és protektív tényezői gyermekkorban ...	7
A gyermekpszichiátriai betegségek gyakorisága	11
A pszichiátriai kórképek kialakulásának elméleti modelljei	12
A gyermekpszichiátria vizsgáló módszerei	15
A lelki betegségek klasszifikációja gyermek- és serdülőkorban	16
A gyermekpszichiátriai kórképek	17
Értelmi fogyatékoság	17
Specifikus fejlődési zavarok	21
Autizmus és pervazív fejlődési zavarok	22
Hiperkinetikus zavarok	28
Magatartászavar	31
Gyermekekori depresszió	34
Szorongásos zavarok a gyermekkorban	37
A gyermekekori félelmek klinikai megjelenési formái	39
Szeparációs szorongás	39
Fóbiás szorongás gyermekkorban	40
Testvérféltékenység zavara	41
Iskolafóbia	42
Kényszerbetegség	44
Pánikbetegség	45
Súlyos stressz által kiváltott reakciók és alkalmazkodási zavarok	46
Akut stressz-reakció	46
Posztraumás stressz betegségek	46
Alkalmazkodási zavarok	49
Kötődési zavarok a gyermekkorban	50
Reaktív kötődési zavar	50
Gátolatlan kötődési zavar	53
Szelektív mutizmus	54
Tic betegség	55
A gyermekekori evés és növekedés zavarai	58
Az egészséges táplálkozás	58
Korai táplálkozási nehézségek	59
Rumináció	60
Gyarapodási elégtelenség	61
Pica	62

Anorexia nervosa.....	63
Bulimia nervosa.....	66
Gyermeekkori obesitas	67
Pszichoszexuális zavarok gyermek- és serdülőkorban	69
Gyermeekkori nemi identitászavar.....	69
Serdülőkori nemi identitászavar	71
Nem organikus enurézis (bevizelés).....	73
Nem organikus encopresis (beszékelés)	76
A szomatikus betegségek lelki háttere	77
Szomatikus kórképek	81
Öngyilkosság.....	85
A gyermekpszichiátriai kórformák terápiás lehetőségei.....	88
Konzultatív munka a gyermek- és serdülőpszichiátriában	89
Egyéb gyermekpszichiátriai kezelési lehetőségek	92
Irodalom.....	93

A gyermekpszichiátriai betegségek kialakulása

A gyermek- és ifjúságpszichiátria területe még nagyon sok, hivatásszerűen gyermekekkel foglalkozó szakember számára is kevésbé ismert. Tisztában vannak ugyan azzal, hogy a gyermek egészsége szempontjából a pszichológiai tényezők is jelentősek, de sokszor nem tudják, hogyan lehet ebbe hatékonyan beavatkozni, és hogy a gyermeknek és családjának a gyermek-és ifjúságpszichiáter tevékenységét hogyan magyarázzák el. Ebben a jegyzetben a gyermek-mentálhigiénével foglalkozó szakemberek számára próbáljuk meg ezt felvázolni.

Ma már senki előtt nem kétséges, hogy a gyermekek és serdülők pszichiátriai problémáinak népegészségügyi jelentősége van. Nemcsak azért, mert a viselkedészavarok és a pszichiátriai betegségek gyakoriak, hanem azért is, mert a gyermekek számára jelentős hátrányt jelenthetnek. Megzavarják fejlődésüket, és mind a gyermekeknek, mind a családnak szenvedést jelentenek. Kezelés nélkül ezek a betegségek és zavarok egyre súlyosbodhatnak, és az egész gyermek- és serdülőkoron át éreztethetik hatásukat, s a felnőttkorra is átnyúlhatnak.

Az utóbbi években egyre világosabbá vált, hogy a gyermekek lelki egészsége nagymértékben függ az iskolaorvosoktól, mentálhigiénével foglalkozó szakemberektől. A gyermekek legtöbbször az első pszichiátriai tünetekkel a pedagógusok az iskolaorvoshoz, a szülők a háziorvoshoz viszik, de igen gyakori vagy még gyakoribb az is, hogy a szomatikus tünetekkel jelentkező gyermek panaszai háttérben pszichiátriai probléma húzódik meg, s ez okozza gyakori megjelenését a rendelőben.

A nehézségekkel küszködő gyermekek egy részét nem küldik gyermekpszichiáterhez. Ennek egyrészt az az oka, hogy csak kevés gyermekpszichiáter szakorvos van, de az is, hogy a probléma más szakmákhoz is szorosan kapcsolódik, s szociális és iskolai aspektusai is vannak. Ezekben az esetekben a gyermekpszichiáter szakismereteit hasznosan oszthatja meg a más szakmák képviselőivel, azaz konzultatív segítséget adhat az iskolaorvosnak, iskolai védőnőnek, más szakembernek.

A jegyzet első részében azt tárgyaljuk, hogyan ismerhetjük fel gyermekkorban a pszichiátriai problémákat, illetve milyen tényezők hajlamosítanak gyermekpszichiátriai betegségek kialakulására, majd rátérünk azokra a kórképekre, amelyek az iskoláskorban a leggyakoribbak. Végül a konzíliumról mint a gyermekpszichiáter és a mentálhigiénés szakember hasznos kapcsolatáról ejtünk néhány szót.

Pszichiátriai betegségek felismerése gyermek- és serdülőkorban

Pszichiátriai betegségről akkor beszélünk, ha a viselkedés, az érzelmi vagy a gondolkodási folyamat (az elmeműködés három fő aspektusa) eltérései olyan **elhúzó-dók** vagy **súlyosak**, hogy azok a gyermek mindennapi életvitelét megzavarják, és hátrányosak a gyermek vagy gondviselői számára. Természetesen a betegség megállapításánál figyelembe kell venni a gyermek fejlődési szintjét és azt a szociokulturális környezetet is, amelyben a gyermek él. (1. táblázat) Gyermek-pszichiátriai kórkép esetén nem kell feltétlenül valamilyen különleges, szokatlan tünetcsoportra gondolni. A legtöbb tünet ugyanis a gyermek valamelyik korábbi életszakaszában a fejlődés természetes velejárója, vagy átmenetileg minden gyermeknél előfordul. Ha egy második osztályos gyermek sírva jön haza az iskolából egy rossz jegy miatt, az természetes dolog. De ha emiatt heteken át búslakodik, étvágytalanság és alvászavar jelentkezik, az már hátrányos a fejlődése szempontjából, és beavatkozást igényel.

A fejlődési szintet is figyelembe kell vennünk. Ha egy 2 és 1/2 éves gyermeket éjszakára pelenkáznak, nincs semmi gond. Ugyanez viszont 5 éves kor után már problémának tekintendő. Lényeges a szociokulturális környezet elemzése is, hiszen a gyermek csak azt tudhatja, amire megtanították. Ha hazánkban egy gyermek a 2. osztály végére nem tanult meg írni-olvasni, ott vagy mentális visszamaradottságra vagy részképességzavarra gyanakodhatunk. Ha ugyanez másik kultúrában felnövekvő gyermeknél fordul elő, ahol nincs ilyen jellegű oktatás, erről nem beszélhetünk.

1. táblázat

Pszichiátriai betegség megítélésének szempontjai gyermekkorban

- Eltérések vannak a gyermek viselkedésében, érzelmeiben vagy gondolkodásában.
- Állandó – legalább 2 hete tart.
- Elég súlyos ahhoz, hogy megzavarja a gyermek mindennapi életét.
- Hátrányos a gyermek, a gondviselők vagy mindkettőjük számára.
- Számításba veszi a gyermek fejlődési szintjét.
- Számításba veszi a szociokulturális miliőt.

A pszichiátriai betegségek rizikófaktorai és protektív tényezők gyermekkorban

A gyermekben rejlő rizikófaktorok

A legfontosabb rizikótényezőket a 2. táblázat mutatja. A legtöbb pszichiátriai betegségnek több ilyen faktor együttes fennállását figyelhetjük meg. Ezek legtöbbször egymást erősítik.

Az alacsony intelligencia nem teszi lehetővé, hogy a gyermek a környezet stresszeivel szemben differenciált megbirkózási stratégiákat dolgozzon ki, s így gyakran csak nehezen tud alkalmazkodni a változásokhoz. Ha temperamentuma problémás, a külső ingerekre túl erős válaszokat ad, s így beilleszkedése nehezített, s a környezet részéről (iskola, otthon) sok elmarasztalást kap.

Az érzelmi és viselkedészavarok minden krónikus betegség esetén halmozódnak, különösen gyakori ez epilepszia esetén.

Ha alacsony a gyermek önértékelése, mert sok elmarasztalást kap szüleitől vagy a pedagógusoktól, akkor ennek a negatív énképnek megfelelően igyekszik a továbbiakban megfelelni, s így is viselkedik.

2. táblázat	
A pszichiátriai betegség rizikófaktorai a gyermekben	
• Alacsony IQ – ha súlyos a tanulási zavart okoz, akkor 40%-os rizikót jelent. • Problémás temperamentum. • Szomatikus betegség – különösen az epilepszia jelentős. • Specifikus fejlődészavar (beszéd és kommunikációs nehézségek). • Iskolai teljesítményzavar. • Alacsony önértékelés. • Genetikai nem.	

A fiúk általában sérülékenyebbek, gyakrabban fejlődik ki náluk pszichiátriai betegség. Ez a különbség az iskola előtti életkorban kevésbé kifejezett. A gyermekkor és elsősorban az iskoláskor idején a fiúknál gyakran figyelhetünk meg fejlődési zavarokat, viselkedési problémákat és viselkedészavarral járó betegséget.

Családi rizikófaktorok

A családi rizikófaktorok nagyon összetettek, és a legkülönbözőbb módon léphetnek interakcióba egymással (3. táblázat). Jó példa erre **a szülők válása**. A szülők közötti negatív interakciókat, a szegényes kommunikációt a gyermek utánozhatja, és így egyre nehezebb lesz vele bánni a szülőknek. Viselkedése, mely tulajdonképp a szülők közti interakciókat mintázza, egyre inkább kritikus, és erőszakos szülői reakciókat vált ki, mely a gyermeket egyre inkább érzelmi vagy viselkedészavar felé taszítja. Ez azután azt eredményezi, hogy a válás után az első évben a gyermekpszichiátriai zavarok az érintett gyermekekben 80%-ra növekednek, de a pszichés fejlődés zavara a válás előtt és a válás után még évekkel is észlelhető. Ez nem csupán az egyik szülő elvesztésére vezethető vissza, hiszen ilyen nem tapasztalunk akkor, ha a szülő meghal. Ez esetben a pszichiátriai betegségek száma csak mérsékelten emelkedik meg.

3. táblázat	
Családi rizikótényezők	
• Válás. • Anya pszichiátriai betegsége, alkoholizmusa stb. • Apai kriminalitás, alkoholizmus, pszichopátia. • Bántalmazás. • Szegénységhez társuló hátrányos következmények. • Nyílt szülői konfliktus. • Ellentmondásos, tisztázatlan, vagy kritikus nevelés. • Hosztilis és elutasító szülő-gyermek kapcsolat. • A gyermek fejlődési szükségleteit figyelembe nem vevő nevelés. • Halál vagy veszteség, barátság elvesztése.	

Az **anya mentális betegsége** kifejezetten negatív irányba befolyásolhatja a gyermek lelki fejlődését. Különösen súlyos a probléma akkor, ha ez egész korai gyermekkorban, a specifikus ragaszkodás (attachment) kialakulásakor következik be, a születést követő néhány héten belül. Megfigyelhető, hogy a problémás viselkedés a gyermekek egy részénél még akkor is fennáll, ha az anya meggyógyul. Ez arra hívja fel a figyelmet, hogy ha egyszer a negatív viselkedés kialakult, akkor ennek megváltoztatása már nehéz.

Az *apai kriminalitás, alkoholizmus* egyrészt mint negatív minta befolyásolja a gyermek pszichés fejlődését, másrészt gyakran társul gyermekbántalmazással, és sokszor vezet nyílt szülői konfliktusokhoz.

A *szegénység* önmagában nem jelent rizikót pszichiátriai betegség kialakulása szempontjából, de társulása az előbb említett szülői viselkedésmódokkal megnöveli a veszélyeztetettséget.

A lelki fejlődés szempontjából a meleg, de a gyermeknek a korlátok tiszteletben tartását megtanító nevelői légkör a legkedvezőbb. Így, ha a szülők között a nevelésben nincs egyetértés, vagy a gyermeknek mindketten csak a negatív tulajdonságait veszik észre, azaz hibáival és erényeivel együtt nem tudják elfogadni, elutasítják, ezzel kifejezetten negatív énképet építenek ki. Így a gyermek képtelennek fogja tartani magát pozitív cselekedetekre, és nem is fog törekedni erre.

Végül lényeges a *gyermek fejlődési szükségleteit figyelmen kívül hagyó nevelés*, az alul- vagy túlkövetelés. Ha a mércét mindig olyan magasra állítjuk, hogy a gyermek éppen ne tudja elérni, akkor nem lesz sikerélménye, s a feladatok elvégzése szorongást, depressziót kelthet benne. Alacsony követelmények esetén a gyermek nem tanulja meg a küzdő stratégiákat, s felnőve szükség esetén sem lesz képes konfrontációra.

Külső rizikótényezők

A gyermekek minél kisebbek, annál erősebb a családi környezet befolyása. Ahogy kezdenek felnővekedni, egyre erőteljesebbé válik fejlődésükben a külső környezet – az *óvoda, az iskola, a kortárscsoportok* – hatása is. A gyermekek életük folyamán minimum 15 ezer órát töltenek iskolában. Így nem meglepő, hogy a negatív iskolai élmények nagy hatással vannak a gyermekkorban kialakuló pszichés betegségekre. (4. táblázat)

4. táblázat	
Külső rizikótényezők	
• Iskola – rossz szervezeti forma és tisztázatlan nevelői elképzelések. A gyermeknek mint individuumnak az el nem ismerése. Gyors tanárcserék, alacsony morál a tanári karban. • Kortárscsoport hatása. • Bántalmazás az iskolában (bullying). • Szociokulturális befolyások. • Negatív életesemények (bántalmazás, katasztrófák stb.)	

A magyar iskolarendszerre a legutóbbi időkig a tekintélyelv volt a jellemző. A pedagógusok számára az igazgató, a tanulók számára a tanárok közvetítették az igazságot. Valódi kommunikációra, partnerkapcsolatra a két fél között csak ritkán került sor. Mindez a társadalmi berendezkedést is tükrözte, azt, hogy a központi igazság kinyilatkoztatásait feltétlenül követni kell, és ilyen állampolgárookra is van szükség. A közelmúltban bekövetkezett társadalmi változások azonban megteremtették a feltételét a demokratikusabb iskolának is, és ezen a téren sok pozitív változás figyelhető meg. Lehetőség nyílik például arra, hogy a tanítási órákon ne csak ismeretközlés és a megtanultak ellenőrzése történjen meg, hanem kétoldalú kommunikáció kezdődjék a tanár és a tanulók között, így lehetőség nyílik az egyéni képességek kibontakozására. Kedvezőtlen az iskolai előmenetelre, ha a gyermekek és a tanár közötti jó kapcsolat gyakori tanárcserék miatt ismételtlen megszakad, vagy ha a demokratikus szabályok magában a tanári karban sem működnek.

Az iskola azonban nemcsak a tanár – azaz a felnőtt – és a gyermek kommunikációjának színtere, hanem a **kortárscsoport**hoz való **szocializáció**nak is igen fontos – a társaktól elhúzódozó, szorongó vagy viselkedészavarra hajló, agresszív gyermekek összecsapásának is – a helyszíne. Lényeges, hogy a fiatalok egymás közti konfliktusaik levezetésére milyen viselkedésmódokat vetnek be, és ezekbe hogyan tud pozitív módon beavatkozni a tanár. Milyen erkölcsi normák érvényesülnek az osztályközösségben, kik, milyen szülői háttérrel kapnak privilegizált szerepet, kit fogad el az osztály referencia személynek. Mindezek nagyban befolyásolják az osztályon, iskolán belüli bántalmazás, a **bullying** kialakulását.

A **szociokulturális befolyások** közül a döntő szerepe a tömegkommunikációs hatásoknak van, s eközül is a tévének, videónak. Hazánkban ma már minden családban van televízió, és a felmérések szerint a gyermekek átlagosan napi 3-4 órát töltenek el tévé nézéssel. Ha bármilyen időpontban végigfutunk a kábelcsatornákon, biztos hogy 2-3 adón éppen üldözés, lövöldözés, ökölharc, robbantás, gyilkosság játszódik. Mire egy amerikai gyermek 18 éves lesz, 18 000 gyilkosságot lát a tévéképernyőn, és mi is efelé haladunk. A gyermek azt tanulja meg, hogy a konfliktusok megoldásának leggyorsabb és leghatékonyabb módja az agresszió, s így maga is gyakran alkalmazza a mindennapi életében. Emellett az agresszív cselekményekkel szembeni elfásulás is megfigyelhető, vagyis az agresszív cselekedetek tanúját nem ejti izgalomba, nem készteti beavatkozásra, ha ilyet tapasztal.

Ez is hozzájárulhat az agresszív cselekmények szaporodásához osztálytársadalmi szinten is.

A **pszichostressz**ek (negatív életesemények) hatása sem elhanyagolható a pszichiátriai problémák kifejlődése szempontjából. Azok a gyermekek, akik a közelmúltban kettő vagy több negatív életeseményt éltek át, gyaníthatóan érzelmi vagy

viselkedési problémákkal fognak hamarosan jelentkezni. Nyilvánvaló az is, hogy számos negatív életesemény éveken át csöndben meghúzódhat (alvó effektus), míg csak fel nem ébreszti egy kellemetlen élmény. Ez a stresszel szembeni nagyfokú sérülékenység figyelhető meg számos problémásan viselkedő tinédzser esetében, akiket gyermekkorukban szexuálisan bántalmaztak, vagy egyéb kellemetlen életeseményt éltek át.

A pszichiátriai betegség ellen védő (protektív) faktorok gyermekkorban

A fent említett rizikófaktorok számos gyermeknél előfordulnak, mégis csak kisebb részük, és ők is csak egy ideig szenvednek kifejezett pszichiátriai betegségben. Vajon miért van az, hogy a gyermekek másik részénél, ahol számos rizikó-tényező létét figyelhetjük meg, mégsem fejlődik ki betegség. Ez a protektív tényezőknek tudható be. Ezek közül az egyik legfontosabb az **önbizalom**, a pozitív énkép. Az énkép kialakulása lassú folyamat, az első 7-8 életévre tehető, és azután relatíve állandó marad. Kialakulásában döntő, hogy a szülő és a gyermek környezete hogyan reagált a gyermek egyes akcióira. Ha a gyermek környezetétől sok pozitív visszajelzést kapott, feltehetően megfelelő önbecsülés, pozitív énkép alakul ki. A bizalmas és érzelmdús kapcsolat szintén protektív tényezőként jelentkezik. Ugyancsak fontos védő tényező a **stabil temperamentum** és a **jó intelligencia**, mert ezek segítenek a gyermeknek a stresszel teli környezeti szituációkhoz való alkalmazkodásban, s így csökkentik a pszichiátriai betegségek kialakulásának rizikóját.

A gyermekpszichiátriai betegségek gyakorisága

A krónikus szomatikus gyermekbetegségeknek 0-15 éves kor között 8-12% a gyakorisága. Az asztma 2%-ra tehető, ezt követi az epilepszia, majd a szívbetegségek.

Ezzel szemben életkortól, nemtől és szociális helyzettől függően a gyermekek 12-24%-a pszichiátriai problémásnak mondható. Egy 1993-ban 1733 gyermekkel végzett pszichiátriai gyakorisági vizsgálat azt mutatta, hogy Szegeden ezek a lelki bajok 24,8%-ban fordulnak elő. Életkorokra lebontva pszichiátriai betegség kialakulása szempontjából a 11 évesek rizikója a legmagasabb, 1,6-szorosa a 13 éveseknek. A 13 évesek rizikója 3,5-szerese a 15 éveseknek.

Az egyes kórképeknél megemlített epidemiológiai adatok magyar vizsgálatok hiányában főként amerikai közleményeken alapulnak.

A pszichiátriai kórképek kialakulásának elméleti modelljei

Nincs olyan univerzális modell, amely a felvetődő kérdések mindegyikét vagy akár a legtöbbjét meg tudná válaszolni ateinketben, hogy az etiológiai tényezők hogyan okoznak pszichiátriai betegségeket. Számos elmélet, illetve megközelítési mód ismert, ezek közül az alábbiakat lehet a legelfogadottabbnak tekinteni. Közülük a fejlődési pszichopatológiai irányzat az, mely integrálni igyekszik a korábbi teóriákat, s az egészséges gyermeki fejlődésből kiindulva igyekszik magyarázatot találni a pszichiátriai betegségek kialakulására.

Pszichodinamikus megközelítés

Sigmund Freud, a pszichodinamikus iskola első nagy alakja orvosi modell alapján fejlesztette ki ezt a betegségkonceptiót. Lényege, hogy a mélyben rejtőző – organikus és pszichológiai – patológiás folyamatok okozzák a felszínen látható viselkedést, amely zavartnak, patológiásnak tűnhet. Ehhez társul az a feltételezés, hogy a tünetek önmagukban való kezelése legfeljebb rövid ideig tartó javulást okozhat, s ha a mélyben húzódó patológiás folyamat kezelés nélkül marad, tünetváltás következik be. Klinikai modellje szerint a diagnózis célja annak a kiderítése, hogy mi lehet a betegségért felelős pszichológiai konfliktus. Módszere általában az álom-, gyermekkorban a játékanalízis. Amikor a terapeuta előtt megvilágosodott a betegség belső dinamikája, értelmezte azt a betegnek, a belátására építve. Ez a belátás volt a klasszikus pszichoanalízis központi célja.

Az analízis kritikája

A behavioristák szerint a pszichodinamikus irányzat számos megfigyelhetetlen tényrt tartalmaz, és emiatt megalapozatlan. Túl sok következtetést igényel a terapeuta részéről, és a teória kísérletes igazolására csekély a lehetőség. A terápia folyamán a patológiás konfliktusoknak túlzott jelentőséget tulajdonítanak, és a személyiségfejlődés pozitív aspektusainak kevesebb figyelmet szentelnek. Az analitikus teóriák leginkább az orvosi modellt tükrözik, amely szintén probléma-, illetve betegségorientált, hisz az orvostudomány is csak a legutóbbi időkben kezdi a normális funkciókat pozitív aspektusból (az egészség szémszőgéből) szemlélni (preventív medicina, az egészség megtartása, fejlesztése stb.).

Behaviorista (viselkedés központú) megközelítés

A behavioristák a viselkedést nem egyes betegségek tünetének fogják fel, hanem rossz környezeti alkalmazkodásának, amely változhat, és amely az orvosi modelltől gyökereiben különbözik. A diagnosztikus címkéket elutasítják, szubjektívnek tartják. Úgy vélik, hogy a gyermek viselkedését normálisnak vagy abnormálisnak,

zavartnak vagy egészségesnek mondani olyan ítéletértékű megállapítás, amely számos külső tényezőtől függ (pl. kulturális és szociális hatások, személyes előítéletek stb.). A behaviorista perspektíva a tanult viselkedést hangsúlyozza. A behaviorista megközelítés szerint a devians viselkedés kialakulása a normális viselkedés kialakulásának szabályait követi, így el is felejthető, és helyette új, adaptív viselkedés tanulható. A terápia lényege a maladaptív viselkedés előzményeinek és következményeinek befolyásolásából és a modellálásból áll.

A behaviorizmus kritikája

A pszichoanalitikusok szerint a behavior megközelítés csak a tünettel törődik, az okokkal nem, s ha az okokat nem szüntetjük meg, akkor tünethelyettesítés következhet be. Kritizálják etikai szempontból is, mert beavatkozást jelenthet az emberi szabadságba, mivel igyekszik a viselkedést az ellenőrzése alá vonni.

A kognitív (gondolkodás-központú) megközelítés

A kognitív teória szerint a viselkedés fejlődésében az első lépcső az, amikor az egyén a környezet kognitív (gondolatbeli) reprezentációját önmagában kiépíti, mivel az esemény észlelése, percepciója és interpretációja jobban meghatározhatja az egyén reakcióját ugyanarra a szituációra, mint maguk az események. Ez természetesen nemcsak a külvilági ingerek minőségétől, hanem az egyén idegrendszerének érzésétől, épségétől is függ. Ez a kognitív reprezentáció úgy viselkedik, mint a valódi környezet, vagyis motivációkat és érzelmeket ébreszt, és a viselkedést valamilyen cél felé irányítja. A kognitív mechanizmus (gondolkodási folyamat) tehát az első lépcső a stimulus (külvilági inger) felől a válasz (látható viselkedés) felé haladva. Általa a stimulus egzakt információvá dolgozódik fel. Így a viselkedés nem egyedül a külső megerősítésnek vagy a megerősítés hiányának a függvénye, de nem is egyedül a belső idegrendszeri, szellemi érzés eredménye. A hangsúly az intellektuális és emocionális érzési folyamatba foglalt tanuláson van. A kezelés a kognitív folyamat befolyásolásán alapul, ami véleményük szerint jobban meghatározza vagy módosítja a viselkedést, mint a környezeti megerősítők változása.

A terápia során segítik a kognitív ügyesség fejlesztését, alternatívák kidolgozását és a bekövetkező konzekvenciák mérlegelését. Többféle ezirányú technika létezik.

A kognitív megközelítés kritikája

A legtöbb kritika a belső folyamatot (mint pl. verbális meditáció), illetve annak megfigyelhetetlenségét érte.

A neurobiológiai irányzat

Elmélete szerint az egyén fejlődése tulajdonképpen belső potenciál, képesség, amely öröklött befolyások által meghatározott. Ezek szerint az, amit az egyén ge-

netikusan, kromoszomálisan, biokémiaiilag stb. magában hordoz, előre meghatározza pl. affektív viselkedésének fejlődését.

A neurobiológiai irányzat kritikája

Bár a biológiai determináció az egyént sokféle viselkedésre alkalmassá vagy alkalmatlanná teszi, aktuális magatartása messzemenően függ környezeti tényezőktől és tanulási faktoroktól.

A humanisztikus megközelítés

Lényege, hogy minden emberben pozitív fejlődési tartalékok rejlenek. Kóros irányú pszichés fejlődés akkor következik be, ha ezek a humán potenciálok és képességek gátlódnak. A terápia lényege e gátlás kiküszöbölése. A humanisták bevezették a terápia nondirektív modelljét, ahol a kliens elfogadottnak, kondicionálás nélkülinek érzi magát. Szerintük a terapeutának nondirektívnek kell lennie, tartózkodnia kell a tanácsadástól, csak segítenie kell kliensét abban, hogy saját korábbi humán tartalékait képes legyen mozgósítani.

A humanisztikus megközelítés kritikája

A terápia eredményeinek értékelése igen nehéz, hiszen a humanisták tradicionálisan ritkán találkoznak súlyosabb fokban deviáns vagy beteg személyekkel.

Rendszerszemléletű megközelítés

A pszichiátria egyik új és modern ága a családközpontú pszichiátria, amely a gyermeket nem izolált egyénként, hanem a „család-rendszer” szerves részeként szemléli. Ebből következik, hogy a legkülönbözőbb zavarok értelmezése és korrekciója is e „rendszer” hibáin, illetve e hibák kiküszöbölésén alapul.

A fejlődési pszichopatológiai megközelítés

A fejlődési pszichopatológia általános tudomány, amely igyekszik megérteni a kapcsolatot az egészséges fejlődés és annak a jó alkalmazkodást gátló (maladaptív) kisiklásai között. A betegségek keletkezéséről nem alkot átfogó teóriát, ehelyett igyekszik a pszichopatológiai jelenségeket a testi, kognitív, érzelmi és pszichoszociális fejlődés keretében szemlélni. A pszichopatológiai tünetek és történések kifejlődését olyan nagy változások következményének tekinti, amelyek az egész élet folyamán előfordulhatnak. Mivel az igazán drámai változások a gyermekkorra a legjellemzőbbek, és ilyenkor a legintenzívebb a fejlődés is, így a gyermekekkel foglalkozó szakemberek számára különösen fontos az ismerete.

A fejlődési pszichopatológia makroparadigma, amely összehangolja a korábbiakban leírt divergáló teoretikai modelleket, mikroparadigmákat (biológiai, kognitív, viselkedéstudományi, pszichoanalitikus, rendszer- stb. elméleteket), és így a pszichopatológia integrált tanulmányozását szolgálja a születéstől a felnőtté válásig.

A kutatók ráébredtek, hogy a 19. századi betegségmodellek már nem állják meg a helyüket. Ahhoz ugyanis, hogy a rossz alkalmazkodás kialakulását megértsük, a megfelelő életkorok egészséges történéseinek tükrében kell szemlélnünk őket. Ekkor észrevehetjük, hogy sok érzelmi és viselkedésbeli eltérés minőségében nem különbözik azoktól, amelyeket az élet folyamán valamikor, valamilyen mértékben sok gyermeknél láthatunk. Számos kórosnak tartott tünet a fejlődés valamilyen fokán normálisnak minősül. Alapvetően fontos tehát, hogy a normál variánsként jelentkező fejlődési változatokat el tudjuk különíteni azoktól, amelyek megtörik a fejlődést, vagy kóros folyamat elindulását jelzik.

A gyermekpszichiátria vizsgáló módszerei

A vizsgálat menetének rugalmasnak kell lennie, a gyermekhez és családjához kell alkalmazkodnia. Számos gyermekpszichiáter szereti, ha az első találkozáson az egész család jelen van, mások inkább külön vizsgálják a gyermeket, és külön a szülőt. Általában jobb a szülővel beszélni előbb, jobban tisztázhatjuk a probléma mibenlétét. Serdülőket azonban kedvezőbb egyedül hívni az első beszélgetésre, különben a gyermek úgy vélheti, hogy a háta mögött történik valami, a szülő és a pszichiáter szövetkeztek ellene.

Anamnézisfelvétel

A szülővel való beszélgetés során fontos, hogy tisztázzuk a tünet kifejlődését, erősségét, gyakoriságát, annak spontán javulását vagy rosszabbodását, illetve azokat a próbálkozásokat, amelyeket a szülők tettek, hogy megbirkózzanak a problémával.

A gyermek vizsgálata

Függ a gyermek életkorától, a beszédképességétől, az érzelmi állapotától, a személyiségétől. Iskoláskor előtt a kapcsolatfelvétellel általában a játékot használjuk, bár sok gyermek ebben a korban is jól kifejezi magát szóban. Nagyobb gyermekek, főképp serdülők esetében a felnőttéhez hasonlóak a vizsgáló módszerek. A vizsgálatnak ki kell terjednie a gyermek megjelenésére, motoros funkcióira, beszédére, beszéd- és gondolat tartalmaira, intellektuális tevékenységére, érzelmi és hangulati státuszára, a családjához, az iskolához való viszonyára, a fantázia és az álmodozás tartalmaira, alvására, viselkedési problémáira, szociális környezetére, barátaira, hobbijára, érdeklődési körére és arra, hogy volt-e már az otthonától hosszabb ideig távol. Kisebb gyermekeknél lényeges játékának a leírása is. A vizsgálatot a szokásos gyermekbelgyógyászati és gyermekneurológiai státusszal fejezzük be.

A család vizsgálata

Legjobb feltérképezni mindkét szülő családi hátterét, tisztázni, milyen volt a szülők gyermekkoruk. A legnagyobb befolyással a szülők nevelési módszereire ugyanis saját gyermekkoruk élményeik vannak. Lényeges, hogy ki a családban a domináns, ki kit nyom el, milyen a szülők házastársi kapcsolata, milyen a szülőknek a gyermekkel kapcsolatos beállítódása stb.

Pszichodiagnosztikai tesztvizsgálatok

A teszteteket gyakorlati alkalmazásuk szerint három nagy csoportra oszthatjuk.

A teljesítménytesztet akkor alkalmazzuk, ha olyan pszichés funkciókat kívánunk vizsgálni, amelyek a teljesítménnyel mérhetők (memória, figyelemkoncentráció, kreativitás, intelligencia stb.). A klinikai kérdés ilyenkor az lehet, hogy a vizsgált személy képes-e életkorának, adottságainak, iskolázottságának megfelelő szinten teljesíteni. Nem szabad elfelejteni, hogy a tesztek eredményei mindig a pillanatnyi produktions szintet mutatják, amit sok tényező befolyásolhat (fáradtság, szorongás, szomatikus állapot stb.). Ilyen tesztek pl. a Binet-, a Wechsler-, a Raven-féle intelligenciateszt, a Bender-próba stb.

A projektív tesztek a kivetítés (projekció) jelenségére alapoznak. A módszer lényege, hogy a vizsgálat folyamán a vizsgált személy akarva-akaratlan kivetíti pszichés tartalmait, vágyait, problémáit. Ilyen a Rorschach-teszt, a C.A.T.-teszt, a Szondi-próba, a PFT. Gyermekkorban különös jelentősége van a rajzteszteknek (fa-teszt, családrajz stb.) és a játék-diagnosztikának.

A klinikai tünetbecslőskálák, kérdőívek olyan speciálisan összeállított kérdéssorok, amelyeket egy-egy személyiségvonás, készség vizsgálatára vagy differenciáldiagnosztikai célokra használhatnak (étkezési tünetbecslőskála, kortárcsoport-integrációs skála, családkohéziós skála, depressziós skála stb.).

A lelkibetegségek klasszifikációja gyermek- és serdülőkorban

A gyermekpszichiátriai betegségeknek még ma sincs egységesen, mindenki által elfogadott osztályozása, de a néhány éve kialakított multiaxiális rendszerezést általánosan használják. Ez a szisztéma 5 tengelyt tartalmaz, amelyek mentén minden betegséget osztályozni lehet. Európában általánosan elfogadott és hivatalosan használt a BNO-10. Itt az első tengely a klinikai pszichiátriai szindrómákat nevezi meg, a másodikon a specifikus fejlődési zavarokat tüntetik fel, a harmadikon az intelligencia eltéréseit jelölik, míg a negyediken a szervezet pszichés állapotán kívüli (belgyógyászati) betegségek szerepelnek. Az ötödik tengelyen az „abnormális”

pszichoszociális környezeti tényezőket diagnosztizálják. Amerikában és tudományos kutatásokhoz világszerte a DSM-IV kategorizációs rendszert használják általában. A kettő között lényegi differencia nincs.

A gyermekpszichiátriai kórképek

Értelmi fogyatékoság (mentális retardáció)

Gyakoriság

A nagy népesség tanulmányok megegyeznek abban, hogy a 70 alatti IQ-val rendelkező értelmi fogyatékosok száma a populációban 2-3% körüli.

Kialakulása és okai

A mentális retardációt kiváltó oki tényezőket három fő csoportra oszthatjuk: szervi (organikus), poligenikus és környezeti hatásokra. A gyakorlat számára hasznos tudni, hogy az organikus eredetű mentális retardációk esetében általában súlyos fokú a szellemi visszamaradottság, az intelligencia kvóciens (IQ) 30-40 alatti.

Szervi (organikus) tényezők

Ahhoz, hogy organikus okot feltételezhessünk, ki kell tudnunk mutatni az agy károsodott működését. Ez történhet direkt módon (cerebrális bénulás, epilepszia, hidrocefalus), vagy indirekt módon (kongenitális szindrómák diszmorfiás küllemmel).

A súlyos mentális retardációban szenvedő gyermekek 55-75%-ánál mutatható ki szervi eltérés. Általában születés előtti okok a döntőek, az első három leggyakoribb ok, amely az esetek 10-15%-át adja, az idiopátiás cerebrális bénulás, a **Down-szindróma és a fragilis X-szindróma**. A további esetek 5-10%-át más kromoszomális rendellenesség, egy génhez kötött megbetegedések, diszmorfiával járó szindrómák és az idiopátiás epilepszia adja.

Az enyhe mentális retardációban szenvedő gyermekek 10-25%-ánál található organikus ok a háttérben.

Egyes **környezeti hatások a születés előtti időszakban** szintén károsító hatással lehetnek a mentális fejlődésre. Az anya nagymértékű *alkoholfogyasztása* következtében az újszülött diszmorfiás küllemű lehet, és mentális fejlődése is károsodik (foetális alkohol szindróma).

Ha a vérben az *ólomszint* magas, a megszületendő csecsemő, illetve gyermek intelligenciája 3-4 ponttal alacsonyabb lesz a várhatónál, még akkor is, ha ólom-mérgezés egyéb tünetei nem jelentkeztek.

A *rossz táplálkozásnak* is hatása lehet a szellemi fejlődésre. Az agy a terhesség utolsó harmadától a második életév végéig fejlődik a leggyorsabban. A fejlődő országokban végzett vizsgálatok azt mutatták, hogy az alultáplált, visszamaradt fejlődésű gyermekek mentális fejlődésükben is elmaradottabbak.

A *születés körüli nehézségeknek* inkább járulékos szerepe van a súlyos mentális retardáció kialakulásában, önálló előidéző okként ritkán szerepelnek. A vizsgálatok azt mutatták, hogy a kedvezőtlen perinatális események azért szerepelnek gyakran a szellemi fogyatékosok anamnézisében, mivel gyakran járnak együtt a terhesség alatt fennálló, mentális retardációt előidéző okokkal.

Az agy patológiás eltéréseinek vizsgálatakor megállapították, hogy súlyos, intézetben élő mentális retardáltak között *az agy anatómiai eltérései* 75-90%-ban fordulnak elő.

Sem a genetikai, sem a környezeti organikus tényezők nem feltétlenül hatnak direkt módon, hanem *kölcsönhatásba léphetnek* egymással. Például a genetikailag determinált anyai hyperfenylalaninaemia – kezeletlen fenilketonuriás anya esetében – környezeti veszélyeztető tényező a magzat számára, míg a környezeti ionizáló sugárzás a fogamzás időszakában génmutációt eredményezhet, és így az utód mentális és fizikális károsodását okozhatja.

Poligenikus (több gén által létrehozott) befolyások

Számos tanulmány vizsgálja az intelligencia genetikus hátterét. Az ismételt család-, iker- és adoptációs tanulmányok nagyjából megegyeznek abban, hogy az intelligenciaszint egy adott populációban kb. 50%-ban (plusz-mínusz 20%) genetikailag meghatározott. Jóllehet az öröklődésbe számos gén vonódik be, kimutatták, hogy 5 génnek lehet különös jelentősége az intelligencia átörökítésében. A súlyos mentális retardációban a poligenikus átörökítésnek kisebb szerepe van.

Pszichoszociális és kulturális hatások

A vizsgálatok azt mutatták, hogy a pszichoszociális környezetnek nagy és állandó szerepe van az intelligenciára. Az intelligencia fejlődésében 0-5 év között van a kritikus periódus, amikor akár a depriváció, akár a fokozott fejlesztés különös súllyal esik a latba. Emellett azt lehet mondani, hogy az intelligencia fejlődése folyamatos tranzakciók eredménye, amely a felnőtté válásig a felnövekvő gyermek és a környezet között napról-napra folyamatosan zajlik és hat.

Multifaktoriális okok

A fentiekből következik, hogy a szellemi fogyatékos egyénre azt mondani, hogy károsodása tisztán csak organikus vagy csak familiáris, illetve kulturális etiológiára vezethető vissza, általában nem helytálló. Az úgynevezett familiáris, kulturális csoportban lehetséges, hogy bizonyos organikus okok rejtve maradtak. A csecsemőkori alultápláltság, az anyai infekció vagy alkoholizálás hasonló következményt okozhat, és nem feltétlenül kerül felszínre. Számos ilyen organikus környezeti befolyás a rossz pszichoszociális körülmények között élő családokban gyakoribbnak tűnik. Megfordítva is igaz azonban. Ha fel is fedeztünk egy organikus okot, amelyre a mentális retardáció visszavezethető, az még nem jelenti azt, hogy ebben az esetben a poligenikus vagy a szociális hatások többet nem lesznek hatással az intelligenciára. Lényeges, hogy mindig mind a három tényezőt figyelembe vegyük, és próbáljuk megállapítani, hogy az adott személynél milyen mértékben befolyásolják a fejlődést az organikus, a poligenikus és a pszichoszociális tényezők.

Klinikum, tünettan

A mentális retardáció a szellemi működés lelassulásából vagy részleges fejlődéséből kialakult állapot. Jellemzi a különböző készségek és az intelligencia minden területén megfigyelhető károsodása (pl.: kognitív, nyelvi, motoros, szociális készségek károsodása). A retardáció más elme- vagy testi betegséggel együtt vagy anélkül is jelentkezhet. Ugyanakkor a mentálisan retardált embereken az elmebetegségek minden típusát megfigyelhetjük, és az egyéb elmebetegségek gyakorisága is legalább három-négyszer nagyobb, mint a normál populációban.

Klinikai tünetek a szellemi fogyatékoság súlyossága szerint

Enyhe mentális retardáció (IQ 50-69 között)

Az enyhén retardált gyermekek később kezdenek el beszélni, de legtöbbjük eléri a mindennapi élethez szükséges beszédképességet. Képesek a társalgásba bekapcsolódni, és a klinikai interjú is felvehető velük. Legtöbbjük eléri a teljes függetlenséget az önellátás (evés, tisztálkodás, öltözködés, széklet és vizeletürítés), a gyakorlati és a háztartás körüli készségek területén fejlődésük üteme azonban sokkal lassabb a normálisnál. A fő nehézséget az iskolában a szellemi teljesítményt kívánó feladatok okozzák, sokuknak különösen sok problémája van az írással és olvasással. A legtöbbjük elméletileg képes olyan munka elvégzésére, amely inkább gyakorlati és nem szellemi készségeket kíván, beleértve a szakképzetlen vagy betanított fizikai munkát.

Mérsékelt mentális retardáció (IQ 35-49 között)

Nyelvi és értelmi képességük fejlődése lassú és behatárolt. Önállási és mozgáskészségük is visszamaradott, sokan egész életükön át felügyeletre szorulnak. Az iskolai munkában való előrehaladásuk korlátozott, bár bizonyos százaléku képes az olvasáshoz, íráshoz, számoláshoz szükséges alapvető készségek elsajátítására. A képzési programok lehetőséget adhatnak néhány alapvető készség elsajátítására.

Felnőttként a mérsékeltan retardált emberek általában egyszerű gyakorlati munkát el tudnak végezni, ha a feladatuk pontosan meghatározott, és szakképzett irányítást kapnak.

Súlyos mentális retardáció (IQ 20-34 között)

Az ebbe a csoportba tartozók többsége motorosan károsodott, vagy más deficitje is van, ami klinikai szempontból jelentős központi idegrendszeri károsodásra vagy fejlődési rendellenességre utal. Az ilyen ember nagy valószínűséggel egész életében állandó támogatást fog igényelni.

Nagyon súlyos mentális retardáció (IQ 20 alatt)

Az érintettek értelmi képessége erősen korlátozott, kevés utasítást értenek meg. A legtöbbjük mozgásképtelen vagy súlyosan korlátozott mozgásában, inkontinens és csak a legalapvetőbb nonverbális kommunikációs formákra képes. Alig vagy egyáltalán nem képesek alapvető szükségleteik kielégítésére, állandó segítségre és felügyeletre szorulnak.

Terápia

A szellemi fogyatékoság gyógyszeres kezelése

Maga a mentális retardáció gyógyszeres kezeléssel nem befolyásolható, és a társuló magatartási zavarok leküzdésére sem ez az első módszer, amelyet választani kell.

A leggyakrabban felírt gyógyszer a mentálisan retardáltak nyugtalan, agresszív magatartásának megváltoztatására a Haloperidol. Használatánál nehézséget jelent, hogy azok a dózisok, amelyek az agresszív viselkedést gátolják, elnyomják a konstruktív magatartást is. Ezért nehezítik a tanulást is, pedig ezeknél a gyermekeknek a tanulási készség amúgy is csökkent.

Habilitáció, rehabilitáció

A habilitáció célja a szellemi fogyatékos gyermek vagy fiatal közösségbe illesztése, képességeinek megfelelő munkavégzésre tanítása, olyan biztonságos, elfogadó környezet biztosítása, ahol az alapvető emberi szükségletek kielégítésére sor kerülhet.

A szellemi fogyatékosok *szocioterápiája és rehabilitációja* a *gyógypedagógiai speciális nevelés*en alapul. A korai fejlesztő foglalkozások bevezetésével ma már nemcsak az iskolás korú gyermekek, hanem 3 éves kortól az óvodáskorúak szervezett oktatása is megoldott. A speciális kiegészítő iskolai oktatás az – oktatási törvénynek megfelelően – 16 éves korig kapnak a rászorulóknak. A gyermekek többsége családban él, ezért szükséges, hogy a szülők nevelési készségét is tudjuk alakítani, a nevelési problémák megoldását segíteni.

Prevenció

A mentális retardáció prevenciója a multifaktoriális okok elemzésén alapul. Mivel a mai tudásunk szerint nem gyógyítható, a prevenciónak elsődleges fontossága van. Mindazon genetikai és környezeti okok kiszűrése és megelőzése, melyet a betegség kialakulásánál említettünk, segíthet a visszamaradottság leküzdésében.

Specifikus fejlődési zavarok

Az iskolai teljesítmények jellegzetes zavarai

- **Dyslexia**

Az olvasászavar gyakori betegség, komoly hátrányt okozhat. Előfordulási gyakorisága 4%. Fiúknál háromszor olyan gyakori, mint lányoknál.

Felismerése: Az olvasási kvóciens elmarad az intelligenciakvóciéntól. A gyermeknek súlyos nehézségei vannak az olvasással, ugyanakkor fejlődése más területeken korának megfelelő.

- **Dyscalculia**

A számolási zavar a második leggyakoribb részképességzavar. Az általános intelligenciaszint normális, de a számolási készség az átlagostól messze elmarad. A legsúlyosabban általában a szorzásképesség érintett, de a zavar rendszerint a számolás minden területére kiterjed.

- **A beszéd és a nyelv specifikus fejlődési zavarai**

A beszéd zavarai magába foglalják a nonverbális (szavak nélküli) megértés, a verbális (beszéd) megértés és a verbális kifejezés zavarait. Általában a beszédbeli kifejezőkészség nem lehet jobb, mint a megértés, a verbális megértés pedig nem lehet jobb, mint a nonverbális. Oka legtöbbször a központi idegrendszer valamilyen sérülése.

- ***A beszédértés zavara***

A szenzoros afázia (beszédértés képtelenség, nehézség) esetén a gyermek később kezd el beszélni, az első szavakat későn tanulja meg, károsodott a mondatszerkesztése, beszédmegértési zavarban szenved, sőt súlyos esetben teljesen hiányzik a beszédértése.

- ***Az expresszív beszéd zavarai***

A motoros afázia (beszédképtelenség, beszédgyengeség) a verbális kifejezés izolált zavara. A gyermek a felszólításokat megérti, de szóbeli kifejezése általában a központi idegrendszer sérülése miatt gátolt.

- ***Artikulációs zavarokban*** a beszédért felelős izmok beidegzése károsodott.

Az idegsejtérés késése/károsodása is okozhatja. Tünetei: A gyermek folyékonyan beszél, és beszédértése is korának megfelelő, csak épp a szavak kiejtése, formálása nem jó.

- ***Az érzelmileg meghatározott artikulációs késés*** olyan gyermekeknél gyakori, akik az érzelmi érés késésének egyéb tüneteit is mutatják (pl. megmarad a selypítés).

- ***A dadogás*** a beszéd folyásának ismételt megakadása, egyes hangok ismétlése, elnyújtása vagy blokkolódása következtében. 2-4 éves gyermekeken a szavak első szótagjának kimondásakor hezitáció, szótagismétlés, beszédmodulációs zavar gyakran jelentkezik, de ebben az életkorban ez még élettaninak tekinthető. Oka az, hogy a gyermek gondolati és verbális kifejezőképessége közt ebben az életkorban még nagy a különbség. Előfordulási gyakorisága iskolás gyermekeknél 1%-ra tehető. Fiúk között 4-5-ször gyakoribb. **Okai** között örökölt és alkati tényezők, érzelmi stresszek, szorongás szerepelnek.

A specifikus fejlődési zavarok kezelése: Az alapbetegség kezelése mellett gyógypedagógiai, logopédiai korrekció szükséges.

Autizmus és pervazív fejlődési zavarok

Előfordulási gyakoriság

Azok a tanulmányok, amelyek az autizmus diagnosztikus kritériumait szigorúan veszik, megegyeznek abban, hogy a betegség ritka, 2-5 tízezrelék. A dezintegratív pszichózis (lásd később) valószínűleg 10-szer ritkább, mint a szigorú kritériumok alapján diagnosztizált autizmus. Ha azonban a pervazív zavarok kategóriában gondolkodunk, és az átmeneti és atipusos formákat is ideszámítjuk, gyakorisága 10-20 tízezezrelék. A vizsgálatok ugyanis azt mutatják, hogy az atipusos pervazív

fejlődési zavarok (egyéb pervazív fejlődési zavar, nem meghatározott pervazív fejlődészavar) sokkal gyakoribbak, mint a szigorúan vett autizmus. Ezek gyakorisága az egyet is elérheti 200 iskoláskorú gyermek között.

• Autizmus

Az gyakorisági vizsgálatok azt mutatják, hogy az autizmus sokkal gyakoribb fiúknál, mint lányoknál. A típusos eloszlás 4:1, vagy 5:1.

Kialakulása és okai

Biológiai tényezők

Bár ma már elmondhatjuk, hogy számos vizsgálat eredménye imponáló, az állapot hátterében mind a mai napig nem mutatható ki egyetlen specifikus biológiai ok, és a betegség pontos kialakulását nem sikerült leírni.

Idegrendszeri eltérések

Az autisztikus személyeknél a kutatások számos fizikális eltérést, pl. fennmaradó primitív reflexeket, apróbb neurológiai eltéréseket (EEG abnormalitásokat) mutattak, gyakrabban található közöttük epilepsziás is. Az autisztikus szindróma bizonyos neurológiai betegcsoportokban gyakrabban fordul elő (kongenitális rózsahimlő, sclerosis tuberosa, fenilketonuria, fragilis X szindróma, anyagcserebetegségek) másokban pedig ritkábban (Down szindróma). Az autista betegek esetében gyakrabban figyelhető meg különféle pre- és perinatális rizikótényező is.

Genetikai tényezők

Az örökletes tényezők szerepére hívja fel a figyelmet az is, hogy a beteg egyének utódainál gyakoribb az autizmus, mint az egészségeseknél, és gyakoribb a különféle beszédzavar és kognitív probléma is. Genetikai okra utal a fiúk gyakoribb megbetegedése is.

Biokémiai eltérések

Bár az autizmusban specifikus biokémiai okot kimutatni mind a mai napig nem sikerült, a vizsgálatok azt mutatták, hogy kb. az autisztikus gyermekek egyharmadánál magas a perifériás vérben a *szero-toninszint*. Ennek jelentősége ma még tisztázatlan. Hiperszerotoninémia ugyanis akkor is megfigyelhető más betegségekben (pl. mentális retardációban), ha az autizmussal nem társul.

Pszichoszociális folyamatok

Családi tényezők

Kezdetben feltételezték, hogy a patogenézis kialakulásában a szülői pszichopatológiának fontos szerepe lehet. Ma már nyilvánvalónak látszik, hogy az autisztikus gyermekek szülei, akik szülői gondozói magatartásukra a gyermektől – képességei hiánya miatt – megfelelő pozitív válaszokat nem kapnak, nagyobb százalék-

ban fognak depresszióban és szorongásban szenvedni, s így esetükben a meleg elfogadó nevelői attitűd hiánya a gyermek betegségének következménye, és nem oka.

Környezeti és szociális befolyások

Az autisztikus gyermekek nem alapvetően negativisztikusak. Bizonyos helyzetekben szokatlanul viselkednek, de viselkedésük számos esetben adaptív kísérletnek tekinthető. Feltehető, hogy a gyermekek az érzékelés zavara miatt a környezetet zavarba ejtőnek, furcsának érzik. Ehhez a másmilyennek érzékelt környezet-hez azután megpróbálnak sajátos módon alkalmazkodni.

Klinikum, tünettan

Megjelenési életkor

Az esetek nagy részében az autizmus *a gyermek első vagy második életévében manifesztálódik*. A pervazív fejlődési zavaroknál fontos a manifesztációs életkor ismerete (pontosabban a felfedezés ideje), mert ez alapján tudjuk egymástól a betegségeket elkülöníteni.

Szociális zavarok, hiányok

A betegség döntő tünete az érzelmi kapcsolat zavara. Az egészségesen fejlődő csecsemő már születése első hetében szociális lény. Az autista szociális fejlődése azonban számos módon problematikus. Csecsemőkorában az emberi arc látványa csak csekély érdeklődést vált ki belőle, szemkontaktust nem vagy ritkán tart, specifikus kötődése az anyához (attachment) nem alakul ki, és szociális érdeklődése később is csekély vagy hiányzik.

Kommunikáció

Ha a teljes intelligenciaspektrumot áttekintjük, akkor elmondhatjuk, hogy kb. az autisztikus gyermekek felénél a funkcionális beszéd nem fejlődik ki. Bár az autizmusra általában jellemző a beszédtanulás megkésése, mégis ennél fontosabb, hogy a kommunikáció *minőségileg* tér el a normálistól. Sok autisztikus kisgyermek a zajokra egyáltalán nem reagál, mintha süket volna, míg más hangokra (kedvenc televízióműsor) azonnal felfigyel. A gesztusok használata is károsodott, különösen az érzelmeket kifejező gesztusoké, pl. szimpátiáé (simogatás, mosoly stb.).

Ha a beszéd kifejlődik is, szociális közlésekre az autisták ritkán használják. Nem bocsátkoznak beszélgetésbe, gyakran csak egyszerűen egymás mellé helyezik a szavakat. Bár az autisztikus gyermek tesz fel kérdéseket, ezek a kérdések vagy saját elvont gondolatvilágában születtek (Milyen magas voltál, mikor 2 éves voltál?), vagy eljövendő eseményekkel vannak kapcsolatban (Mikor lesz ebéd?), ritkán érdeklődnek más hógyléte, gondolata, érzelmei vagy kedvtelése felől. Néhány autisztikus gyermek beszédes, de ilyenkor beszédük ismételtésekből és gyak-

ran monológokból áll, válaszra kevéssé várva. Mások – bár képesek beszélni – csak ritkán szólnak egy-két szót, és akkor is csak kívánságait fejezik ki.

Az autisztikus beszédének másik jellemző tulajdonsága, hogy a személyes névmásokat felcserélheti (önmagáról egyes szám második vagy harmadik személyben beszél). Gyakran megfigyelhető a késleltetett echolália, vagy a sztereotip beszéd, melyekkel más személyek vagy a televízió szövegeit ismétlik. Ezeket azután értelmetlenül, közlési igény nélkül, kontextuson kívül, hosszan mondogatják. Szokatlan a beszéd ritmusa és intonációja (gyakran monoton vagy éneklő), a gyermek maga képez szavakat (neologizmák). Fiatal autisztikus gyermekeknél gyakori az azonnali echolália (azonnali ismétlése annak, amit valaki mond), bár ez más beszédzavarnál is előfordul.

Beszűkült és repetitív érdeklődés és viselkedés

A sztereotip viselkedés és érdeklődés alkotja az autizmus harmadik jellemző tünete csoportját. Ezek a gyermekek hajlamosak arra, hogy a játékokat ne a funkciójuknak megfelelő módon használják (kivéve az egyszerű mozgásos, vagy hangadó játékokat). Ez a viselkedés azonban más pervazív fejlődészavarra is jellemző fiatal korban. A sztereotip viselkedés 4-5 éves korban kezd diagnosztikus értékűvé válni, mikor úgy tűnik, hogy a gyermekek egy-egy játéknak bizonyos részét előnyben részesítik (pl. egy játékautó kerekét, vagy a játékház ajtaját, amit csak nyitnak, csuknak). A babák, mackók felöltöztetése vagy a spontán, képzeletgazdag szerepjáték náluk igen ritka, bár néhány autisztikus gyermek képes arra, hogy egyszerűbb cselekvéseket kivitelezzen (eteti a babát vagy telefonál). Néhány nagyobb, kevésbé retardált gyermeknél kifejlődhetnek komplex rutinjátékok a babával vagy más játékkal, amelyeket azután repetitív módon ismételgetnek.

Az autisztikus gyermekek egy része a tárgyak közvetlenül érzékelhető (szenzoros) tulajdonsága után érdeklődik. Megszagolják vagy megkóstolják, vagy más módon érzékelik az egyes tárgyakat, amelyek másokban ilyen irányú érdeklődést nem váltanak ki. Vizuális minták vagy tárgyak megfigyelésére gyakran a perifériás látásukat használják. Látóterükben gyakran végeznek kezükkel vagy ujjukkal sztereotip mozgásokat. Önkárosító viselkedés is gyakori (harapás, fej beütése stb.), de ez más súlyos mentális visszamaradottságnál vagy szenzoros károsodásnál is előfordul. Autizmusban is leginkább a súlyosan mentális retardáltak között figyelhető meg. Némely autisztikus szokatlan erős ragaszkodást mutat különös tárgyakhoz (üvegtető, autókerék stb.). Az életkor előrehaladtával sok autisztikus gyermekben specifikus érdeklődés fejlődik ki, mely gyakran repetitív jellegű (térképek iránti érdeklődés, születésnapok megjegyzése, cipőméretek, menetrend stb.). A fiatalabb gyermekek is mutathatnak hasonló viselkedést, amikor ismételtten ugyanazokat a dolgokat rajzolják le (liftgomb, keresztek, pipa stb.). Ahogy az autista gyermek növekszik, nyugtalanná, dühössé válhat, ha a napi rutin nincs

percről percre betartva (a kenyér nincs a megfelelő módon levágva, a fürdővíz a kádban nem a megszokott szintig van), vagy ha a környezet megváltozik körülöttük (átrendezik a szobában a bútorokat).

• **Rett-szindróma**

A fejlődés pervazív zavarai közé tartozik a Rett-szindróma is, mely azonban meglehetősen különbözik az autizmustól. Csaknem kizárólag lányoknál fordul elő. Az első évben a gyermek fejlődése általában normális, de ezután a fejkörfogat növekedése lelassul, és a következő két évben a gyermek beszéde fokozatosan leépül. Sztereotip kézmozgások alakulnak ki, melyek jellegzetesen a test középvonalára szimmetrikusan történnek, előfordul a kezek benyálazása is. Gyakori a lihegés, és 1-4 éves kor között általában dülöngélő lesz a járás. Ahogy a Rett-szindrómás gyermek nő, motoros és mentális visszamaradottsága egyre kifejezettebbé válik, bár szociális érdeklődése a súlyos intellektuális károsodás ellenére némi növekedést mutat. Bár tipegő és óvodás korban a Rett-szindrómás gyermekek mutathatnak autisztikus vonásokat, a különbségek azért annyira kifejezettek, hogy a differenciál diagnózis 4-5 éves kor után nem nehéz.

• **Dezintegratív pszichózis (infantilis pszichózis)**

Dezintegratív pszichózisról akkor beszélünk, ha az *egészségesen fejlődő gyermek* hirtelen vagy néhány hónap alatt kifejezett viselkedésváltozást és fejlődési visszaesést mutat. A betegség *2 éves kor után kezdődik*, gyakran társul a koordináció zavarával és a hólyagkontroll elvesztésével. A viselkedésváltozások: szociális visszahúzódás, hangokra való csökkent reagálás, a kommunikáció teljes elvesztése, szokatlan szenzoros viselkedés, egyszerű rituálék, kéz és ujj sztereotípiák kifejlődése (sokkal inkább, mint autizmusban), de a komplex sztereotip viselkedési minták hiányoznak (bár egyszerű motoros sztereotípiák előfordulnak). Ez a ritka állapot kanyaró enkefalitiszhez, cerebrális lipoidózishoz, leukodisztrófiához, vagy más neurológiai kórállapothoz társulhat, de a legtöbb esetben oka tisztázatlan. Még azokban az esetekben is, ahol azután progresszív neurológiai betegséget diagnosztizálnak, kezdetben a vizsgálatok gyakran negatív eredményt mutatnak, és az állapotot hisztériás reakciónak tulajdonítják. Éppen ezért, ha a gyermek állapota nem javul, a neurológiai vizsgálatokat meg kell ismételni.

• **Asperger-szindróma**

Vannak olyan gyermekek, akik korai szociális fejlődésükben és viselkedésükben autisztikus tüneteket mutatnak, de óvodás korban kifejezett nyelvi vagy szellemi problémát nem figyelhetünk meg náluk. Ezek számára javasolták az Asperger-szindróma elnevezést. Ezek a betegek általában minden területen enyhébb tünetet mutatnak, érdeklődésük kevésbé beszűkült, ritkábbak a bizzar viselkedésmódok,

mint a klasszikus autistáknál. Általában későbbi életkorban ismerik fel, kevésbé igényel speciális oktatást, és jobb a prognóza is, mint az autista esetek többségének.

A pervazív zavarok kezelése

Speciális oktatás

Az autisztikus gyermekek fejlesztésében a speciális oktatás játssza a legnagyobb szerepet. Megfelelő oktatási hálózat kiépítése, ahol a gyermekek elhelyezése bentlakásos formában, tartósan megvalósítható, igen lényeges lenne. Az autisztikus gyermekek számára nagyon fontos, hogy az oktatási program jól strukturált legyen, és számoljon a gyermek egyéni szükségleteivel.

A család támogatása

A család támogatása sok formában történhet. Magyarországon is szerveződtek önszorgató csoportok, alapítványok ebből a célból. Lényeges szempont, hogy segítsünk a szülőknek csalódottságukat és félelmeiket feldolgozni. Meg kell tanulniuk, hogy a gyermekkel kapcsolatos ambivalens érzéseik természetesek, nincsenek egyedül ezekkel az érzésekkel.

Specifikus kezelések

Az autisták számára számos egyéni terápiát dolgoztak ki. Fontos a beszédterápia, a foglalkoztatóterápia, az egyes biológiai kezelési módok, és az idősebb autisták számára a pszichoterápia. Serdülő, felnőtt autisták esetében fontos a kommunikáció-facilitációja. Jobban funkcionáló autisták számára egyéni verbális pszichoterápia, szociális készségfejlesztés tréningcsoportban szintén jó hatású lehet.

A viselkedés kezelése

A gyermekek viselkedésének fejlesztésében a klasszikus és operáns kondicionálásnak egyaránt jelentős szerepe van. Jó tapasztalatot szereztek az idő-strukturálásra alkalmas órarend alkalmazásával. A szociálisan pozitív viselkedések megerősítésével lehetővé válhat a szociálisan kedvezőtlen magatartásmódok megszüntetése (megtaníthatjuk pl. a gyermeket arra, hogy a kézfogás jobb üdvözlési mód, mint az emberek megszagolgatása).

Gyógyszeres kezelés

Serdülőkoráig a legtöbb autista gyermek részesül valamilyen gyógyszeres kezelésben, de a kezdeti lelkesedés, mely a gyógyszerekkel szemben megnyilvánult, az utóbbi években lényegesen csökkent. Kimutatható ugyanis, hogy manapság *nincs olyan gyógyszerünk*, amely az autizmus alapvető tüneteit befolyásolni tudná.

A vizsgálatok azt mutatták, hogy a **Haloperidol** csökkenti a sztereotípiákat, az agresszív dühkitöréseket, és úgy tűnik, hogy máig a leghatékonyabb azoknak a súlyos viselkedészavaroknak a kezelésében, melyeket más módon nem sikerül befolyásolni. Kétségtelen azonban, hogy extrapiramidális mellékhatásai (diszkinéziák, disztónia) jelentősek.

Hiperkinetikus zavarok

Okai, kialakulása

Kétségtelen, hogy a betegség kialakulásában a *genetikai komponenseknek* nagy szerepük van. Ezt támasztja alá az, hogy az előfordulása fiúknál lényegesen gyakoribb, mint lányoknál, jöllehet a hiperkinetikus viselkedést lányoknál korábban tartják kórosnak, mint fiúknál. A szülőknél – különösen a hiperkinetikus gyermekek apjánál – homológ terheltség figyelhető meg.

A hiperkinetikus betegség hátterében az első vizsgálatok *organikus okokat* feltételeztek. A vizsgálatok arra engedtek következtetni, hogy vírus encefalitisz után, a frontális lebeny sérülését követően, vagy nehézfém mérgezések esetén előfordulása gyakoribb. Így éveken át a „minimális cerebrális diszfunkció” egyik tüneteként írták le.

A 20-as évek óta kutatják a *perinatális sérülések szerepét* a hiperkinetikus szindróma kialakulásában. A vizsgálatok azt mutatták, hogy ezeknél a gyermekeknél a perinatális rizikófaktorok nem gyakoribbak, mint más pszichiátriai betegségekben szenvedő serdülőknél. Az azonban megállapítható, hogy a hiperkinetikus gyermekek anyjánál a terhesség alatt gyakoribb volt az erős dohányzás és a hányás.

Klinikai kép

A hiperaktivitás, impulzivitás és a figyelemzavar a különböző életkorokban különböző formában nyilvánul meg.

Csecsemőkor

A szülő gyakran panaszkodik alvászavarról (a gyermek nagyon keveset alszik, vagy nagyon rövid időszakokat), étkezési zavarról (a csecsemő alig szopik, sír a szopás alatt, a nap folyamán igen gyakran kell etetni), túlmozgékonyaságról (nem lehet babusgatni), irritabilitásról (nyugtalan vagy hasfájós) és sírásról. Néha a gyermek önmegnyugtató vagy önstimuláló viselkedéseket alakít ki (ujjszopás, himbálózás, fejütögetés stb.). Ha az ilyen csecsemő mászni kezd, extrém mértékig veszélyeztetni valamilyen baleset, és emiatt állandó szoros megfigyelést igényel.

Tipegő- és óvodáskor

Az egészséges óvodások is rendkívül aktívak, rövid ideig tudják figyelmüket összpontosítani, és erősen impulzívak. Ezért gyakran nehéz megkülönböztetnünk, hogy az ilyen tünetekkel jelentkező gyermek beteg, vagy pedig normál variásként értékelhető.

Hiperaktivitás

Általában elmondható, hogy ebben az életkor-csoportban hiperaktivitásról akkor beszélhetünk, hogyha a gyermek mindig rohan, sose sétál, mindig mozgásban van, aktivitásának a célját mindig váltogatja, ezért úgy tűnik, hogy mozgása, aktivitása teljesen céltalan. A gyermek rendkívül aktív, de rosszul koordinált, és ezért gyakran kerül balesethelyzetbe.

Az alvászavar a csecsemőkorban észlelthez hasonló. A gyermek keveset alszik, ha alszik, akkor is nyugtalanul, és rövid periódusokat.

Impulzivitás

Az ilyen gyermekek előre megjósolhatatlanul viselkednek. Gyakran kirohannak az utcára, összetörnek játékokat, megvernek más gyermekeket minden különösebb provokáció nélkül. Nem reagálnak dicséretre, büntetésre, és minden szülői intelem ellenére folytatják azokat a viselkedési módokat, amelyek a szülőket kihozzák a sodrúkból.

Figyelemzavar

A gyermekek ebben az életkorcsoportban az aktivitásukat gyakran váltogatják. Strukturált feladatok közben csekély a kitartásuk, amit elkezdtek, azt nem fejezik be, nem tudnak egyedül játszani, és könnyen elterelődik a figyelmük.

Általános iskoláskor

Hiperaktivitás

Számos hiperaktív gyermek állandóan nyugtalan, elhagyja a helyét az osztályteremben, képtelen végigülni az étkezést, egy játékot eljátszani vagy végignézni egy televíziós programot. Az aktivitás kifejezett romboló jellege készleten általában a szülőt vagy a pedagógust arra, hogy segítségért forduljon.

Impulzivitás

Az impulzivitás hatása megfigyelhető a csúnya, befejezetlen, hibával teli házi feladatokon, mivel a gyermek képtelen lassan, óvatosan, lépésről-lépésre dolgozni, előrehaladni.

Az impulzív viselkedés gyakran veszélyessé válhat, hiszen a gyermek nem gondol viselkedése következményeire, képtelen kívánságait gátlás alá helyezni. Magas

tetön sétál, vagy a balkon párkányán üldögél, vagy elveszi másik gyermek játékát, esetleg cukorkát vagy más játékot lop.

Figyelemzavar

A figyelemzavaros gyermekek problémamegoldó tevékenységük során gyakran nagyon dezorganizáltak, komplex ingerekre vagy feladatokra nem tudnak megtervelten és hatékonyan válaszolni.

Serdülőkor

Serdülőkorban a hiperaktivitás, impulzivitás és figyelemzavar tünetei megváltozhatnak a gyermek fejlődési állapota és életének új pszichoszociális aspektusa miatt.

Hiperaktivitás

A nagymotoros hiperaktivitás területén jelentős csökkenés figyelhető meg. A nagyizmok helyett a hiperaktivitás a kisizmokra tevődik át (csavargatja az ujját, rázza az egyik lábát, izeg-mozog a széken). Mivel a nagymotoros mozgások csökkentek, számos szerző úgy véli, hogy a hiperaktivitás a gyermekkorra jellemző csak, és serdülőkorra a probléma kinőhető. Ezt a gyakori hiedelmet azután gyakran közlik is a hiperaktív gyermek szüleivel. A hiperaktivitás azonban csak más formát ölt. Ezek a problémás serdülők úgy tűnik, mindig menetközben vannak egyik helyről a másikra, és ritkán tudnak hosszabb ideig egyhelyben maradni. Lehet, hogy zenét hallgatnak, de eközben is állandóan mozgásban vannak.

Impulzivitás

Az impulzivitás a gyermekre és a környezetére egyaránt veszélyes, és szociálisan maladaptív módon nyilvánulhat meg. Ezek a gyermekek gyakran az osztály bohócának a szerepét játsszák. Impulzív kiszólásaik, durva tréfiák vannak, és gyakran okoznak effektív kárt.

Figyelemzavar

Jellemzője, hogy a figyelem könnyen elterelhető, a gyermek a feladatokat nem képes befejezni, egy-egy tevékenységre csak rövid ideig tud koncentrálni, és állandóan újabb és újabb aktivitásba kezd. Azokat a feladatokat, amelyek kitartó figyelem összpontosítást igényelnek, nem képes megoldani. A nehezebb feladatot gyorsan feladja, bonyolultabb feladatok megoldására alig-alig vállalkozik.

Kezelés

A hiperkinetikus gyermek kezelésébe a gyermeket, a szülőt és a tanárt is be kell vonni. A gyermeknek életkorának megfelelő módon el kell magyarázni, hogy mely területeken szorul segítségre.

Kognitív és viselkedésterápia

A hiperkinetikus gyermekek viselkedésterápiája elsősorban kontingencia programból és kognitív terápiából áll.

A kontingencia program lényege, hogy az operáns kondicionálás módszerét felhasználva megerősítőket helyez kilátásba, hogy fejlessze a viselkedés kormányzását, a koncentrációt és a célvezérelt munkát. A megerősítőket folyamatosan adagolni kell. Ezért ez a módszer igen idő- és személyigényes.

További operáns elv **a cél szukcesszív megközelítése** (goal-attainment). Ebben az esetben megfogalmazunk egy célt, amelyet kicsiny, a gyermek számára elérhető lépésekkel közelítünk meg. Ha az egyszerűbb dolgokat teljesítette, akkor következhetnek a nehezebb és komplexebb feladatok.

A kognitív tréningek közül iskolás korban különösen az öninstrukciós tréningek a hatékonyak. A kognitív terápia azon alapul, hogy segítünk a gyermeknek lelki és szociális konfliktusai megoldásában, és ezáltal impulzív dezorganizált viselkedésének a megváltoztatásában.

A gyógyszeres kezelés

Manapság a hiperkinetikus szindróma kezelésében a *methyphenidát* (Ritalin) a leggyakrabban alkalmazott gyógyszer.

A methyphenidát kezelés mellékhatásai közül az elalvási zavarok, az idegesség és az aspecifikus tünetek – mint fejfájás, fáradékonyosság – említhetők meg. A meglévő tic-ek és sztereotípiák felerősödhetnek. Szorongásos tünetek a terápia hatására gyakran fokozódhatnak, ezért az 5 év alatti gyermekeknél meg kell fontolnunk, hogy elkezdjük-e a stimuláns adását.

Mindezek alapján elmondhatjuk, hogy az a legjobb terápia, ha a viselkedésterápiát gyógyszeres kezeléssel kombináljuk. A gyermeknek meg kell tanulnia a saját alkatával együtt élni, önmagát összerendezni, hiszen a hiperkinetikus szindróma nem csupán a gyermekkor specifikus megbetegedése, hanem olyan állapot, amely a felnőttkorba átnyúlva is fennmarad.

Magatartászavar

Magatartászavarról akkor beszélünk, ha a viselkedés az életkornak megfelelő szociális elvárásokat durván áthágja, sokkal súlyosabb mértékben, mint a hagyományos gyermekcsíny vagy serdülőkori lázadás.

Gyakorisága

A zavar előfordulási gyakorisága mintegy 10%. A fiúk között gyakoribb, de az utóbbi években a leányok körében is szaporodik.

Okai, kialakulása

Szociokulturális tényezők

Tömegkommunikációs hatások

A televízió, a videofilmek, a műholdas csatornák korunkban elárasztják az embereket a fizikai erőszak bemutatásával. A hírműsorok hasonlóképpen tele vannak a világ minden részén előforduló agresszív cselekményekkel, balesetekkel, katasztrofákkal. Mindennek megértése életkor-függő. Azokat az agresszív cselekedeteket, amelyek a film folyamán megjutalmazódnak, igazolást nyernek, a fiatalok szívesen utánozzák. Az erőszak gyakori látása a saját agresszivitás megnövekedése mellett mások agresszivitásával szemben fásulttá, közömbössé tesz: egyre több esetben fogadja el a néző az agressziót, mint a konfliktusok normális megoldási módját.

Szülői, nevelési hatások

Jól ismert, hogy a nagyon agresszív, antiszociális fiatalok szülei is gyakran nagyon agresszívek. Az agresszió családi előfordulását nem az öröklődés, hanem a viselkedés tanulása, utánzása, vagy más szóval az agresszorral való azonosulás magyarázza. Szerepelhet a gyermekek agresszív viselkedésében az agresszió átoltásának jelensége is. Az antiszociális viselkedést mutató gyermekek szülei általában érzelmileg hidegek, nem adnak kellő érzelmi támogatást a gyermeknek.

Biológiai tényezők

Nem, öröklődés

A legtöbb szerző tapasztalata, hogy fiúknál sokkal gyakoribb a viselkedészavar, mint lányoknál. Szerepet játszhat a temperamentum („difficult baby”), a gondozókkal kialakított kötődés hiányosságai, fejlődési késések.

Szomatikus, neurológiai faktorok

Úgy tűnik, hogy bizonyos epizodikusan jelentkező agresszív viselkedésminták kapcsolatban állhatnak a központi idegrendszer, főleg a limbikus rendszer zavaraival. Emellett egyes esetekben apró, finom neurológiai tünetek észlelhetők.

Pszichológiai, pszichiátriai tényezők

A legtöbb antiszociális viselkedésű fiatalnál az anamnézisből kiderül, hogy a fiatal hosszú ideje beilleszkedési problémákkal küzd, gyakran az élet minden területén. Az önértékelésük általában alacsony, a fiatalok passzívak. Az antiszociális

fiatalok között gyakran előfordul öngyilkossági kísérlet, önsebzés. Bizonyos vizsgálatok szerint igen gyakori a depresszió is. Nem szabad tehát az öngyilkossági kísérletet vagy gondolatot manipulációként vagy komolytalan, teátrális gesztusként értékelnünk.

Intellektuális tényezők

Az **alacsony intelligencia** csak egy a sokfajta hajlamosító tényező közül, a tanulási nehézségek viszont nagyon fontosak. Különösen a szóbeli kifejező készségek elmaradása fontos, mert ez az alkalmazkodást jelentősen rontja. Mindez kiváltja azt, hogy a gyermekek az események, cselekedetek következményeit nem látják, problémamegoldó készségük rossz.

Megjelenési formái

A **családi körre korlátozódó magatartászavar** esetén a problémás viselkedés teljesen vagy csaknem teljesen az otthonra, a közeli családtagokkal való interakciókra, vagy a közös háztartásban élőkre korlátozódik. Az előforduló viselkedési formák: lopás otthonról (főleg pénz), játékok, ékszerek összetörése, ruhák szét-szaggatása, a bútorok faragása, vésése, értékes tárgyak összezúzása. Mindez sok esetben egy vagy két kitüntetett személy ellen irányul.

A **kortárs csoportba be nem illeszkedők magatartászavara** esetén hiányoznak a közeli barátok, a közeli kapcsolat a kortársakkal. Tipikus viselkedési formák: kötekedés, durvaság, határtalan engedetlenség, együttműködési képtelenség, az autoritással szembeni ellenállás, indulatkitörések.

A **kortárs csoportba illeszkedők magatartászavara** a kortárs csoportba jól beilleszkedett egyének állandóan észlelhető, az előzőekben felsorolt viselkedésformáit jelenti. A felnőttekkel való kapcsolat változó lehet. Az érzelmi zavar elhanyagolható.

A **nyílt oppozíciós zavar** alapvető tünete a tartósan ellenséges, provokatív és indulatos viselkedés, főleg a szülőkkel és a tanárokkal szemben. Ezek a gyermekek általában haragtartók, alacsony a frusztrációs toleranciájuk. Nem követnek el viszont súlyos erőszakos cselekedeteket, tünetként nem jelentkezik lopás, támadások, destrukció.

Kezelés

Az esetek nagy részében komplex beavatkozásra van szükség. Lényeges, hogy biztonságos, megfelelő *határokat szabó környezetet* biztosítsunk a gyermeknek, fiatalnak.

Gyógyszeres kezelés

A magatartászavar mellett előforduló hangulati hullámlás, hangulatzavar kezelésekor szükség lehet antidepresszánsok, lithium carbonicum, carbamazepin adá-

sára. Figyelemzavar fennállásakor pszichostimuláns kezelés lehet indokolt. A neuroleptikumok csökkentik az agressziót, hosztilitást, negativizmust és az impulzivitást.

Pszichoterápia

Kognitív viselkedésterápiás eljárások, szociális tréning a leghatékonyabbak. A családi diszfunkcionális interakciók kezelése családterápiával történhet. Igen fontos módszer a *szülőtréning* (ami a szülői készségek fejlesztésével a határszabást segíti, és a pozitív visszajelzések gyakoriságát igyekszik növelni). Csoportterápiával az énképet javíthatjuk, a szociális készségeket fejleszthetjük. Az iskola a gyermekre való fokozott figyellel, egyéni tanulási programmal segíthet.

Gyermekkorai depresszió

A *depressziós tünet* a hangulat jellemzője. A rosszkedv, a szomorúság, a bánat kifejezésére használjuk. Ezek olyan átmeneti állapotok, amelyeket a legtöbb ember az élet különböző szakaszaiban átélhet. Tehát egyáltalán nem lehet kórosnak tekinteni. A *depressziós betegségre* a rosszkedv, bánat mellett más tünetek is jellemzőek. Ilyen az alvászavar, az étvágytalanság, boldogtalanság, rossz koncentráció, alacsony önbecsülés, büntudat, fáradtság és az öngyilkossági fantáziák.

Hosszú ideig vitatott volt maga az a kérdés is, hogy *létezik-e egyáltalán a gyermekkorban* a felnőttkorihoz hasonló depresszió. Az 1930-as és 1960-as évek között, elsősorban a *pszichoanalízis* hatására, ezt erősen kétségbe vonták. Úgy vélték, hogy igazi depresszió nem alakulhat ki addig, mg a szuperego teljesen ki nem fejlődött. 1970-től aztán szélesedni kezdett a gyermekkorai depresszió irodalma. Megjelentek a larvált depresszióról, depresszió ekvivalensekről szóló *klinikai* közlemények.

A diagnosztikai bizonytalanságból is látható, hogy jelenleg a gyermekkorai depresszió esetében sem egységes kóreredetről, sem kialakulásról, sem tüneti képről nem beszélhetünk.

A depressziós tünetek fejlődése

A különböző fejlődési állapotokban a gyermekek szomorúságukat különbözőképp fejezik ki, és az évek elteltével egyre jobban igyekeznek kontrollálni. Épp így változik az életkorral az is, hogy fel tudják ismerni mások szomorúságát, és igyekeznek a másikat megvigasztalni.

Gyakoriság

Gyakorisági tanulmányok azt mutatták, hogy a depresszió gyakorisága az életkor fejlődésével változik. Fiatal gyermekkorban, mint említettük, a teljes depressziós szindróma rendkívül ritka, viszont már 6 hónapos csecsemőnél is megfigyelhető a szomorúság átmeneti kifejezése.

A 10-14 évesek 13%-ban depressziós hangulatról számolnak be, 17%-nál hiányzik a mosoly, és 9%-uk depressziósnak tűnik. Ha ugyanezeket a gyermekeket azután 14-15 éves korukban újravizsgálták, azt állapíthatták meg, hogy az adolescentek több mint 40%-a panaszkodik depressziós érzésekről, és 7-8%-uk öngyilkosságra is gondolt már. A szülők és a tanárok a serdülők depressziójának szintjét kevésbé ismerik fel.

Okai, kialakulása

Negatív életesemények

Interperszonális veszteség és szeparáció

A szomorúságot előidéző szituáció prototípusa a szeretett személytől való időleges szeparáció, vagy annak elvesztése. A veszteség és szeparáció mellett számos más olyan interperszonális szituáció van, amely szomorúságot válthat ki. Igen fontos, hogy mind egy szoros pozitív kapcsolat hiánya, mind pedig annak elvesztése egyaránt depresszióhoz, szomorúsághoz vezethet.

Fizikális betegségek

A balesetből, betegségből eredő károsodások szintén gyakran vezethetnek szomorúsághoz. Főleg azok a betegségek tartoznak ide, amelyek állandó változásokat idéznek elő a testi képességekben, a megjelenésben vagy az intellektusban.

Önértékelés csökkenése

Mind az önbizalom hiánya, mind elvesztése egyformán igen fontos tényező lehet a depresszió kialakulásában.

Családi hatások

A depressziós szülő fokozott rizikót jelent az utódok hangulatzavara és depressziója szempontjából is. A nem krónikus, de kezeletlen depressziós betegek gyermekei több pszichiátriai zavart mutattak, mint a krónikus, de kezelt szülők.

A *depressziós gyermekek* családját vizsgálva megállapították, hogy a szülők gyakran elutasítók, sokat és agresszív módon büntetnek.

Az életeseményre való reakció változása a gyermek fejlődésével

Ugyanarra az eseményre a gyermekek az életkoruk változásával párhuzamosan másként reagálnak.

A szeparációra bekövetkező klasszikus választ (tiltakozás–elkeseredettség–szociális kapcsolat zavara) a gyermekek leginkább 1/2 és 4 éves koruk között mutatják. 6 hónapos kor előtt ez a reakció nem jelentkezik, mivel a gyermeknél a szelektív kötődés az anyához még nem alakult ki. 4 éves kor után már szintén kevésbé viseli meg a gyermeket a szeparáció, mivel már képes megérteni, hogy időleges is lehet, tehát nem érzi magát örökre elhagyottnak.

A szeretett személy halálát követő **gyászreakció** is változik az életkorral. Meglepő, hogy fiatal gyermekek, gyakran úgy tűnik, észre sem veszik a szeretett személy elvesztését. Ez abból adódik, hogy nem képesek felfogni sem a veszteség irreverzibilitását, sem annak következményeit. Azonban ahogy az idő múlik, a gyermek egyre inkább rádöbbenhet a halál visszafordíthatatlanságára, és elhúzódo szomorúsággal reagálhat, amelyhez más érzelmi és viselkedésbeli tünetek is társulhatnak.

Szintén megfigyelhető, hogy a gyermekek a **szülők válására** nemüktől, temperamentumuktól és fejlődési szintjüktől függően másként reagálnak. A vizsgálatok azt mutatták, hogy a fiatalabb gyermekek a válási procedúrát nehezen tolerálják, mivel szociális és kognitív képességeik még fejletlenek, és így nehezebben birkóznak meg azokkal a stresszhelyzetekkel, amelyek a válást kísérik.

A gyermekkori depresszió kezelése

A hatásos kezelés kiválasztását meg kell előznie a körültekintő diagnosztikai munkának. A különböző pszichopatológiai tünetek elemzése, az endogén, az organikus és a pszichogén kóreredet megítélése után választható a megfelelő terápia.

Gyógyszeres terápia

- A kezelés stratégiájának megválasztásában fontos szempont, hogy a kezelés kórházban vagy ambuláns körülmények között történik-e. A kórházi kezelés mellett szól, ha öngyilkosság veszélye van, és ez egyben az első epizód jelentkezésekor a helyes diagnózis felállítását segíti. A betegség kezdetén a kórházi strukturált környezet hatása előnyös.
- A gyógyszerek mellékhatásai (szájszárazság, tachikardia, obstipáció, fáradtságérzés, aluszékonyosság) a gyermek számára olykor nehezebben viselhetők el, mint maga a betegség tünetei. A gyógyszerek átmeneti hatása miatt a kognitív funkciók csökkenhetnek, ami a gyermek tanulására, iskolai teljesítményére hátrányos lehet.
- Mivel az antidepresszánsok hatása csak napok, néha hetek múlva jelentkezik a gyógyulás reményét távolítva, ez a gyógyszeres terápia önkényes megszakítását, rendszertelen gyógyszereszedést eredményezhet, indokolatlan gyógyszer-váltást vált ki.

A gyógyszeres terápia előnyei

- A gyermeket hozzáférhetővé teszi a pszichoterápia számára.
- A rendszeres gyógyszerellenőrzés garancia a terápia folyamatosságára, egyben lehetőség a szülő folyamatos támogatására.

A gyógyszeres terápia alkalmazása

Számos antidepresszívum segít a depressziós tünetek legyőzésében felnőttkorban, de csak kevés olyan közlemény ismeretes, mely a gyermekkori depresszióban való alkalmazásukról adna ismertetést. A gyógyszerek legtöbbjénél olvasható 12 éves kor alatti adagolás ellenjavallata elsősorban a kipróbálás hiányából ered.

A gyógyszeres terápia hatásának kezdete átlagosan 3-10 nap múlva várható.

Pszichoterápia

A gyermekkori affektív kórképek kezelésében a farmako- és pszichoterápia szerves egységet képez. A gyógyszeres terápia mellett, vagy a gyógyszerek mellőzésével jelentős szerepe van a stressz enyhítésére szolgáló, támogató, tanácsadó, a tevékenységet, az aktivitást segítő, a kommunikáció javítását célzó pszichoterápiás beavatkozásoknak. Az egyéni pszichoterápia, kognitív terápia, kontextuális pszichoterápia, kisebb gyermeknél a játékterápia, a szülőtréning, a csoportterápia és végül, de nem utolsó sorban a családterápia jelentős szerepet játszik a kezelési repertoárban.

A pszichoterápiák segítséget nyújtanak a konfliktus feldolgozásához és az önismeret erősítéséhez. A gyermek alkalmassá válik az újabb konfliktusok megoldására. A napi program fokozatos bővítésével és a csoportterápiában szerzett tapasztalatokkal javul a beteg kommunikációs készsége és szociális aktivitása.

Szorongásos zavarok a gyermekkorban

A klinikai vizsgálatok és a gyakorlati tapasztalatok arra utalnak, hogy a különböző félelmek igen gyakoriak a gyermeki fejlődés különböző stádiumaiban. Ha egy korszecifikus félelem túlzott (az egészséges gyermek életkorához képest), és a gyermek egészséges életvitelét gátolja, a beavatkozás elkerülhetetlen. Emellett vannak olyan félelmek is, amelyek bizonyos életkorban még normálisnak mondhatók, de egy bizonyos életkoron túl már nem tartoznak az egészséges fejlődéshez (például szeparációs félelem 13 éves fiúnál, 10 éves lány túlzott aggodása a család gazdasági helyzete miatt), és a félelmi zavarok korai manifesztációjának tekinthetők.

Az egyes életkorokra jellemző félelmek

Csecsemő- és óvodáskor

Veleszületett félelmeknek azokat nevezzük, amelyek a születést követően azonnal jelentkezhetnek, létrejöttükhöz nincs szükség tudatos átélésre. Az eseménnyel egy időben lépnek fel. Ilyenek a hangos zajokra, fájdalomra, hirtelen zuhanásra, váratlan mozgásra jelentkező félelmek.

Idegentől való félelem csak a fél éves kor környékén jelentkezik. Az ismerős és az idegen megkülönböztetése már kognitív feldolgozást igényel.

Az állatoktól való félelem a korai típegőkorban lép fel. Az állatok ugyanis gyakran hirtelen zajokat okozhatnak, vagy váratlan mozdulatokat tesznek. Még a csendes állatoktól is félhet a gyermek, mert idegenek, ismeretlenek lehetnek.

Az óvodáskorban fokozatosan csökken a veleszületett félelmek szerepe, de a fájdalomtól való félelem megmarad. A memória fejlődésével a félelmek elvesztik szituációfüggőségüket, és a gyermeknél a szocializáció részeként megjelenik az (anticipált) előre vetített félelem. A gyermek félni kezd az esetlegesen bekövetkező fájdalomtól (orvos), a balesetektől, tüztől. Ezeknek a félelmeknek a kialakulása a szülői intelmek hatására történik.

A képzeletbeli állatoktól való félelem és a rossz álmok lélektanilag annak a következményei, hogy a kisóvodás kezdi a realitást a fantáziától megkülönböztetni, és ez utóbbit a kognitív tevékenység speciális birodalmának tekinti. Ezeket a fantáziaképeket a gyermek lehetséges fájdalomlehetőségeknak tekinti, s ezért váltanak ki a gyermekben anticipált félelmet.

Az óvodáskor végére jellemző a rablóktól és a gyermekrablóktól való félelem. Elsősorban potenciális fájdalom- vagy szeparációokozó hatásuk révén válhatnak ki a gyermekben szorongást. Az állatoktól való félelem is megmarad, valószínűleg a felnőttek óvó hozzáállása miatt.

Ezidőben jelennek meg az első szociális félelmek is (nevetségességtől, hibázástól való félelem). Ebben igen fontos a környezet reakciója, az, ahogy a gyermek teljesítményeit fogadja.

Iskoláskor

Az iskoláskorra a gyermek félelmei a realitás felé fordulnak. Gyakoribb a közlekedési balesettől, tüztől, testi sérüléstől való félelem, míg az elképzelt lényektől egyre ritkább. A régi félelmek (idegen félelem, leeséstől való félelem stb.) csökkennek, bár a zajoktól való félelem gyakran megmaradhat.

A szociális félelmek közül elsősorban a kortársak elutasításától való félelem, vagy az iskolai követelményeknek való meg nem felelés figyelhető meg.

A realitáshoz való fordulás azonban nem teljes. Bár a veszélyes, de irreális vad-állatoktól való félelem (tigris, oroszlán) csökkenhet, de apró, ártalmatlan állatoktól való irreális félelmek a felnőtt korig, illetve azon túl is fennmaradhatnak. A kigyótól való félelem pedig messze felülmúlja a valós veszélyt.

A sötétől való félelem jelentősen csökken. Csökken a szellemektől való félelem is, de ezt a csökkenést jelentősen „pótolja” a tömegkommunikáció által közvetített számtalan irreális szörnyről való rettegés.

Serdülőkor

A serdülőkor új, az életkornak megfelelő félelmekkel hozakodik elő. Kiteljesednek a szociális félelmek. 14-18 éves kor között egyre gyakoribb a háborútól való félelem. Megjelennek a nemi szereppel kapcsolatos félelmek, ugyanakkor az iskoláskori szociális félelmek is jelentősebbé válnak. Lényegesegek közülük a kortársak elutasításával, az iskolai teljesítménnyel kapcsolatos félelmek.

A testi sérüléstől, a fájdalomtól, az állatoktól való félelem kifejezetten csökken a serdülőkorban, a haláltól vagy a szeretett személy elvesztésétől való félelmek viszont gyakoribbá válhatnak.

Egyes irracionális félelmek (vihartól, erős zajtól, egértől stb.) perzisztálhatnak, esetleg újabbak jelentkezhetnek (temetőtől, mély víztől).

Okai és kialakulása

A családvizsgálatok azt mutatták, hogy egyes családokban a félelmi zavarok gyakoribbak. Pánikbetegség, fóbiák, kényszerek kialakulását genetikai faktorok valószínűleg befolyásolják. A generalizált szorongás betegség és a poszt-traumás stressz-betegség viszont, úgy tűnik, kevés örökletes komponenst tartalmaz. Elsősorban a temperamentum (*pszichofiziológiai reaktivitás*) az, ami genetikusan befolyásolja a szorongásra való hajlamot. Az ilyen veleszületett hajlam, ha össze-találkozik bizonyos környezeti hatásokkal, stresszt okozó életeseményekkel vagy helytelen családi interakciós mintákkal, betegséget okozhat.

A gyermekkori félelmek klinikai megjelenési formái

Szeparációs szorongás

Gyakorisága, kialakulása

A szeparációs szorongás kialakulásában mind alkati, mind környezeti tényezők szerepet játszhatnak. Az előzményben gyakran valamely közeli családtagnak a sú-

lyos megbetegedése vagy bármely okból való távozása a családból. A szorongásos zavar leggyakrabban a 6-11 éves korban mutatkozik, és az iskolától való félelem, a félelem miatt az iskolából való távolmaradás formában jelentkezik.

A vizsgálatok szerint a betegség egyforma arányban (3,5-5,4%) fordul elő fiúknál és lányoknál.

Klinikai kép

A szeparációs szorongás a szeretett személytől, többnyire az anyától való elszakadás miatt jelentkezik, és az enyhe várakozási félelemtől a teljesen kifejlett pánikállapotig terjedhet. A gyermek fél attól, hogy elhagyja az anyát, valami baj történik vele, és nem tud visszatérni, vagy pedig attól, hogy az anya távollétében vele történik valami baj. A szeparációtól való félelem megnehezíti, illetve lehetlenné teszi az óvodában vagy az iskolában való tartózkodást. Mivel a szülő gyakran maga is szorongó, a gyermek tüneteit így maximálisan elfogadja, esetleg meg erősíti.

Kezelés

Kognitív és viselkedésterápia

Abban az esetben, ha a gyermek még fiatal, a tünetek enyhék vagy közepesúlyosak, és relatív rövid ideje állnak fenn, a kezelés egyszerű lehet, és gyors eredményt hozhat. A szülőknek el kell magyarázni a zavar természetét, és rámutatni arra is, hogy ők maguk milyen szerepet játszanak a szorongás kialakulásában, illetve fokozásában. Rá kell mutatni arra, hogy fontos, hogy a gyermek átéljen szeparációs helyzetet, és megtanulja, hogy nem történik semmilyen katasztrófa, ha elválnak egymástól. Tanácsadással támogatni kell a normál szeparációs helyzeteket, fokozatosan kialakítva azokat, melyeket a gyermek már el tud viselni, és ezeket pozitívan jutalmazni.

Gyógyszeres kezelés

Egyes esetekben a támogató és viselkedésterápia mellett átmenetileg gyógyszer adására is szükség lehet. Elsősorban az feszültségoldóknak tulajdonítanak pozitív hatást.

Fóbiás szorongás gyermekkorban

Gyakoriság

Félelmek, mint láttuk, a gyermekkor minden szakaszában gyakran jelentkeznek, lányoknál gyakrabban mutatkoznak, mint fiúknál. A félelmek széleskörű előfordulása ellenére a specifikus fóbiák lényegesen ritkábbak (2,4-3,6%).

Klinikai kép

A fejlődési fázisnak megfelelő félelmek felerősödhetnek, és annyira tartóssá és kifejezetté válhatnak, hogy a gyermek alkalmazkodását nagymértékben beszűkíthetik. Az erőteljes szorongás bizonyos jól meghatározott helyzetekben jelentkezik, ilyenkor a főbiát keltő tárgy (vér), személy vagy szituáció kimutatható. A gyermek vagy serdülő egyébként nem mutat félelmi reakciókat, szociális kapcsolatait csak ritkán befolyásolják a főbiái. A félelmet kelt tárgy, esemény jelenlétében az életkori sajátosságnak megfelelő, de túlzott mértékű szorongás jelentkezik, a beteg minden erejével azon van, hogy elkerülje a helyzetet, és félelmi reakciója alig csillapítható.

Terápia

Viselkedésterápia

A fóbia kezelésében első választásként viselkedésmódosítás, viselkedésterápia jön szóba. A főbiák pontos kiértékelését, felmérését követően szisztémás deszenzibilizáció, a stimulus expozíció és a modellálás, illetve ezek kombinációja alkalmazható. A szisztémás deszenzibilizálásnál a gyermeket megtanítjuk a relaxációra az elképzelt félelmi helyzetben, kezdve a legenyhébbnél, majd fokozatosan jutunk el a legerősebbekig. Az ingerelárasztásos technikát képzeletben és in vivo is alkalmazhatjuk. Segít a gyermeknek, ha megfigyel másik személyt vagy gyermeket, aki kapcsolatba kerül a rettegett tárggyal – félelem nélkül.

Gyógyszeres kezelés

A viselkedésmodifikációs technikák sikertelensége esetén szóba jöhet a gyógyszeres kezelése.

Szociális szorongásos zavar a gyermekkorban

Ezek a gyermekek tartósan rettegnek idegen személyektől, illetve kerülik azok közelségét. A szociális félelem jelentkezhet felnőttekkel vagy gyermekekkel kapcsolatban, de gyakran mindkettővel egyidejűleg. Miközben ezek a gyermekek kerülik az idegenekkel való kapcsolatot, a szeretett személyekkel, családtagjaikkal kapcsolatban egészségesnek tűnnek, nem mutatnak túlzott ragaszkodást vagy szeparációs szorongást.

Testvérféltékenység zavara

Oka, kialakulása

A testvérféltékenység kóros formájának kialakulását számos tényező befolyásolhatja, de legtöbbször a különböző hátrányos tényezők együttállása tárható fel. A

kistestvér születése előtt kialakított szülő-gyermek kapcsolat biztonsága védelmet jelenthet az új helyzet okozta emocionális zavar kialakulásával szemben. A terhesség komplikációi már a testvér születése előtt is elvonhatják a figyelmet a nagyobb gyermekről, aki érzelmi hiányállapotba kerülhet, de ugyanígy akadályozhatja a szülői figyelmet a nagyobb gyermek iránt az újszülött vagy csecsemő betegsége, a házasságban jelentkező nehézségek stb.

Klinikai kép

A kisgyermekek nagy része a fiatalabb testvér születésekor érzelmileg nehéz helyzetbe kerül. Természetesnek vesszük, hogy a gyermek – legalábbis átmenetileg – a kistestvért riválisának érzi, és féltékeny rá. Ez az érzelmi reakció egyes esetekben tartóssá válhat. A testvérféltékenység jeleként értékelhető gyakran az, hogy a viselkedésben visszaesés mutatkozik, a gyermek csecsemőként viselkedik, újra bevizel vagy beszél. Visszaesés látható gyakran a táplálkozási szokásokban, öltözködésben is. A szülőhöz fűződő kapcsolatát megrontja állandó ellenkezése, engedetlensége. Gyakorivá válnak az indulatkitörések, szorongás, rosszkedv és visszahúzódás jelentkezhet. Alvászavarok mutatkozhatnak, a gyermek különösen igényli a szülők figyelmét a lefekvés körül, illetve azokban az időszakokban, amikor az anya egyébként a kisebb gyermekkel lenne elfoglalva.

Kezelés

A kezelés a zavar kialakulásában szerepet játszó tényezők figyelembevételével történik. Lényeges eleme a szülőkkel történő konzultáció, melynek során megpróbáljuk végiggondolni a szülői magatartás változtatásában rejlő olyan lehetőségeket, amelyekkel a testvérféltékenység enyhíthető (büntetés helyett az idősebb testvér életkorából adódó előnyök hangsúlyozása, bizonyos regresszív viselkedésmódok átmeneti megengedése után fokozatos visszatérés az életkornak megfelelő követelményekhez stb.). Súlyosabb esetekben a testvérféltékenységben szenvedő gyermekkel pszichoterápiás foglalkozások javasoltak, melyek során lehetőséget kínálunk érzelmei megfogalmazására, játékban történő eljátszására és a megoldások kidolgozására.

Iskolafóbia

Az iskolafóbia kifejezéssel jelölt szeparációs szorongásos zavar vagy izolált fóbia minden esetben mielőbbi szakértő segítséget igényel, és a gyermekpszichiáter kompetenciájába tartozik.

Gyakoriság

A klinikai betegpopulációban az iskolafóbia gyakorisága 1-8%. Elképzelhető, hogy az iskolafóbiás gyermekek jelentős része nem kerül gyermekpszichiáterhez, hanem problémáját iskolakerülésként értékeli. Nemi különbségek és szociális osztálykülönbségek nem láthatók, ugyancsak nincs különbség egyedüli vagy testvérekkel rendelkező gyermekek között. Általában a fiatalabb testvér betegszik meg, és ebből következően a szülők életkora magasabb. A betegség bármikor megjelenhet az iskolába járás időszakában, a leggyakoribb előfordulás a korai serdülőkorban észlelhető.

Okai, kialakulása

A kisiskoláskorban kezdődő iskolafóbia esetén az iskolafóbia kialakulása megfelel a szeparációs szorongásos zavarnál leírtaknak. Gyakran látjuk azt, hogy a szeparációval már bölcsődés-óvodás korban küszködő gyermek félelmei a beiskolázáskor válnak olyan hevesse, hogy orvosi segítséget igényelnek. A kórkép hátterében többnyire megtaláljuk azokat a kiváltó tényezőket, melyek a szeparációs szorongás kiújulásához vezettek. Ilyenek lehetnek az anya betegségei, sorozatos rosszulletei, bármilyen változás a családi helyzetben, illetve valamely közeli ismerős vagy családtag halála, balesete, ami – mint lehetőség – a szülő elvesztésétől való félelmet felerősíti. Sok esetben a szorongásos állapot megjelenése mögött közvetlen kiváltó tényezőt nem sikerül feltárni.

Klinikai kép

A kezdet általában fokozatos, és az iskolába indulás körüli nehézségekben mutatkozik először. A gyermek gyakran testi tüneteket említ, melyek hátterében a sorozatos belgyógyászati vizsgálatok nem mutatnak ki organikus eltérést. Végül a gyermek kijelenti, hogy nem megy iskolába, mert fél. A betegség hirtelen is kezdődhet. Az előzményben iskolaváltoztatást, testi betegséget vagy iskolai szünetet is gyakran találunk. Iskolai vagy otthoni stressz is szerepel néha, de iskolafóbia jelentkezhethet mindezek nélkül is. Előfordul, hogy a gyermek csupán egyes tanórákra nem akar bemenni, de az is gyakori, hogy az iskolától való félelem a hét elején súlyosabb.

Az iskolafóbiás gyermekek extrém módon függenek szüleiktől, és a szülők gyakran túlvédőek.

Kezelés

Fontos megismerni azokat a tényezőket, amelyek a szeparációs szorongás aktuális felerősödéséhez vezettek, hiszen ezek gyakran még a szülő számára is ismeretlenek. A félelmek feldolgozása pszichoterápiában lehetséges, súlyosabb esetekben gyógyszeres feszültségoldó kezelés is megfontolandó.

A terápiás stratégia másik vonulata viselkedésmódosító eljárások alkalmazása. Minél hosszabban fennáll az iskolafóbia, és a gyermek minél tovább van távol az iskolától, annál nehezebb az iskolába járás újbóli beindítása. A viselkedésmódosító eljárásoknál a szülők együttműködése elengedhetetlen. Súlyos esetekben az iskolafóbia kezeléséhez kórházi felvétel is indokolt. A kórházban természetesen ugyanazok a szeparációs félelmek mutatkoznak, melyek az iskolától való távollétet indokolták, de ezek kezelése a szakszemélyzet bevonásával talán mégis könnyít a helyzeten, és a szeparációs szorongás fokozatos leküzdése lehetségessé válik.

Semmiképp ne javasoljunk felmentést az iskolalátogatás alól, magántanulóságot, mert ez csak súlyosbítja a betegséget és a gyermek szociális izolációját!

Kényszerbetegség

A *kényszer gondolat (rögeszme)* olyan állandóan visszatérő ötlet vagy indíték, ami rátelepül a gondolatokra, a gyermek ezekkel szemben védtelen, elhárításukra képtelen, s idegennek érzi azokat. Kényszerszerű jelenségek a normális fejlődés bizonyos szakaszaiban is jelentkezhetnek átmenti jelleggel. A klasszikus iskoláskori kényszer cselekvés szép példája olvasható Radnóti Miklós *Nem tudhatom ...* című költeményében: „az iskolába menvén, a járda peremén, hogy ne feleljek aznap, egy köre léptem én”. Ezek a kényszerek a gyermek életvitelét lényegesen nem befolyásolják.

A kórkép kialakulásához magasabb pszichés differenciáltság szükséges, így 10 éves kor alatt nem fordul elő.

A *kényszer cselekvés* végrehajtója – valamely kényszer gondolattól hajtva – úgy érzi, tetteivel valamely gondolat, impulzus megjelenését vagy egy elképzelt katasztrófa eljövételét akadályozhatja meg. A betegnek gyakran pontos, kidolgozott menetrendje van a végrehajtandó cselekedetek időtartamával, sorrendjével, számával kapcsolatban.

A rögeszmés kényszerbetegség az esetek nagy részében gyermekkori eredetű. A felnőtt korú betegek felénél-harmadánál a betegség a 15. életév betöltését megelőzően alakult ki. A rendellenesség megjelenése, tünetegyüttese gyermekek és serdülők esetében nagyon hasonló.

Gyakorisága

A rögeszmés-kényszeres tünetek együttes előfordulását 0,3%-nak találták. A leggyakoribb rögeszmék a szennyeződéssel, piszokkal, a beteg vagy a hozzá közelálló személy sérülésével kapcsolatosak. A leginkább előforduló kényszer-

cselekvések: mosási, tisztítási rituálék (75%), illetve valamely körülmény ellenőrzésére irányuló cselekedetek (40%). Gyakoriak az összetett rögeszmék illetve kényszer-cselekvések.

Kezelés

A kezelésben fő szerep jut a viselkedésterápiás technikáknak. Igen eredményesnek bizonyult a gyermekek és serdülők kényszerbetegségéhez társuló rituálék kezelésében az ún. válaszprevenció, aminek része a rituális cselekmény (pl. kézmosás) akadályozása is. A megfelelő eredmény érdekében természetesen fontos, hogy e technikákat gyakorlott klinikus alkalmazza.

Az utóbbi időben látványosan megnőtt a gyógyszerek szerepe a kényszerbetegség kezelésében. Annak meghatározásához, hogy hatásos-e a terápia, a betegnek legalább 12 hétig a legmagasabb elfogadott dózist kell kapnia.

Ha a terápia nem jár eredménnyel, vagy a család válságba került, és nem képes a fiatal támogatására, a kórházi ápolás lehetőségét kell megfontolnunk.

A kezelés eredményeképpen a beteg vagy teljesen és véglegesen felépül, vagy kisebb visszaesések követik gyógyulását, s a felépülés csak részleges.

Pánikbetegség (epizodikus paroxizmális szorongás)

Pániknak az olyan ismétlődő, súlyos szorongást, nevezzük, amelynek fellépése nem kapcsolódik valamely meghatározott helyzethez, s így előre nem jelezhető. Az uralkodó szorongásos tünetek eltérhetnek, de gyakoriak a szomatikus tünetek, az énidégenség (deperszonalizáció) és a valóságérzet megrendülése (derealizáció). Halálfélelem, az önuralom elvesztésétől, a megőrüléstől való félelem is jelentkezhet. Másodlagosan gyakran kialakul az újabb pánikrohamokkal kapcsolatos várakozási szorongás. A betegek gyakran az intenzív osztályokon jelentkeznek, ahol a heves tünetek – szív táji panaszok, fulladás érzés – háttérben végül is szervi eltérést nem találnak. A pánikállapot rohamokban jelentkezik, a közti időszakokban a gyermek nem szorong.

Kezelés

Gyógyszeres és viselkedésterápiás módszerek egyidejű alkalmazásával az esetek jelentős része kezelhető.

Súlyos stressz által kiváltott reakciók és alkalmazkodási zavarok

Ezen állapotok valamilyen akut stressz-reakciót vagy alapvető életmódbeli változást kiváltó súlyos élethelyzet következtében alakulnak ki. Mindez a beteg számára tartósan rossz közérzetet eredményez, ami alkalmazkodási zavarokhoz vezet. A felsorolt rendellenességek minden korcsoportban, azaz gyermekeknél és serdülőknél is jelentkezhetnek.

Akut stressz-reakció

Az akut stressz-reakció olyan *átmeneti* zavar, amelyet valamely súlyos fizikai vagy lelki stresszhatás (pl. természeti katasztrófa, testi bántalmazás vagy egyszerre több közelálló személy elvesztése) vált ki. A meghatározás értelmében azonnali és egyértelmű kapcsolatnak kell lennie a stresszor hatása és a tünetek jelentkezése között. További feltétel, hogy a tünetek rövid idő alatt (3 nap) megszűnjenek.

Klinikai tünetek

A tünetegyüttes legtöbbször összetett, gyorsan változó. Kezdetben homályállapot, majd nyugtalanság, túlzott aktivitás, a szorongás vegetatív tünetei jelentkezhetnek.

Kezelés

Az első lépés – ha ez lehetséges –, hogy a kiváltó tényezőt megszüntessük, és nyugodt, körülmények közé juttassuk a beteget, valamint biztosítsuk a szülői gondoskodást. Ha az alapvető biztonságérzés megteremthető és fenntartható, akkor az akut stressz-reakció nagyhatású stresszor esetén is minimális. Az aktív pszichiátriai kezelés módját az adott kórkép, a körülmények és a beteg korábbiól származó sérülékenysége határozza meg.

Posztraumás stressz betegség (PTSD)

A PTSD olyan tünetcsoport, amely jellemző módon valamely különösen felkavaró életeseményt követően alakul ki. A gyermekkori PTSD diagnosztikus koncepciója egészen 1987-ig vitatott volt. Ekkor vált elismertté az az álláspont, hogy a betegség gyermekeknél is előfordulhat. Ettől fogva megnyílt a lehetőség arra, hogy a diagnózist a nagy természeti katasztrófákon kívül számos más stresszorral kapcsolatban is alkalmazzák, így pl. erőszaknak, kegyetlenkedéseknek kitett embereknél, gyilkosság, illetve nemi erőszak tanúivá lett személyeknél, fizikai és szexuális abúzusnak kitett, súlyos balesetet szenvedett – nagyfokú égési sérüléseket, állatoktól származó sérüléseket mutató – személyeknél, illetve olyanoknál, akik amputálással járó műtéten, életveszélyes betegségen estek át.

A PTSD legfontosabb tünetei

A trauma újraélése

Visszatérő gondolatok, képek és hangok, traumás álmok, a traumás élmény egyes elemeinek felelevenedése, s végül az emlékek felszínre kerülése következtében kiújuló szorongás.

Pszichés közöny és elkerülés

A beteg kerül a traumával kapcsolatos gondolatokat, érzéseket, helyeket és helyzeteket, csökken az érdeklődése megszokott tevékenységei iránt, elszigeteltséget, elidegenedést érez, érzelmei beszűkülnek, a jövőre – pesszimizmussal tekint.

Emelkedett arousal szint

A beteg ingerlékeny, koncentrációképessége gyengül, az ijedség túlzott reakciókat vált ki, túlzott éberség jelentkezik.

Gyakoriság

Az eddigi kutatások elsősorban a felnőttkori előfordulási gyakorisággal foglalkoztak. A rendellenesség az összpopulációban igen gyakori, a gyakoriság 8 és 16% között mozog. Gyermekekre vonatkozó gyakorisági adatok még nem ismertek, azonban amit a különböző traumáknak (pl. természeti katasztrófáknak, háborúnak, terrorista támadásnak, kínzásnak, otthon vagy közösségben történt erőszaknak) kitett gyermekekre vonatkozó epidemiológiáról tudunk, az arra utal, hogy e korcsoportban valószínűleg magas a gyakoriság.

Okai, kialakulása

Kialakulásában a stressz erősségének és az egyén stresszel szemben kialakított megbirkózási stratégiáinak tulajdonítanak jelentőséget.

Klinikai jellemzők

Ritka, hogy 28-36 hónapos kor előtt felismerhető tünetcsoport alakul ki, bár a csecsemők játék közben néha félelmet mutatnak, felriadnak éjszaka.

A bölcsődés- és óvodáskorú gyermekek visszahúzódóvá, közömbössé válnak, nagyfokú dependencia és szeparációs szorongás, viselkedésbeni visszaesés és alvászavarok (pl. beszéd alvás közben, felriadás) jelentkeznek.

Az iskoláskorú gyermekek többféle viselkedési és érzelmi tünetet mutatnak, egyre több tipikus PTSD-re vonatkozó jelleggel. Az iskolában csökken a koncentrációképesség és a szellemi teljesítőképesség. Különösen gyakran jelentkeznek testi tünetek, pl. fej- vagy gyomorfájás.

A serdülőkor során a tünetek egyre inkább kezdenek hasonlítani a felnőttkori tünetegyüttesre. Ezenkívül ebben a korban a betegek gyakran mutatnak ellenszegülő viselkedést. A tizenévesek jövőképe is megváltozik, pesszimizmussal tekintenek házasságukra, karrierjükre.

Kezelés

A terápia során kulcskérdés, hogy megerősítsük a beteg és családja teherbíróképességét, és csökkentjük a gyógyulást hátráltató tényezők hatását. Minden gyermekkorú és a legtöbb serdülőkori beteg esetében a család széleskörű felvilágosítására van szükség. Ebbe aktívan be kell vonni a szülőket, testvéreket, a család egészét és a családon belüli csoportokat is. A szülői reakcióknak meghatározó fontossága van a gyermek viselkedésére. A gyermek betegségének végkifejlete gyakran attól függ, hogy a szülő maga mennyire eredményesen képes megbirkózni a traumás élménnyel, hogyan tudja kezelni a poszttraumás állapotot anélkül, hogy túlzott mértékben óvni kezdené a gyermeket, elfojtana érzéseit vagy túlságosan a gyermekre támaszkodna, tőle várva támogatást. A családnak a gyermek felépülésében játszott nagy szerepére tekintettel részletesen át kell tekinteni a család és a házasság állapotát, az alkalmazkodás, problémakezelés megszokott módjait. Így válik gondosan megtervezhetővé a családterápia.

Egyre nyilvánvalóbb, hogy az iskola az egyik legalkalmasabb helyszín a beavatkozásra. Számos, az iskolát középpontba helyező poszt-traumás konzultációs programról számolnak be közlemények. Pl. valamely katasztrófa megismétlődésével kapcsolatos félelmet és szorongást a minimumra csökkentheti az osztályközösségben lefolytatott beszélgetés, melyet képzett személy vezet. A csoportterápia igen eredményes, ha nagyszámú gyermeket kell kezelnünk.

A tematikus beszélgetés (debriefing) és a konzultáció mellett ajánlatos igénybe venni intenzívebb, egyéni technikákat is. Általánosságban megállapítható, hogy a tanácsadással, egyéni pszichoterápiával és játékkerápiával végzett kísérletek kevésbé voltak eredményesek azoknál, amelyek a kognitív viselkedésméleti stratégiákat állították középpontba. Az alkalmazott modelltől függetlenül a legtöbb rövid terápiában központi szerepe van a trauma ábrázolásának, felidézésének rajzban, játék vagy újrajátszás során.

A gyógyszeres kezelés felnőtteknél már kezd teret hódítani, ám gyermekek és serdülők ilyen módon való kezeléséről még kevés az információ. A leghasznosabb gyógyszerek valószínűleg az antidepresszánsok. Nyugtalanág, alvászavarok esetén szükség lehet szorongáscsökkentők alkalmazására.

Kimenetel

Igen kevés a gyermekkori PTSD lefolyására vonatkozó információ, és keveset tudunk arról is, hogy milyen tényezők segítik elő a súlyos, illetve a krónikus megbetegedések kialakulását. Néhány utánkövetéses vizsgálat eredményei arra utalnak, hogy a gyermek- és serdülőkori PTSD szimptomái hosszú távon fennállhatnak.

Alkalmazkodási zavarok

Ezek a rendellenességek enyhe lefolyásúak és átmeneti jellegűek. Soha nem valamilyen korábbi pszichiátriai zavar váltja ki őket. Egy jól körülhatárolható stresszorhoz kapcsolódnak (pl. gyász) időben és időtartamban, de ez a stresszor – a PTSD-nél írtakkal ellentétben – nem esik a normális élettapasztalatok körén kívül. A betegség a stresszor fellépését követő egy hónapon belül jelenik meg, és a tünetek általában legfeljebb fél évig állnak fenn. Ahhoz, hogy e rendellenesség diagnózisát megállapíthassuk, meg kell győződnünk arról, hogy a kiváltó stresszhelyzet, krízishelyzet jelen van, s arról is, hogy ezek jelenléte nélkül a betegség nem lépett volna föl.

Gyakoriság

Bár a mindennapi klinikai tapasztalat azt mutatja, hogy az alkalmazkodási zavar igen gyakori gyermekpszichiátriai zavar, az epidemiológiával kapcsolatban meglehetősen kevés információ áll rendelkezésre. A múltban – nem szerencsés módon – e diagnózis körébe vontak igen sokféle, normális és abnormális stresszorok által kiváltott reakciót (pl. a serdülőkori éréssel kapcsolatos jelenségeket), így a stigmatizációt elkerülve sorolhatták egy összefoglaló név alá a panaszokat.

Okai, kialakulása

Az adott stresszor vagy stresszorok hatása mellett az alkalmazkodási zavar kialakulásához a gyermek ilyen irányú érzékenysége is szükséges, ami belső és külső tényezők függvénye.

A legfontosabb belső hajlamosító tényezők az életkor, a nem, az intellektuális és érzelmi fejlődés, a megbirkózási készségek, temperamentum és a múltbéli tapasztalatok. A legfontosabb külső tényezők a szülő-gyermek viszony, a szülői támogatás, az elvárások és a megértés.

Klinikai tünetek

A klinikai kép változó, megjelenhet rövid és tartós depresszív reakció, kevert szorongás és depresszió, érzelmi zavarok, feszültség és harag formájában. Agresszív vagy antiszociális viselkedés is jelentkezhet, különösen serdülőkorban. Ritkán lehetséges előre pontosan kiszámítani a reakciótípust, és a kép gyakran idővel változik.

Kezelés

Minden alkalmazkodási reakciónál az első kezelési cél a stresszor megszüntetése, de bizonyos helyzetekben, pl. gyász vagy válás, ez nem oldható meg. Igen fontos a család és a közösség segítő erőinek mobilizálása is. Az egyéni terápia elsősorban a gyermek vagy serdülő megbirkózási készségeinek javítására irányul. Általában a rövid, probléma-orientált megközelítés a leghatékonyabb, bár bizonyos esetekben hosszabb feltárási terápia is szükséges lehet. Tekintettel a szülők és a család kulcsszerepére, valószínű, hogy minden esetben dolgoznunk kell a szülőkkel és esetleg az egész családdal.

Kimenetel

Az alkalmazkodási zavar átmeneti, és az állapot legtöbb esetben a stresszor megszüntetését követően reverzibilis. Néha azonban a tünetek fennmaradnak, és más pszichiátriai diagnózis felállítása válik szükségessé.

Kötődési zavarok a gyermekkorban

Reaktív kötődési zavar

Az attachment, a személyes ragaszkodás kialakulása szakaszokra osztható. Az első 3 hónapban a csecsemőket a (diszkriminátlan) válogatás nélküli kötődési magatartás jellemzi, azaz minden közeledő gondozóra egyformán reagálnak. Ezt követően 3 és 8 hónapos kor között fokozatosan alakul ki a személyes ragaszkodás a gondozók szűkebb köréhez. 7 hónapos kor és 3 éves kor között a kisdéd aktívan kezdeményezi a közelség és kontaktus fenntartását. Fokozatosan kialakul a szülővel, gondozóval való célorientált, partneri kapcsolat. A 8-24 hónapos koruk betöltéséig intézetben nevelt gyermekeknél később nehezen alakult ki a nevelőanyához való személyes ragaszkodás. Ez az időtartomány lehet az elsődleges kötődés kialakulásának felső határa.

A reaktív kötődési zavart a megnyugtatóra nem reagáló féltékenység, ijedősség, elzárkózás jellemzi. A gyermeknél nem észlelhetőek a szülőkkel, gondozókkal való, az életkornak megfelelő kötődési viselkedések, szociális válaszkészségük szegényes. A kórkép súlyossága változó. Súlyosan elhanyagoló gondozói magatartás esetén jellemzők a következők: Két hónapos korban nem alakul ki a szem és arc vizuális követésének képessége, az arcokra adott mosolyválasz hiányzik, a gondozó személy hangjára a csecsemő nem reagál. A csecsemő elfordulhat anyjától, az anya, illetve gondozó megnyugtató törekvése eredménytelen. Három hónapos korban nem jelenik meg a differenciált mosoly az anya, illetve gondozó közeledé-

sére, az anya eltávolodására nem reagál sírással, panaszzhangokkal. 4 hónapos kor felett nem válik éberré, és nem fordul fejével a közeledő gondozó felé. Nem nyúl spontán módon az anya felé. 5 hónapos kor felett hiányzik a vokális válaszkészség a gondozó felé, hiányzik a gondozóval való játékaktivitás képessége. Ha közelednek felé, hogy felvegyék, nem nyújtózkodik. Hat-tíz hónaposan képtelen lehet arra, hogy gondozója felé másszon, vele vizuális és vokális kommunikációt alakítson ki. Érzelmeket, mint öröm, kívánság, félelem, harag kevésbé fejeznek ki, arckifejezésük, mimikájuk szegényes.

A gyermekgyógyászhoz általában interkurrens betegség, etetési probléma vagy sérülés esetén jutnak el. Mivel a kórkép gyakran a szomatikus fejlődés lelassulásával, illetve esetenként elakadásával is jár, felhívhatja rá a figyelmet a gyarapodási elégtelenség, vagyis a testi növekedés megállása. Jellemző, hogy a hossznövekedés kevésbé lassul le, mint a súlygyarapodás, a fejkörfogat általában normális.

Gyakorisága

A megjelenés életkora a jelenlegi klasszifikáció szerint 5 éves kor alatti. 5 éves kor felett súlyosan patogén gondozás mellett sem alakul ki ez a klinikai kép. A gyakoriságát kb. 1%-ra becsülik.

Okai, kialakulása

Az anyák általában úgy vélik, hogy megfelelően gondozzák gyermekeiket, de a megfigyelés azt mutatja, hogy kevés szemkontaktust használnak, hiányzik a válaszkészségük a gyermek hangadására, illetve igényeit, kívánságait jelző viselkedésére. Előfordulhat, hogy a gondozó durva, harsány vagy elhanyagoló. Egyes, anyák, gondozók következetesen figyelmen kívül hagyják a kisgyermek fizikai szükségleteit, a megfelelő táplálást, védelmet a fizikai veszélyektől, illetve fizikailag vagy szexuálisan bántalmazhatják a gyermekeket.

A koraszülöttség nem hajlamosít specifikus módon, kóroki tényezőnek az elhúzódozó inkubátoros kezelés vagy az anyától való korai szeparáció tekinthető. A perinatális intenzív központokban életfenntartó berendezéseken heteket, hónapokat eltöltő beteg koraszülött csecsemőkkel kapcsolatban szinte általános, hogy az életfenntartó orvosi-technikai szempontokhoz képest háttérbe szorulnak a gyermek fejlődéslelektani igényei. Ezek elhanyagolása viselkedési problémákhoz (ingerlékenység), gyarapodási elégtelenséghez, illetve az egészségi állapot javulásának elmaradásához, esetleg a fizikális betegség fellángolásához vezet.

A szülők gyakran félreértelmezik a kötődési zavar jeleit, s a gyermeknél testi betegséget tételeznek fel. Ezeket a csecsemőket és kisdedeket gyakran hasfájósnek véleményezik. A kórkép tartós fennállása hajlamosít étkezési zavarok (hányás, öklendezés) kialakulására, ami a pszichoszociális deprivációval kapcsolatos, és a

későbbiekben fontos szerepet játszhat a már említett komplikációk: gyarapodási elégtelenség, illetve növekedésbeli elmaradás kialakulásában.

Kezelés

Enyhe esetekben a gyermek kezelése döntően a megfelelő táplálás és súlygyarapodás elérésére, a testi leromlás következményeinek kezelésére irányul, de emellett gondoskodik az adekvát ingerlésről és anya-gyermek kapcsolatáról is. Ambulanter formában vagy a család otthonában is végezhető.

Súlyos esetekben a terápia elején bizonyos időre kórházi felvétel válhat szükségessé. Egyes speciális esetekben ehhez gyámügyi közbelépésre, illetve ideiglenes állami gondozásba vételre lehet szükség. A súlyos reaktív kötődési zavar életveszélyes lehet, és ekkor a gyermek biztonsága válik elsődlegessé. Mindent összevetve ezek a gyermekek jól reagálnak a kórházban a helyreállt táplálásra, gondos, szerető ápolásra, ennek kapcsán tervet kell készíteni hogyan biztosítható a gyermek egészsége és biztonsága a kórházi elbocsátás után.

Csecsemőotthonokban, egyéb intézetekben nevelt gyermekek fokozottan veszélyeztetettek a reaktív kötődési zavar kialakulására, ami kiemeli a kislétszámú, gyermekfalu jellegű, korlátozott számú gondozóval történő (ideálisan két nevelőszülő) elhelyezés fontosságát.

A szülőtől valamilyen okból korán elválasztott vagy inkubátoros koraszülöttek kezelésében a fejlődéslélektani szempontokat is figyelembe vevő kezeléstől várható a jövőben a helyzet javulása. A koraszülöttek fizikális állapota is jelentősen javul, ha figyelmet, testi érintést, kötődést kapnak egy szülőtől vagy gondozótól. Ez a szülőket is segítheti a kötődés kialakulásában. Néhány perinatális központban ma már előnyben részesítik a kenguru-bébi módszert, ahol a nap bizonyos szakaszában az anya csupasz mellkasán tartja az igen alacsony súlyú koraszülöttet, és esetleg szoptatja is.

Kimenetel

Kezelés nélkül a reaktív kötődési zavar gyakran súlyosbodik. Még azok a gyermekek is, akiket nem fenyeget testi leromlás vagy fertőzés, veszélyeztetettek a szociális, érzelmi és szomatikus fejlődésüket illetően. Hatékony, intenzív kezdeti kezeléssel, adekvát gondozás mellett számos beteg javul. A tartós intézeti elhelyezés után (akár négyéves korban) örökbefogadó családokhoz kihelyezett gyermekek viselkedészavara is csökkenhet, de a megfelelő társas kapcsolatok kialakítására és fenntartására vonatkozó készségeik tartósan gyengék maradhatnak.

Gátolatlan kötődési zavar

Klinikai kép

A társas kapcsolatok zavara, mely az első öt életévben alakul ki, s létrejötte után még a környezeti feltételekben bekövetkezett jelentős fokú változás esetén is hajlamos a további fennmaradásra. Két éves kor körül általában a gondozóba való „kapaszkodás”, folyton rajta csüngés jellemzi és diffúz, válogatás nélküli kötődési viselkedés. 4 éves korban a kapaszkodás, tapadósság helyét a figyelem felhívására való törekvés váltja fel. A gyermek mindenkinek a kedvében igyekszik járni, folyton szerepelni vágyik, a „figyelem középpontjában akar lenni” – ahogy a gondozók gyakran megfogalmazzák. Ebben az életkorban továbbra is *minden felnőtt-höz túlzóan és válogatás nélkül barátságos*, távolságot nem tart. A körülményektől függően érzelmi vagy magatartászavar társulhat hozzá. A kórképet legtisztább formában a csecsemőkoruktól intézetben nevelkedő gyermekeknél lehet felismerni, de más körülmények között is előfordul. Vélhetően részben attól alakul ki, hogy a gondozó személyek gyakori váltakozása miatt a gyermeknek tartósan nem volt módja szelektív ragaszkodást kialakítani.

Gyakoriság

A megjelenés életkora a jelenlegi klasszifikáció szerint 5 éves kor alatti. 5 éves kor felett súlyosan patogén gondozás mellett sem alakul ki ez a klinikai kép. Az előfordulási gyakoriság, a nemek aránya, a családi mintázat jelenleg nem ismeretes.

Okai, kialakulása

A kórkép nemcsak intézetben nevelt gyermekeknél jelenhet meg, hanem az anti-szociális, marginális szülői életvezetés, gyakran változó gondozó személy, illetve a család ismételten változó elhelyezése, költözések esetén is. Az intézeti nevelés, úgy tűnik, csak közvetetten kóroki tényező, amennyiben ez a gondozó személyek gyakori váltakozásával jár a ragaszkodás kialakulására szenzitív időszakban.

Kezelés

Csecsemőotthonokban, egyéb intézetekben nevelt gyermekek fokozottan veszélyeztetettek a gátolatlan kötődési zavar kialakulására. Fontos hangsúlyozni a kis létszámú, gyermekfalu jellegű, korlátozott számú gondozóval történő (ideálisan két nevelőszülő) elhelyezés fontosságát a kórkép kezelésében. Intézeti környezetben a személyre szabott nevelés, a gyermekek kiscsoportos, családias nevelése 1-2 állandó nevelővel jó hatású lehet. Az anyát vagy más gondozó személyt a folyamat kezdetétől el kell látni tanácsokkal, ismeretanyaggal, megerősíteni a megfelelő viselkedését, s törekedni arra, hogy a csecsemő, illetve kisdud viselkedésével kapcsolatban megfelelő és teljesíthető elvárásai alakuljanak ki. Jó hatású a

gondozónő bevonása a gyermekkel folyó pszichoterápiás munkába már a kórházi kezelés idején.

Kognitív viselkedésterápiás módszerek jól használhatóak a kommunikációs, együttműködési és egyéb társas készségek javítására, hogy a gyermekek képessé váljanak az ismert és idegen emberek közötti különbségtételre. Csoportmódszerek, önismereti, kommunikációs, illetve játékcsoportok alkalmazásától is eredmény várható.

Kimenetel

Tekintettel arra, hogy a már kialakult kórkép később ideálissá váló nevelési viszonyok esetén is fennmaradhat, illetve számos egyéb pszichés probléma kialakulására hajlamosít, nem hangsúlyozható eléggé a megelőzés szerepe. A prevencióban is fontos, hogy a gyermek a szenzitív periódusban minél előbb családi jellegű intézetbe, illetve nevelőszülőkhöz kerüljön. Amennyiben a gyermek 4 éves kora előtt megfelelő környezetbe kerül, a prognózis relatíve még jó. A négy éves kor után örökbefogadó családokhoz kihelyezett gyermekek viselkedészavara is csökkenhet, de a megfelelő társas kapcsolatok kialakítására és fenntartására vonatkozó készségeik tartósan gyengék maradhatnak.

Szelektív mutizmus

A legfontosabb jellegzetesség, hogy a gyermek visszautasítja a beszédet a legtöbb szituációban (iskolában, nyilvános helyeken), általában szinte mindenütt a családon kívül. Enyhébb és középsúlyos esetekben a gyermek gesztusokkal (bólintással, fejrázással, mutogatással), néhány egyszótagú szóval vagy rövid, halk monoton mormogással kommunikálhat. Súlyos formáknál az otthonon kívüli kommunikációban a nonverbális kommunikáció is hiányozhat, a gyermek szinte „megdermed” a számára szokatlan, új környezetben.

A kórkép rendszerint akkor jelentkezik, amikor a gyermek kortársközösségbe, óvodába, iskolába kerül. Ahogy az idő múlásával a gyermekek egy része továbbra sem beszél, a környezet számára nyilvánvalóvá válik, hogy komolyabb problémáról van szó. Ritkán előfordul, hogy a mutizmus a gyermekkor derekán, traumatizáló életeseményt követően alakul ki. A gyermekek általában normálisan beszélnek otthon, de előfordul, hogy bizonyos szelektivitás észlelhető abban, hogy mely családtagokkal kommunikálnak, s melyekkel nem.

A társulói egyéb jellegzetességek közé tartozhatnak az extrém mértékű szegénylősség, szociális izoláció vagy visszahúzódás, a szülőhöz való túlzott ragaszkodás, kapaszkodás, az iskola elutasítása, kényszeres vonások, negatívisztikus ma-

gatartás, otthoni agresszív indulatkitörések vagy túlzottan kontrolláló, ellenséges otthoni magatartás.

Gyakoriság

A betegség kialakulása általában négy-öt éves korra tehető, de a beteg gyakran csak az iskolába kerülés után kerül a szakember elé. Az első osztályos gyermekek hét ezeléke egy szót sem ejt ki az első nyolc hétben. A beszédkészség hiánya tehát viszonylag gyakori reakció az iskolakezdetre, de a tartósan fennmaradó rendellenesség ritka. A klinikai fókú szelektív mutizmus gyakoriságát különböző szerzők egy ezelék körül határozzák meg.

Okai, kialakulása

Alkati tényezők, beszédfejlődési és artikulációs zavarok, enyhe mentális retardáció, hároméves kor előtti hospitalizáció vagy trauma, túlvédő szülői magatartás, izoláltan élő család, például emigráció tartozik a hajlamosító tényezők közé.

Kezelés

A kórkép korai kezelését javasolják, így megelőzhető az állapot krónikussá válása, amikor már kevésbé reagál a terápiás beavatkozásokra. Komplex terápiás protokolltól, viselkedésterápia, családterápia és esetenként játék- vagy kreatív terápiák kombinációjától várhatjuk a legjobb sikereket. A már kialakult, súlyos esetek ekkor is komoly terápiás kihívást jelentenek.

Kimenetel

A szelektív mutista gyermekek 5-10 éves követéses vizsgálata azt mutatta, hogy kevesebb mint felük gyógyult meg. Jó prognosztikai mutató nem áll rendelkezésre, a 10 éves korra nem javuló kóreseteket rossz prognózisúnak tartják. Az iskolakezdetkor jelentkező kórformák, ha a gyermek korábban normálisan kommunikált, általában jó kimenetelűek. Felnőttkorig tartó prognosztikai vizsgálatokat nem végeztek.

Tic betegség (Gilles de la Tourette-betegség)

A tic hirtelen, gyors, repetitív és önkéntelen, nem ritmusos sztereotíp mozgási, illetve hangadási jelenség. Alvás közben szünetelhet, stressz fokozza, és bár minden esetben ellenállhatatlannak élik meg, rövidebb-hosszabb időre elnyomható. Gyakori egyszerű motoros tic a pislogás, fej-, nyak-, vállrángatás. Komplex motoros ticek a grimasz, gesztus, ugrálás, érintés, dobantás, saját test ütése, harapása. A leggyakoribb egyszerű vokális ticek a torokköszörülés, krákogás, szipogás vagy

Pszichoszociális vonatkozások

Tipikus, hogy a tic-exacerbációk stresszteli életesemények bekövetkezése után jelentkeznek. A feszültséggel járó időszakokban – mint amilyen az iskolába kerülés is – átmenetileg rögzülhet egy kötőhártyagyulladás követően a pislogás vagy a haj szokásos félrelebbentésének mozdulatából a fejrántás. Pszichogén okként a tic háttérben néha a testvérrivalizáció keretén belül zajló megnövekedett teljesítménykésztetés vagy a szülők által indukált túlterhelés, a motoros agresszió beszűkítése található.

Klinikai kép

A tic betegség aktuális osztályozása a tranziens (átmeneti) tic betegséget, a krónikus motoros vagy vokális tic rendellenességet és a Tourette-szindrómát különbözteti meg.

Tranziens (átmeneti) tic betegség

Egyetlen vagy többszörös motoros és/vagy vokális tic jelenléte jellemzi. A tic-ek megjelenhetnek napjában többször is, vagy közel minden nap legalább 2 héten keresztül, de 12 egymást követő hónapnál nem hosszabb ideig. Az előzményben nem szerepel krónikus motoros, vokális tic vagy Tourette-rendellenesség.

Krónikus motoros vagy vokális tic betegség

A betegség ideje alatt fennálló motoros vagy vokális (de nem mindkettő) tic-ek jellemzik. A tic-ek többször jelennek meg egy nap leforgása alatt, vagy közel mindennapos gyakorisággal, de előfordulhatnak periodikusan is, egy évnél hosszabb időtartam alatt.

Kombinált vokális és multiplex motoros tic betegség

Gilles de la Tourette-szindróma

Jellemzője a többszörös motoros és egy vagy több vokális tic jelenléte a betegség fennállásának bizonyos ideje alatt, de nem szükségszerűen egyszerre. A tic-ek egy nap alatt többször is előfordulhatnak (általában rohamszerűen), vagy közel mindennapos gyakorisággal, esetleg változó módon, több mint egy évnyi periódus során. A tic anatómiai lokalizációja, száma, gyakorisága, komplexitása, súlyossága az idővel módosul, változik. Mindkét utóbb említett tic forma megjelenési ideje a 21 éves életkor előttre tehető.

Kezelés

A tic rendellenességek krónikus lefolyású betegségek, ha nem épp élethosszig tartó állapotok. Gyógyszeres és pszichoterápiás kezelés kombinációjától várható a legjobb eredmény.

A gyermekkori evés és növekedés zavarai

Az evészavar – a csecsemőkortól a felnőtté válásig – minden életkorban előforduló komoly probléma, mely annak a fejlődési szintnek megfelelő formában jelentkezik, amelyeken a gyermek van. A betegség súlyossága az enyhe eltéréstől az életet veszélyeztető állapotig széles skálán mozoghat. Az evészavar a pszichobiológiai betegség legtipusosabb formája, mert bár maga az evés biológiai szűkséget, de szociális és kulturális aspektusai sem elhanyagolhatók, hiszen az evési folyamattal a gyermek biológiai és érzelmi élete egyaránt szoros kapcsolatban van.

Az egészséges táplálkozás

Az evés alapvető biológiai funkció, nélkülözhetetlen az élethez. A gyermek egészséges táplálkozása a születést követő első néhány napban döntően az anya ösztönös táplálási viselkedésétől függ, és fiziológiai mechanizmusokon alapul. Az idő előrehaladtával a szülőknek a gyermek étkeztetésével kapcsolatos pozitív és negatív élményei formálják.

A szoptatás, a mell tejelválasztása hormonális ellenőrzés alatt áll, a tejkilövellést a csecsemő szopása stimulálja, ami a tejkiramlási reflexet serkenti. Általában megfigyelhetjük, hogy a születés után néhány nappal a csecsemő igényei és az anyai tejkilövellés között harmonikus kapcsolat alakul ki, mely az attachment (a specifikus személyes ragaszkodás) egyik megnyilvánulási formája. A mesterségesen táplált csecsemőknél is ehhez hasonlóan kialakulnak a szokásos étkezési időpontok, s hetek, hónapok alatt fokozatosan megnyúlik a késő esti és a kora reggeli étkezés közötti idő. A csecsemő és a gyermek gondolatában – az anya személye és az étel gyakori társulása miatt – az etetés a szeretettel, ragaszkodással (attachment) kapcsolódik össze, és az étel megvonása a büntetéssel, eltaszítással (detachment). Hasonlóképpen az anya is a gyermek jó evését anyai viselkedése jutalmaként a gyermek szeretetének, ragaszkodásának jeleként éli meg, míg az étel elutasítását saját elutasításának. Az anya és az étel közötti ilyen szoros kapcsolat miatt azután az anya-gyermek kapcsolat zavarai gyakran táplálási, illetve táplálkozási nehézségekben nyilvánulnak meg.

Az egészséges táplálkozás kialakulása a korai életkorban

• *Függ a gyermekben rejlő faktoroktól*

Jó általános egészség, ép táplálékfelvevő szervek és tápcsatorna, ép idegrendszeri működés szükséges ahhoz, hogy a csecsemő megfelelően tudjon táplálkozni. Perinatális agykárosodás, a szülés alatt alkalmazott egyes gyógyszerek állandó vagy időleges táplálási zavarokhoz vezethetnek. A korai étkezési

zavarok okai a gyermek temperamentumából is következhetnek. Némely csecsemő lusta szopó, míg másik kapkodó és ideges.

- *Függ az anyában rejlő faktoroktól*

Nyilvánvalóan fontos, hogy az anya elegendő mennyiségű tejet tudjon termelni, vagy képes legyen elkészíteni a megfelelő mesterséges táplálékot. A szoptatásnak lehetnek anatómiai akadályai, vagy meggátolhatja azt az anya rossz általános állapota. Sokkal gyakoribb azonban, hogy az anya negatív érzelmi állapota (szorongás, depresszió) miatt képtelen a helyes táplálásra. Lehet általában szorongó, s a gyermek etetésével kapcsolatosan különösen inszufficiensnek érezheti magát. Ezeket az érzelmi állapotokat pszichés és organikus okok egyaránt indukálhatják.

Korai táplálási nehézségek

Kisebb átmeneti problémák a csecsemőtáplálásban igen gyakoriak, és különösebb beavatkozás nélkül rendszerint elmúlnak. Tartós, súlyos nehézségek esetén azonban gondosan elemeznünk kell a helyzetet, mert **ha organikus betegség nincs is a háttérben**, az étkezéssel kapcsolatos korai rossz tapasztalatok, szokások a későbbi súlyos viselkedészavarok melegágyai lehetnek.

- *A mell vagy a cumisüveg elutasítása.* Ha a csecsemő aktív, és egyébként jól van, ez általában csak átmeneti nehézség. Rossz szopási vagy szoptatási technika okozhatja, s gyakorlati tanácsokkal könnyen megoldható.
- *Szopási képtelenség.* A csecsemő apátiás, nem érdeklődik a szopás iránt. Általában a központi idegrendszer károsodása okozza, de előfordulhat szervi betegség nélkül is. Ilyenkor eredetét nehezebb megmagyarázni. Feltételezik, hogy már ebben a korai életkorban a csecsemőnek a szopással kapcsolatban kellemetlen fantáziái támadnak, ami meggátolja a szopásban. Valószínűbb az a magyarázat, hogy a csecsemőnek kellemetlen élményei voltak az étkezéssel kapcsolatban, s a szopási képtelenség kondicionált válaszként alakult ki.

A korai táplálási problémák okai

Lényeges a nehézségek gondos feltérképezése és az esetlegesen háttérben meghúzódó szervi betegségek kezelése. Ha fizikális eltérést nem találunk, akkor a pszichoszociális tényezőknek lehet jelentősége a probléma előidőzésében.

- *Kedvezőtlen életkörülmények.* Zsúfolt, egészségtelen lakáskörülmények között gyakoribb a táplálási zavar a csecsemők között.
- *A szociális kapcsolatteremtés nehézségei.* A leggyakoribb ezek között a támaszt nem nyújtó férj vagy élettárs, és a betolakodó, kritizáló nagyszülő. A

gyakorlatlan szorongó anya együttérzést és támogatást igényel a csecsemője születését követő időben. Hiánya táplálási problémákat okoz.

- *Generalizált anyai szorongás és depresszió.* Az anya születést követő érzelmi állapota gyakran ingadozó. Ingerlékenység, apátia, agított állapotok elég gyakran előfordulnak, melyek a csecsemőtáplálástól függetlenül is megfigyelhetők.
- *A csecsemővel kapcsolatos félelmek.* A normális anyai gondok kiterjedése igen gyakran a csecsemő etetésével kapcsolatos viselkedésben nyilvánulnak meg.

Ezek a pszichoszociális problémák gyakran azt eredményezik, hogy az anya olyan szorongó a gyermek etetési rendjének, az elfogyasztott étel mennyiségének a megtartásában, hogy a csecsemője is nyugtalanná válik, sokat sír, megtagadja a szoptást, és így viselkedése az anya korábbi szorongását megerősíti. Így ördögi kör alakul ki, s az anya és a csecsemő patológiás viselkedése kölcsönösen megerősítik egymást.

A korai táplálási problémák pszichoszociális vonatkozásainak kezelése

Ez természetesen az aktuális körülmények, az anya szociális, anyagi és érzelmi helyzetének függvénye.

- *Gyakorlati segítség.* Az anya viselkedésének megfigyelése a csecsemő etetése során, s szükség esetén a helytelen szokások korrekciója. Egy-egy hasznos tanácsot követően a szorongó anya is megnyugodhat, ha siker koronázza erőfeszítéseit.
- *Szociális segítség mobilizálása.* Hasznos lehet, ha az anya izolációját oldjuk, s a férjet vagy élettársat motiváljuk a gyermekkel való foglalkozásra.
- *Tanácsadás.* A depressziós, vagy erősen szorongó anyák megkönnyebbülhetnek, ha együttérző hallgatónak elmondhatják a csecsemővel kapcsolatos ambivalens érzéseiket. Beszélhetnek arról, hogy aggódnak amiatt, hogy a szülés következményeként nőiességüket, attraktivitásukat elvesztették, munkahelyük távollétük miatt bizonytalanná vált.
- *Pszichiátriai beutalás.* Ha az anyának állandó, súlyos hangulatzavara van, pszichiátriai kivizsgálás és gyógykezelés válhat szükségessé.

Rumináció (Visszaöklendezés)

A csecsemő- és kisgyermekkorai táplálkozási zavarok közé tartozik. Meghatározása szerint az elfogyasztott ennivaló ismételt visszaöklendezése, mely súlycsökkenéshez, illetve az elvárt súlynövekedés elmaradásához vezet, s legalább egy hónapon keresztül fennáll – előzetes normál funkciót követően. Általában az első

életévben jelentkeznek, mentálisan retardált gyermekeknél később is kezdődhet. Serdülőkorban is előfordul, ekkor egyéb kóros evési szokásokkal és az elhízástól való félelemmel társulhat. Az anamnézisben előfordulhat önhánytatás. A diagnózis felállítása előtt ki kell zárni a veleszületett anatómiai defektusokat (a nyelőcső rendellenességeit, reflux stomatitist stb.), a gyomor-bél csatorna fertőzéseit, oromotoros működészavarokat (hiperaktív garatreflex stb.). A regurgitáló csecsemők jellemző módon az elfogyasztott ételt spontán vagy ujjukat szájukba helyezve visszaöklendezik, ritmikus nyelv- és állmozgásokkal mintegy megcsócsálják, majd kiengedik szájukból, vagy újra lenyelik. A jelenség láthatóan szándékos, és örömet okoz a csecsemőnek.

Formái

- A *pszichogén forma* csecsemőkorban normális fejlettségi állapot mellett jelentkezik, és háttérében gyakran az anya-gyermek kapcsolat zavara áll. A csecsemő öningerléshez folyamodik, megkísérli újraélni a táplálási folyamatot, mely ebben a korszakban egyébként is a legfontosabb gyönyörforrások egyike. A csecsemő a hányások után éhes marad, emiatt legközelebb nagyobb mennyiségű ételt vesz magához, ezt újabb hányás követi, alultápláltsága egyre fokozódik
- Az *öningerlő forma* mentálisan retardáltaknál fordul elő, gyakorlatilag bármely életkorban, akár a gondozó felnőtt jelenlétében is.

Kezelés

A multimodális kezelésben pszichodinamikus, viselkedésterápiás és organikus módszereket kombinálhatunk. Bár a spontán remisszió gyakori, az alultáplálás növekedés- és fejlődésbeli elmaradást okozhat, s halálózása 25% körüli. A serdülőkori forma kezelése az anorexiában és bulimiában leírtaknak megfelelően történik (lásd később).

Gyarapodási elégtelenség

A növekedésben és testsúlygyarapodásban való elmaradás születéstől fennállhat, vagy előzetes normál időszak után jelentkezhet. Alkati tényezők kizárhatók az egyenletes, bár alacsonyabb növekedési ütem alapján. Organikus és nem-organikus kórokok válthatják ki, illetve a két tényező társulhat is.

Gyakoriság

Az 5 éves kor alatt kórházi felvételre került gyermekek között előfordulása 10% körüli. A nem-organikus (pszichoszociális) kórforma arányát különböző szerzők 45-90%-osnak találták, s kb. 25%-ban fordulnak elő a kevert kórképek (veleszüle-

tett szívhibáknál, veseelégtelenségben, mukoviszcidózisban, aminosavanyagcsere zavarokban, tumoroknál), melyeknél mindkét tényező kimutatható. (Példaként: számos veleszületett szívbetegségben a gyermekek fáradékonyak, és az evés kimeríti őket, emiatt fokozatosan megtanulják minimálisra csökkenteni kalória-bevitelüket.) A nem-organikus gyarapodási zavarok általában 2-3 hónapos kortól 2 éves korig jelentkeznek.

A legfontosabb kiváltó tényezők:

Az organikus okok közé tartoznak az anatómiai és élettani eltérések, a gyomorbél, kiválasztási rendszer, idegrendszer és keringési szervek krónikus betegségei, melyek kezelése gyermekgyógyászati feladat.

A pszichoszociális eredetnél lényeges kiváltó tényezők:

- anya-gyermek kapcsolat zavara,
- nem megfelelő táplálékbevitel, illetve etetési körülmények,
- érzelmi depriváció,
- a gyermek bántalmazása, illetve elhanyagolása.

Kezelés

A legtöbb eset az alapellátásban kezelhető. A feltételezhető szervi betegségek kizárása után a családi körülményeknek, szülők kapcsolatának, attitűdjének és viselkedésének a feltárása, s leginkább az etetési helyzetnek a megfigyelése nyújt lehetőséget a terápia kidolgozására. Egyszerű viselkedési tanácsok is eredményesek lehetnek. Fontos, hogy a szülők kellő információt kapjanak a gyermek táplálásával, gondozásával kapcsolatban. A viselkedésterápiában kidolgozott módszerek döntően az evési viselkedés megváltoztatására koncentrálnak.

Az anya súlyosabb depressziója esetén, illetve adott családi és szociális körülmények mellett szükség lehet szociális munkás tanácsadói tevékenységére, illetve pszichiáter bevonására. Antidepresszív medikáció indikálható. A kezelés sikerében meghatározó a több szakma képviselőiből álló team együttműködése.

A nem-organikus gyarapodási elégtelenség adekvát terápia mellett lassú javulást mutat, de a legtöbb gyermek korához képest alacsony marad. Fejlődési nehézségek, későbbi viselkedési és tanulási nehézségek nagy gyakorisággal fordulnak elő. A kora gyermekkori táplálkozási zavarok a serdülőkorban evészavarokra hajlamosítanak.

Pica

Legalább egy hónapon keresztül táplálékként nem szolgáló anyagok ismételt evése. Másfél éves korig nem tekinthető kórosnak ennivalóként nem szokásos anyagok fogyasztása, azután ez általában fokozatosan megszűnik. Néhány gyermeknél azonban a jelenség továbbra is megfigyelhető, ritkán a felnőttkorban is folytatód-

hat. Korábban leggyakrabban terhes nőknél, serdülő lányoknál, chlorosis (sápkór), bélférgesség mellett fordult elő. Különösen gyakori alultáplált, érzelmileg súlyosan deprivált kisdedeknél, autisták, szellemi fogyatékosok és pszichotikus gyermekek körében. A felügyelet, gondoskodás hiányosságai és az ingerszegény környezet elősegítik kialakulását. A gyermekek papírt, festéket, haját, szemetet, állati-, emberi ürüléket, homokot, kavicsot, rovarokat, vagy bármilyen egyéb dolgot vehetnek a szájukba és ehetnek meg. Pica fennállásánál gyakoribb gyógyszerekkel, háztartási vegyszerekkel való mérgeződés is. A normál ennivalóval szemben nincs averzió. Az utóbbi évtizedekben gyakoribbá vált a pica egyik mai változata, a jég(kocka) és jeges italok túlzott fogyasztása.

A táplálkozási viselkedés általánosabb zavarára utal az is, hogy a gyermekkori pica a serdülőkorban bulimia nervosa kialakulására hajlamosít. Kezelésében a hiányállapot rendezése mellett a háttérben álló betegségek kezelése, gondozása, biztonságos és stimuláló környezet megteremtése mellett fontos a veszélyes anyagok eltávolítása a környezetből. Viselkedésterápiás módszerek, mint túlkorrekció, a diszkrimináció megtanítása, differenciált megerősítés hatásosak lehetnek bizonyos esetekben.

Anorexia nervosa

A kórkép általában a pubertás után, az adolescenciában indul, ön-indukálta fogyás, az evéssel szembeni súlyos szembenállás, specifikus pszichopatológia és testképzavar jellemzi. A betegek jellegzetes módon tagadják, hogy soványak lennének, még teljes testi leromlás esetén is.

Gyakoriság

Az anorexia túlnyomórészt a női nemet érinti, a nemi megoszlás aránya kb. 1:12. Leggyakrabban a 15-24 éves korosztályt érinti. Az esetek kb. 10%-ában fordul elő a premenarchealis forma. Hazánkban anorexiás attitűdöt a középiskolás lányok 2,4%-ánál találtak.

Okai és kialakulása

A oki tényezők kevésbé ismertek, genetikai, hormonális, szociokulturális faktorokat, a pubertás kríziseinek szerepét vetik fel, specifikus családi interakciós mintákat írtak le. A legtöbb szerző egyetért abban, hogy a kórkép multifaktoriálisan meghatározott, s nincs olyan egyetlen kiváltó ok, mely általánosítható lenne.

Pszichoszociális faktorok

A társadalmi hatások és elvárások kedvező klímát teremtenek a kórkép kialakulásához. A gyakoriság növekedése párhuzamos a karcsúság-eszmény egyre hangsúlyosabbá válásával. Azokban a kultúrákban, ahol a telt női formák a kívánatosabbak, a kórkép lényegesen ritkább.

Családi faktorok

Az anorexiások gyakrabban kerülnek ki középosztálybeli, művelt, magas morális elvárásokkal élő családokból. A gyermek szüleit perfekcionista, teljesítményorientáltak, versengőnek láthatja. A túlzottan védett gyermek nem képes megalapozni saját önállóságát, egyéniségét, szülei nem bátorították az önkifejezésre, érzelmei kommunikálására, úgy érzi, soha nem tud eleget tenni szülei elvárásainak.

Neurobiológiai szempontok

A betegség kifejlődésében családi halmozódás figyelhető meg, a beteg első és másodfokú hozzátartozói között az incidencia magasabb. Ikervizsgálatok egypetéjű ikrek között a kétpetéjűekkel összehasonlítva magasabb konkordanciát mutattak ki.

Számos vizsgálat utal a hipotalamus-hipofízis-gonád tengely működészavarára. A legtöbb endokrin és anyagcsere eltérés és a menstruáció szünetelése az éhezés másodlagos következménye.

Kezelés

A kooperáció biztosítása

A betegség természetéből adódóan a beteg minden olyan lépést, mely súlynövekedést vonhat maga után, igyekszik elkerülni. Gyakran két-három előzetes ülésre is szükség lehet a kooperáció, a beteg bizalmának biztosítása céljából, mielőtt a terápiát megajánljuk.

A kezelés helyszíne

Az ambuláns kezelés sikeres lehet, ha a testsúlycsökkenés a 20%-ot nem haladja meg, a beteg a kezelésre kifejezetten motivált, a család együttműködő, s a tünetek nem állnak fenn régóta. A kórházi kezelés indikációi a következők: (1) nagyobb fokú fogyás, (2) gyors testsúlycsökkenés, (3) életet veszélyeztető fizikális szövődmények (kiszáradás, elektrolit zavarok, EKG eltérések), (4) öngyilkossági veszélyeztetettség, pszichotikus dekompenzáció, (5) a családi helyzet, a szociális körülmények nem teszik lehetővé az ambuláns kezelést, (6) az ambuláns kezelés adott helyen nem kivitelezhető, (7) hatástalan ambuláns kezelés.

A normál tápláltsági állapot helyreállítása

Az anorexiás beteg ápolása még gyakorlott stáb számára is nehéz feladat. A nővér egyrésztől együttérez a beteggel, aki aggódik súlya és alakja miatt, másrészt határozottan elmagyarázza, hogy ahhoz, hogy újra egészséges legyen, szükség van arra, hogy a testsúlya gyarapodjon.

Célsúlynak tekintjük azt a testsúlyt, amely mellett a normál reprodukív funkció (menstruáció) visszatér, és a csont elmesztelenedése rendeződik. A testsúly ren-

deződése 6-12 hetet is igénybe vehet, a célsúly elérése után általában még 2-4 hétig a beteg az osztályon marad.

A szükséges súlygyarapodást leginkább kognitív viselkedésterápiás módszerekkel tudjuk elérni. Mind pozitív, mind negatív megerősítők használata hasznos lehet, a beteg maga ellenőrzi az „étkezési nappalóval” az eseményeket.

Ambuláns program esetén heti két ülés mellett a beteg vezeti az étkezési nappalót, melyet az ülések elején megbeszélnek, s normál étrendet tart. A heti elvárt súly-növekedés alacsonyabb, minimálisan 0,5 kg. Szükség esetén magasabb energia-tartalmú étrend javasolható.

Pszichoszociális kezelés

A pszichoterápiás támogatás már a testsúly-normalizálás szakaszában is nélkülözhetetlen, megalapozza a későbbi belátás orientált terápiás munkát is. A normál testsúly elérése után a multimodális pszichoterápiás formák kerülnek előtérbe.

Az egyéni és családterápiás ülések segítik a beteget a döntések meghozásában, a tünetek javulásában. Serdülőkorú betegeknél, ha betegségük viszonylag nem régóta áll fenn, a családterápia nagyobb sikerességéről számoltak be.

Gyógyszeres kezelés

Az anorexia nervosa önmagában nem indikál gyógyszeres kezelést. Az étvágyfokozó szerek hatástalanok. A depresszív tünetek általában a testsúly normalizálódásával rendeződnek. Ha nem, indokolt lehet antidepresszánsok átmeneti alkalmazása. Súlyos szorongásos, kényszeres jegyek, pszichotikus szintű gondolkodászavar alacsony dózisú neuroleptikumok, nyugtatók alkalmazását tehetik szükségessé.

A krónikusan alacsony testsúlyú, amenorrhoeás anorexiások csonttriturálás megelőzése indokoltnak tűnik. Premenarcheális kórformánál az ösztrogén kezeléssel helyes várni addig, amíg a beteg a pubertás megindulásához szükséges optimális testsúlyt eléri, és legalább egy évig tartja.

Útókezelés, esetleges rehospitalizáció

A kórházból való hazabocsátást követően a kórkép krónicizálódási hajlama miatt tartós ambulanter utókezelés szükséges általában egy, másfél évig. A hazabocsátás kritériumai a következők: (1) stabil fizikális állapot, (2) elfogadható testsúly, (3) az evési magatartás megfelelő kontrollálása, (4) kellő előrehaladás a pszichés és családi problémák feldolgozásában, (5) részletes utókezelési terv, szerződés megfogalmazása.

Számos betegnél az anorexia nervosa krónikus lefolyású, nem tudják fenntartani normál testsúlyukat, gyakoriak a depresszív, kényszeres jegyek, a szociális izolálódás. Általában több kórházi kezelésen estek át, átmenetileg gyarapodott is a sú-

lyuk, de hosszú távú sikereket nem tudtak elérni. A terápiás célok meghatározásánál figyelembe kell venni, hogy számukra az anorexia nervosa életformává vált. Egyénre szabott kezelési terv és gondos esetvezetés szükséges, esetenként konzi-liáriusok bevonásával, átmeneti hospitalizációval, nappali szanatóriumi elhelyezéssel, egyéni-, csoportterápiával, szükség szerinti gyógyszereléssel.

Bulimia nervosa

Okai és kialakulása

A gyermekkori diétázás hajlamosít bulimia nervosára. Egyéb lényegesnek vélt faktorok közé sorolható a genetikai hajlamosítottság (egypetűjű ikrek között magasabbnak találták előfordulását, mint kétpetűjűek között), gyermekkori szexuális bántalmazás (a bulimiás betegek közel egyharmada, fele szenvedett el hasonló élményeket).

Klinikai kép

A következő jellegzetességeknek együttesen kell jelen lenniük, hogy a bulimia nervosa diagnózisa felállítható legyen:

- A beteg állandóan az evéssel foglalkozik, és nagy mennyiségű étel rövid idő alatti elfogyasztásával járó túlevési epizódok fordulnak elő.
- A beteg az ételek hizlaló hatása ellen a következő módszerek egyikével próbál küzdeni: önhánytatás, koplalási időszakok, illetve gyógyszerek használata (vízhajtók, hashajtók, étvágycsökkentők).
- Az alapvető probléma az elhízástól való beteges félelem, s a beteg olyan éles súlyküszöböt állapít meg saját maga számára, mely jóval optimális testsúlya alatt van.
- Gyakran, de nem mindig jelen van az anorexia nervosa korábbi epizódja.

Gyakoriság

A bulimia leggyakrabban a tizes életévek végén és a húszas évek elején jelentkezik, körülbelül 1%-os prevalenciával. Extrém ritkán fordul elő férfiakban. Hazánkban prevalenciáját 4,0%-osnak találták.

Kezelés

A bulimia nervosa kezelésében a kognitív terápiát részesítik előnyben. A további kezelési lehetőségek közé tartozik a családterápia, csoportterápia (beleértve az idősebb betegek öngyógyító csoportjait) és a dinamikus pszichoterápia. Ezen túl a pszichiáternek kezelnie kell az egyidejű egyéb betegségeket, mint pl. a depressziót. Ez szükségessé teheti gyógyszeres kezelés alkalmazását is.

Gyermekkori obesitas (Elhízás)

Az óvodás és iskolás gyermekek 2-15%-a mondható túlsúlyosnak a vizsgálat módszerétől függően. A gyakorisági csúcs a 7. életév és a 10-12 éves kor között található. Az adipositásnak két formája van, az elsődleges és a másodlagos. A *szekunder elhízás* – melynek más szervi betegség az oka (hormonális eltérés, központi idegrendszer sérülése stb.) vizsgálatunkon kívül esik, evvel a továbbiakban nem foglalkozunk. A *primér adipositás* – mely a gyermekek 75-98%-ának az elhízásáért felelős – szintén két csoportra osztható, a hipertrófiás és a hiperpláziás formára. A *hipertrófiás formában* a zsírszövetek megnagyobbodása figyelhető meg, míg *hiperpláziás formánál* a zsírszövetek száma szaporodott meg.

Okai, kialakulása

• *A fejlődési pszichopatológia elmélete*

Már a korai csecsemőkorban elsődleges okként említhető a csecsemő „tületetése”. Ez rendszerint már a születés után elkezdődik. Az újszülött hamarosan tapasztalni fogja, hogy szopás után (az anya tevékenysége következtében) ellazulttá, nyugodttá és megelégedetté válik, akkor is, ha előtte izgatott, nyugtalan, elégedetlen volt. Ez a tanulási folyamat – mivel főként a csecsemőkorban igen erősen környezetfüggő – könnyen meghibásodhat. Az anya tapasztalatlansága, vagy hiányos, illetve nem megfelelő ismeretei a csecsemőtáplálásról, vagy az „egészséges csecsemő = kövér csecsemő” téveszme éppúgy szerepet játszhat a kicsi tületetésében, mint mikor az anya saját esetleges agresszív indulatai miatti szorongását a csecsemő túlféltésén, tületetésén, hiperkalorizálásán vezeti le.

A gyermek energiaegyensúlyát hosszú időn át figyelmen kívül hagyó étkeztetés kórkiváltó lehet azzal, hogy a szopást az éhségen kívül is gyakran társítja az ellazulással, a nyugtató hatással. Így a gyermek evésre való reakciókészségét fokozza. A gyermek ugyanis ezt a kellemes ellazult állapotot minél gyakrabban el szeretné érni. Ha nem érzi magát kellemesen teltnak, azaz ellazultnak, ezt már frusztrációnak éli meg, s enni szeretne. Ez a táplálékfelvétel kontrollvesztését eredményezi. Emellett úgy tűnik, hogy a gyermek számára az étkezés jutalomként megélt pozitív érzéssé válik, amit egyre jobban kíván. Más szóval a gyermekben *szociálisan elfogadott, de a függőségi állapothoz hasonló kötődés alakul ki az ételhez*. Csak akkor érzi magát kellemesen ellazultnak, ha eszik. Mindezek eredményeként hosszú időn át pozitív energiaegyensúly alakul ki, ami egyre növeli a súlytöbbletet.

• *Biológiai teóriák*

Az utóbbi időben végzett tudományos vizsgálatok bizonyítják, hogy a kövér gyermek és kamasz elhízását nem lehet csupán torkossággal magyarázni. Sok esetben genetikai hajlamosítottság figyelhető meg, melyhez rossz táplálkozási szokások

társulnak. Az *egyén alkata* (szomatotípus) befolyásolhatja az elhízást vagy soványságot. Az elhízott emberek endomorf csoportba sorolhatók, vagyis szomatotípusuk a következő: hordó alakú mellkas, rövid végtagok. Az ektomorfiás alkatúak között viszont ritkán figyelhető meg elhízás.

A nyugodtságra, illetve a nyugtalanságra való hajlam feltételezhetően örökletes tulajdonság (a temperamentum jellemzője). Így az az inaktivitás, melyet az elhízottaknál megfigyelhetünk, inkább egyik oka lehet az elhízásnak, semmint következménye.

Genetikai hajlamosítottságra enged következtetni az elmúlt évtizedek *set-point* (kiindulási pont) teóriája is. Eszerint az egyéneknek van egy ideális, biológiailag meghatározott súlyuk. Ha eltérnek ettől a ponttól, az mozgásba hoz egy mechanizmust, mely az egyensúlyi állapothoz való visszatérést eredményezi. Hasonlóan működik mint a termosztát. A teória követői szerint a diétázók vesztett csata előtt állnak a „set point” kéréseivel szemben nyomása miatt. Ha akármilyen nagy erőfeszítéssel le is fogynak, hamarosan vissza is fogják hízni a leadott kilókat.

- *Szociálpszichológiai elméletek*

Pszichológiai és környezeti tényezők egyaránt szerepet játszanak az elhízás kialakításában. Gyermekeknél a szociális és fizikai környezet, amely formálja étkezési szokásaikat igen sokrétű: szülők, iskola, társak, tömegkommunikáció stb. A szülői étkezési szokások és minták szó szerinti minták a gyermek számára, melyek alapján felépíti a saját szokásait. Ha a minta a magas kalóriájú ételek kiválasztását és fogyasztását serkenti, akkor valószínű az elhízás. Kövér szülőknek a gyermeke is valószínűleg kövér lesz. Ha a szülő sem kövér, valószínűleg a gyermek sem lesz az, csupán 7%-ban. Ha az egyik szülő kövér, a gyermek elhízásának valószínűsége 40%. Ha mindkét szülő kövér, az elhízás valószínűsége 80%.

- *Társuló pszichés problémák*

A legtöbb elhízott gyermeknél a súlyfölösleg mögött pszichés problémák jelentkeznek. Gyakran vannak kitéve kortársaik csúfolásának és előítéleteknek. Ritka kivétellel negatív az énképük és alacsony az önértékelésük. Más pszichológiai és szociális nehézségek szintén előfordulhatnak, amelyek nemcsak a gyermek életét keserítik meg, hanem az elhízást is fokozzák. Társkapcsolataikban visszahúzódománnyá válnak. Megtanulják, hogyan szórakoztassák vagy vigasztalják magukat magányosan is, gyakran inaktivitást igénylő elfoglaltsággal. Ily módon csökkentik a kalória-felhasználást, ami további elhízáshoz vezet.

A terápia célja

- *Csökkenteni a gyermek testének zsírtartalmát.*

Hangsúlyozzuk, hogy a test *zsírtartalmának a csökkentése* áll szemben a testsúly-csökkentéssel. A gyermekek gyakran a növekedés különböző fázisaiban vannak,

a súlynövekedés természetes ebben a folyamatban, így a súly nem megfelelő standard a kezelés eredményességének megállapítására.

- *Javítani a gyermek pszichés állapotát.*

A pszichológiai funkciók javítása éppoly fontos – ha gyakran még nem fontosabb – a kezelés során. Legtöbb gyermek a kezelés kezdetén alacsony önértékeléssel és negatív énképpel jelentkezik. Néhányuk depressziós, izolációs tendenciák és szociális ügyetlenség észlelhető. Ezeknek a problémáknak a megoldása nem tűr halasztást, ha tartós eredményt akarunk elérni.

Pszichoszexuális zavarok gyermek- és serdülőkorban

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 tartozásnak 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 figyelniünk 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 transzszexualitás irányába fejlődhet.

Patogenezis

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

A 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 játékok 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 gyermekeknél 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. Játéukban lányos, anyás szerepeket választanak, gyakran babáznak, beszédükben, megnyilvánulásaikban lányos gesztusaik vannak.

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

Lányok

Lányoknál a fiúkhöz 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 ver-

senyszerű 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 rajzolja 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 gyakran 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 tüneteik közül csak néhány figyelhető meg náluk. Rendszerint félénkek, visszahúzódoók, nehezen beszélnek problémáikról. Később homoszexuális orientációjúvá válhatnak.

Ego-disztoniás szexuális orientáció

Az ego-disztoniás szexuális orientáció gyakran kezdődik serdülőkorban. Jellemző 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 szuicidum 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 fetisizta serdülők heteroszexuális érdeklődésűek. Náluk az ellentétes nem ruhadarabjainak viselése a heteroszexuális vágy fokozását szolgálja. Korábbi anamnézisében ritkán szerepel GYNIZ, viszont gyakori a fejsérülés és az agyi görcstevékenység, ami az organikus tényezők szerepét hangsúlyozza a 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 apának 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 támogatjuk 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 ezeknél a fiúknál nem lehetséges. Azt azonban elérhetjük, hogy a gyermekek jobban elfogadják saját anatómiai szexüket, és annak megváltoztathatatlanágát. 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 transzszexualizmus jóval ritkább kimenetelnek bizonyul, és a súlyos nem-i 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.

Nem organikus enurézis (bevizelés)

Az enurézis a görög terminológiából származik, szó szerinti jelentése vizezni, vizet csinálni. Igen gyakori probléma gyermekek között. Két fő formája a nappali és az éjszakai bevizelés (enuresis nocturna et diurna). Mindkettő felosztható elsődleges (primér) és másodlagos (szekunder) formára. A primér enuretikus sosem volt hosszabb időn át ágy-, illetve szobatiszta, míg a szekunder enuretikus legalább 6 hónapig képes volt hólyagműködését kontrollálni. Az enuretikusok feloszthatók aszerint is, hogy bevizelésük funkcionális jellegű, vagy hátterében urológiai vagy neurológiai okok húzódnak meg.

Előfordulási gyakoriság

A bevizelő gyermekek 90%-a funkcionális enuretikus, és 80%-uknál primér enurézis áll fenn. Ez azt bizonyítja, hogy az enurézis organikus vagy fizikális eredete ritka, és a problematikája a csecsemőkorból a gyermekkorba nyúlik, hiszen a gyermek ez idő alatt nem volt képes megtanulni a hólyagkontroll technikáját, feltehetően inadekvát vagy hiányos gyakorlási/tanulási folyamat miatt.

Az, hogy egy gyermek mikorra tanulja meg a hólyagműködését kontrollálni, az egyes vidékek kulturális különbözőségétől is függ. A gyermek 3 éves korára általában biológiailag érett erre, de öt éves kor alatt (a szociális érettség elérésének ideje) a bevizelést nem tekinthetjük kórosnak.

Irodalmi adatok szerint az öt éves gyermekek 20%-a ágybavizelő, tíz éves korban kb. 5%, és 12-14 éves kor között 2%. A fiú-lány arány 2:1.

Spontán gyógyulásra 7-12 év között 13-14%-ban, 15-19 éves kor között 14-16%-ban van remény. A spontán remisszió fogalmát megkérdőjelezi az a megfigyelés, hogy ezek a gyermekek a környezettől – ha nem is rendszeresen – igen sok elmarasztalást kapnak (szülőktől büntetést, kortársak elhúzódnak tőlük, nem mehet ki-rándulni, üdülni stb.), s ez lelki sérüléseket okozhat.

Okai, kialakulása

Az enurézis kialakulásáért sokan az alvás mélységét teszik felelőssé, és az „ébresztő rendszer betegségének” tartják. Újabb adatok kevésbé támasztják ezt alá, ugyanis az alvás fázisai és az enurézis közt nem találtak összefüggést.

Örökletes tényezők szerepére utalhat az, hogy egypetéjű ikrek mindkét tagjánál gyakrabban fordul elő, mint kétpetéjűeknél. Hasonlóképp enuretikus gyermekek családjában gyakrabban találni 1-2 enuretikus rokont.

Más vizsgálatok azt mutatták ki, hogy az enuretikus gyermekek hólyagkapacitása kisebb, mint nem enuretikus társaiké. Ezáltal feltételezik, hogy ez a kisebb hólyagkapacitás inadekvát agykérgi gátlást eredményez, vagy valamilyen allergiás reakcióra utalhat, ami hólyagspasmust tart fent, s ez nem engedi, hogy nagyobb mennyiségű vizelet gyűljön össze a hólyagban. Ezek szerint úgy tűnik, hogy a funkcionális hólyagkapacitás és az enuresis nocturna között szoros az összefüggés.

A viselkedés-tanulás modell az ágybavizelést rossz szokásnak tartja, amelyet nem megfelelő tanulási élmények és/vagy nem megfelelő megerősítők okoznak. A kontinens gyermeknél ugyanis a telt hólyag gátlást eredményez, azaz a gyermek visszatartja a vizeletét amíg a vizelésre alkalmas hely vagy idő el nem érkezett. Ennek a gátlásnak a kiépítésén alakulnak a különféle viselkedésterápiás technikák.

Az enurézis viselkedésszempontú kiértékelése

Az enuretikus gyermek tüneteinek kiértékelését feltétlenül rendszeresen és minden részletre kiterjedően kell végezni. Részletes klinikai interjút kell felvenni, és 2-4 hetes viselkedésprofil a kezelés megkezdése előtt. A klinikai interjú tartalmazza:

- a probléma történetét és leírását;
- családi és egyéb orvosi előzményeket;
- az enurézisen kívüli egyéb családi és egyéni problémákat;
- a családi környezetről alkotott benyomásokat;
- a megelőző kezeléseket és eredményeit.

Jóllehet az enurézis jól körülírt specifikus probléma, nem vonatkoztathatjuk el mégsem teljesen a család, illetve a gyermek általános pszichológiai környezetétől.

Az enuretikus viselkedés megbecslésénél a következőkre is figyelemmel kell lenni:

- az enurézis ideje és frekvenciája,
- a vizelés nappali menetrendje,
- hólyagkapacitás.

A hólyagkapacitás mérését egyszerű vízterheléssel otthon vagy ambulanter körülmények között is elvégezhetjük. Általános belgyógyászati, rutin vizelet- és bakteriológiai vizsgálat és hasi ultrahang általában elégséges a vizeletvezető rendszer megbetegedéseinek kizárása céljából. Kiterjedtebb urológiai vizsgálatok elvégzése csak azoknál a gyermekeknél indokolt, ahol az anamnézis a szervi eredetet támasztja alá. Leggyakoribbak az urinális rendszer fertőzései főként lányoknál, bár ezek is csak az esetek mintegy 10%-ában fordulnak elő. Ilyenkor a nappali vizelési minta elemzésénél az ürítés gyakoriságát, vizeletpangást vagy abnormális vizeletsugarat figyelhetünk meg, ezek a jelek fertőzések feltételezésének alapjául szolgálhatnak.

A megfigyelési periódus több célt szolgál. Felmérhető a szülő és a gyermek motivációja – láthatóvá válik, hogy képesek-e betartani az utasításokat. Részletes adatokat szolgáltat a gyermek fennálló ürítési szokásairól, melyhez a kezelés eredményét viszonyíthatjuk. (Pl. sok gyermek éjszaka többször is bevizel. Ha ezt nem észleljük, csak a száraz éjszakák számát jegyezzük, nem vehető észre azonnal a javulás, mely a bevizelések számának csökkenésével már mérhető, illetve észlelhető lenne.) Előfordul olyan módszer is, mely a vizes folt nagyságát regisztrálja, és ezzel méri a kezelés hatékonyságát. Néhány gyermek ugyanis nem egyszerre hagy fel a bevizeléssel, hanem napról-napra esetleg csökkenő mennyiségeket ürít az ágyba – ahogy a gátlás erősödik. Ezeknek az adatoknak a megfigyelése – főként a kezelés elején – jól motiválhatja a szülőket és a gyermeket a kezelés folytatására.

Kezelés

Gyógyszerek

Az enuresis nocturna kezelésében sok szert próbáltak már ki. A leggyakrabban használt és leghatékosabbnak tűnő szer az imipramine hydrochlorid (Melipramin). Bár a kezelés első 2 hetében 85%-ban javul a vizelet-kontroll, de tünetmentesség csak az esetek 30%-ában áll elő. A gyógyszer elhagyása után 95%-ban visszaesés következik be.

Hólyagtágítás (retention control training)

Ahogy már említettük- a kis hólyagkapacitás oka lehet az enuresis nocturnának. A hólyagtágítás vagy más néven retenció-kontroll training (RKT) gyakorlatok lényege, hogy a gyermek minél több vizeletet gyűjtson össze hólyagjában, azaz nappal minél ritkábban vizeljen. Önmagában alkalmazva kisebb hatékonyságú mint a következőkben leírásra kerülő vizeletébresztő, illetve száraz-ágy tréning, de főként nappali bevizelőknél jó kiegészítő módszer lehet.

Sphincter- tréning

A hólyagtágítással együtt alkalmazzuk. Az összegyűjtött vizeletet a gyermek nem egyszerre üríti ki, hanem a vizeletsugarat, ahányszor tudja, megszakítja. Minél több vizeletet gyűjtött össze, annál több megszakítás lehetséges.

Vizeletébresztő

A leggyakrabban használt módszer az enuresis nocturna kezelésében. Lényege, hogy ha nedvesség kerül a lepedőre vagy a gyermek alsóruhájára, egy megszólaló csengő ébreszti a gyereket. Ha a gyermek felébred, elmegy a WC-re, majd tovább alszik. Elméleti alapja az, hogy a kezelés folyamán a hólyagfeszülés fokozatosan alarmírozza az idegrendszert (amit korábban a csengő okozott), és ezért a gyermek magától is felébred, és elmegy vizelni. A kezelés eredményét 5-12 hét kezelés után a tanulmányok 80-90%-osra teszik. Az átlagos visszaesés 41%. Az ismételt kezelést követően a gyermekek 68%-a vizeletét tartani képes. A relapszus oka általában a szülő vagy a gyermek együttműködésének hiányából, a kezelés korai elhagyásából, vagy a technika nem megfelelő alkalmazásából ered. A hanginger inadékvát intenzitása felelőssé tehető a kezdeti eredmények elmaradásában, de a visszaesésben nem.

Nem organikus encopresis (beszékélés)

A gyermekek általában 3 éves korukban válnak székletre szobatisztává. 4 éves kor fölött a beszékélés mindenképpen kóros, kivéve a szellemileg visszamaradott gyermekeket.

Előfordulási gyakoriság

Fiúk esetében 7 éves korban az encopresis 2-3%-os gyakoriságú, lányoknál 0,7%. 16 éves kor felett gyakorlatilag nem fordul elő.

Klinikai kép

Az encopresist retenciós (visszatartásos) és nem retenciós formára osztjuk fel aszerint, hogy van-e a végbélben nagy mennyiségű székletfelhalmozódás.

A *retenciós encopresisnek* szervi és pszichológiai eredete egyaránt lehet. Leggyakoribb szervi ok a végbél berepedése, mely székelésnél fájdalmat okozhat, s emiatt a gyermek a székelési ingert elnyomja. Pszichológiai ok, amikor a széklet visszatartását a szülő-gyermek kapcsolat zavarára lehet visszavezetni. Ez a székletürítés megtagadásával kezdődik, ami tiltakozás lehet a túl korai, erőszakos bili-re szoktatás ellen. A visszatartott széklet felgyülemlik, megkeményedik a kitágult

bélben, de mellette a híg, friss széklet a végbélnyíláson át kicsurog. Így a gyermek nem képes a székelési folyamatot tovább kontroll alatt tartani, és túlfolyásos beszékélés alakul ki.

A *nem retenció encopresis primér formájában* a gyermek sosem volt bilire szoktatva, a beszékélés szünetése óta fennáll. E gyermekek általában mindenfajta szociális viselkedési szabály területén elmaradottak. Ruházatuk piszkos, elhanyagolt külleműek, iskolakerülők, rossz tanulók. Családjuk általában pszichoszociálisan alacsony nívón él, gyakori a családban a kriminalitás. A *szekunder forma* kialakulása hasonló a pszichogén retenció formához, de itt a gyermek ahelyett, hogy a székleürítést tagadná meg, nem a megfelelő helyre és időben székeli. Ezek a gyermekek gyakran igen tiszták, jól öltözöttek, jó tanulók és jó magaviseletűek. Sokszor titkolják tünetüket, eldugják vagy megsemmisítik alsóneműjüket. A gyermekek felében nemcsak a székletürítéssel van baj, hanem a normális étkezést is megtagadják. Tipikusan kiváló, sikeres tanulók, szemben a primér, nem retenció encopreticusokkal.

Kezelés

Beöntésekkel eltávolíthatjuk a székletdugót. Salakdús diéta és átmenetileg hashajtók alkalmazása segíthet a rendszeres, fájdalommentes székletürítés kialakításában. A normális székelési mechanizmus kialakítására viselkedésterápiás tréninget sikerrel alkalmazhatunk.

Egyes esetekben lényeges a családterápia elkezdése, hogy a gyermek a szülővel való szembenállását alkalomadtán nyíltabban is kifejezésre juttathassa, levezethesse.

A szomatikus betegségek lelki háttere

Jóllehet pszichés és organikus komponensek minden betegségben előfordulnak, relatív fontosságuk a kóreredetben és a kezelésben nem egyforma. A csontszarkóma főleg organikus-biológiai okokra vezethető vissza, s természetesen kezelésében a fizikális gyógy módok fognak főként szerepet játszani, míg például a depresszióban fordított a helyzet. A pszichoszociális faktorok fontossága tekintetében a két véglet között a kutatók megpróbálták bizonyos sorrendiséget felállítani (lásd 1. ábra).

Organikus tényezők	Betegségek	Pszichoszociális tényezők
100%		0%
	veleszületett fejlődési rendellenességek	
	rákos megbetegedések	
↑	anyagcsere zavarok	↓
	fertőzések	
	epilepszia	
	növekedési zavar	
	asthma bronchiale	
	enuresis, encopresis	
	balesetek	
0%	érzelmi- és viselkedészavarok	100%

Gyakoribb gyermekbetegségek biológiai és organikus összetevői

1. ábra

Ez az osztályozás azonban az egyes eseteknél félrevezető lehet. Gyakran előfordul ugyanis, hogy míg ugyanazon betegségnek az egyik gyermeknél a pszichés tényező a vezető ok, addig a másiknál inkább a biológiai. Másrészt a betegség lefolyása során a biológiai és pszichés faktorok szerepe változhat. Például a hisztériás afóniát (elnémulást) kiválthatja egy súlyos vírusfertőzés, de fenntartásában a „beteg-szerep” megőrzésének igen nagy fontossága lehet.

Pszichés kóroki tényezők

Életesemények (life events)

A klinikai vizsgálatok azt mutatták, hogy a legtöbb gyermek életében a *megbetegedést megelőzően sűrűsödtek az életesemények*. Ez megfigyelhető volt mind az általános gyermekosztályokon, mind a gyermeksebészeten. Balesetek előtt, sőt ráknál a szülők egyaránt az életesemények szaporodását jelezték. Bár a végzett vizsgálatok meggyőzőnek tűnnek, több szempontot is figyelembe kell vennünk. Ezek a kutatások retrospektívak voltak, és így lehet, hogy a szülők és a gyerme-

kek is nagyobb jelentőséget tulajdonítottak a betegség kitörését megelőző minden eseménynek. Az is lehet, hogy az életesemény egy betegség korai aspecifikus tünete (bágyadtság, rossz közérzet), mely miatt a gyermek például több rossz jeget szed össze az iskolában. Így ezek az események inkább következményei, semmint okai a betegségnek. Másrészt néha nem lehet eldönteni, hogy az akut életesemény maga a kiváltó ok-e, vagy a háttérben meghúzódó krónikus stressz, mely magát az eseményt is kiváltotta (pl. diabetes tör ki a szülők válása után 2 hónappal. Etiológiai szempontból az életesemény-e a fontos, vagy az annak háttérében lévő tartós családi feszültség.).

A stressz testi betegséget okozó hatásának mechanizmusa

- Az életesemények átélése – főleg a szorongás és a depresszió – *a neurotranszmitterek* (főleg monoaminok) *koncentrációjában* okoz változást. Ez viszont a legkülönbézetbb hormonok kiválasztását befolyásolja. A limbikus rendszer izgatása állatkísérletekben is befolyásolja az adrenalin s más hormonok koncentrációját. Az endokrin rendszer, illetve az autonóm idegrendszer a gasztrointesztinális, kardiovaszkuláris és az immunrendszer befolyásolásával szomatizálják a stressz-hatást, és így az életesemények – a környezet – direkt hatással lehetnek testünk egészségi állapotára.
- A direkt hatás mellett több *indirekt* is lehetséges. A depressziós anya például esetleg rosszul készíti el a gyermek ételeit, s emiatt a gyermek alultáplálttá válik. Lehet, hogy ingerült, és emiatt a gyermek, jóllehet éhes, visszautasítja a táplálékot. De az is előfordulhat, hogy a gyermek azonosul depressziós, étvágytalan anyjával.
- Más esetekben a szülők bizonyos testi szenzációknak túl nagy jelentőséget tulajdonítanak, s így a gyermek szomatikus panaszai felértékelődnek, és krónikussá válnak (nagyanya gyomorrákban meghalt, így a gyermek hasfájása igen aggasztó lesz a családban).

A gyermek személyisége és pszichobiológiai reaktivitása szintén igen fontos a krónikus betegség kialakulása szempontjából. Bizonyos kórképek esetében (aszma, ekcéma stb.) örökletes hajlamról beszélhetünk. Hogy ebből a hajlamból lesz-e betegség, az attól a pszichoszociális háttértől is függ, ahol a gyermek felnő.

Az egyének a különböző stresszekre azonos, a rájuk jellemző pszichofiziológiai válaszokkal reagálnak (például: fokozott izzadással, szívdobogással, RR emelkedéssel). Igen szoros kapcsolat képzelhető el tehát az autonóm idegrendszer stresszre történő reagálása és a gyermek szomatikus betegségei között.

Mindazon pszichoszociális tényezők, melyek a betegség kiváltásában fontosak voltak, legalább olyan fontosak a fenntartásában. A cukorbetegséget kiválthatja

exogén stresszor is, de a betegség lefolyását az endokrin rendszer határozza meg akkor is, ha a stressz megszűnik. Első epilepsziás rohamot okozhat vírusinfekció, de azután a további rohamokat környezeti tényezők is kiválthatják.

Mindezt bonyolítja még az a hatás is, melyet a betegség az egyes családtagokra és magára a betegre gyakorol. A családtagok reakciója (a betegség tagadása, a félelmek elhallgatása) fokozhatja a testi tüneteket. Különösen kifejezett ez asztmánál vagy colitis ulcerosánál.

A gyermeknek a krónikus betegség miatt csökkenhet az önértékelése, önbizalma, ez depresszióhoz vezethet, emiatt csökkenhet az étvágya, és ez tovább ronthatja fizikális állapotát. A kórházi ápolás fokozhatja szorongását, súlyosbítva testi lelki állapotát.

Szülői attitűd és viselkedés

A szülő viselkedése hasonló lesz, akár fejlődési rendellenességgel született, akár krónikus beteg lett a gyermeke. Mindkettő gyászt vált ki, hiszen a szülő elvesztette azt a gyermeket, akit kívánt, akit örömmel és szeretettel várt. A gyermek nem olyan, mint amilyet szeretett volna. A felgyógyulása igen sok teendőt igényel, és akkor sem biztos a kimenetele. A szülő gondoskodását egyaránt gátolja a bizonytalan jövő és irracionális érzelmei, a szégyenkezés, bűntudat.

A *szülő természetes reakciója* (gyászreakció) a gyermek betegségére több lépcsőben zajlik. A hír, hogy gyermeke milyen súlyos beteg **sokkhatásként** éri, megbénítja. A következő periódusban **tagadni igyekszik** aényt. Hátha tévedtek az orvosok. Összecserélődtek a leletek. Esetleg más orvosokhoz is elviszi a gyermeket. Majd elfogadja aényt, és **szomorúság** vagy **harag** lesz úrrá rajta. Ezek az érzelmei még gyakran hátráltatják a reális cselekvésben. Keresi a bűnöst, aki a gyermek betegségéért felelős. Tehetetlenül belesüpped a bánatába. Az idő során lassan hozzászokik, **adaptálódik** a gondolathoz, hogy a beteg gyermekkel éljen. Ezt legyőzve képessé válik a betegség kívánalmainak megfelelően átszervezni (**reorganizálni**) gyermeke és saját életét.

A *szülő reakciója* a betegségre azonban **maladaptív** is lehet. Gyakran **túlvédővé** (overprotektív) válik, igényein túl is segíti, gondozza a gyermeket. Minden megéröltetéstől óvja. Máskor **extrém módon elmélyül a gyermek tüneteiben**, teljesen azonosítja vele magát. Ennek egyik jele az lehet, ha többes szám első személyben tudósít a gyermek állapotáról. (Pl.: Ma nem volt rohamunk. Jól aludtunk.) Előfordulhat, hogy valójában **nem képes elfogadni a gyermeket betegnek**, de emiatt bűntudata van, s ez ismét overprotektivitásban juthat kifejezésre. Máskor ez az elutasítás abban nyilvánul meg, hogy félreismeri a gyermek szükségleteit, **elhagyja a gyógyszert, vagy nem tartja be a diétás utasításokat**. Ezen az úton

megindulhat a bűnbakképzés is a családban, hogy vajon ki a felelős a gyermek betegségéért, kitől örökölhette ezt a bajt.

A beteg gyermek hatása a *szülők közötti kapcsolatra* különböző lehet. Előfordulhat, hogy a beteg nagyon leköti az anyát, és így feszültté, frusztrációval telivé válik a szülők közti viszony, s hamarosan teherként jelentkezik a gyermek a házasságban. Máskor viszont inkább összeköti a lazuló párkapcsolatot, és növeli az egymásrautaltságot.

A *testvéreknek* is gyakran megváltozik az élete. A krónikus epilepsziás betegek testvérei között a viselkedészavar sokkal gyakoribb, mint az egészséges populációban. Ugyanez a friss epilepsziások esetében nem figyelhető meg. Ebből arra lehet következtetni, hogy a viselkedészavar inkább a bekövetkező környezeti hatások eredménye, semmint az epilepszia valamilyen larvált, csak viselkedésben megnyilvánuló befolyása.

Szomatikus kórképek

Növekedészavar (az étkezési zavaroknál tárgyalva)

Asthma bronchiale

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 betegségre. 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 sípolás 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 szívfejlődési 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 szorúlnak. 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 tényezők

A betegség hosszadalmas lefolyású, ezért mind a gyermektől, mind a szülőtől nagy türelmet igényel. Rendszeres gyógyszeresedés, légzőtorna 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 agresszív, veszedőssé 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 bűntudatot, 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 temporális 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, érösszehúződás lehet az oka. Elképzeltető, hogy a gyermek a nagyobb szülői odafordulás elérésére normális hasi szenzációit 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* (pszichostresszek) 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 szembenéznük. 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 ismételten 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.

Crohn 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 a 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 kezeléssel 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 félrediagnosticsztizálása is. Külön megterhelés a gyermeknek a kezelés elején 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 felállítását követően sok időt kell szentelni arra, hogy a családdal megértessük a betegség mibenlétét és a kezelést. A kétségbeesett szülő gyakran képtelen lesz a gyermekkel pozitív kommunikáció kialakítására, s ebben kell segítenünk neki. Hasonlóképp fontos különösen a fiatal, tapasztalatlan szakdolgozók pszichés segítése, akiknek a kommunikációja a gyermekkel szintén gyakran zavarttá válik.

Öngyilkosság

Gyermekekben az öngyilkosság ritka, 800 000-1 millió 10-14 éves között egy a halálos kimenetel, 50 a kísérlet előfordulása. Kb. 7-9 éves kortól a 13. életévig tart az a pszichés munka, melyben a gyermeknek érett elképzelése alakul ki a halálról, és azt mint az élet tényleges végét fogja fel. Addig az öngyilkossági kísérlet mögött azonosítható halálvágy nincs, a gyermek például úgy képzei, újra találkozhat meghalt hozzátartozójával („anyu elment, én is elmegyek”), vagy menekülést, békés, örök alvást szeretne elérni. Eltekintve a véletlenül bevett gyógyszerektől, komoly öngyilkossági szándék mögött legtöbbször a gyermek bántalmazása, elutasítása, súlyos pszichoszociális ártalmak állnak.

Serdülőkorban az öngyilkossági kísérletek száma hirtelen megnő és a halálokok sorrendjében a 2-3. helyre kerül. A szuicidum egyébként a fiatal felnőttkorban a leggyakoribb. Az „öngyilkossági magatartás” világszerte a serdülők kb. 15-25%-át érinti, ennek fele komoly kísérletet követ el. Lányok kétszer több kísérletet követnek el, a fiúknál viszont több a halálos kimenetel. A lányok tendenciajellegű kísérleteit arra vezetik vissza, hogy kevesebb eszköz áll rendelkezésükre az agresszív feszültségük levezetésére. Pszichológiai kérdőívekkel kiderült, hogy adolescens korban a fiúk és lányok kb. egyharmada legalább egyszer komolyan gondol öngyilkosságra.

Okai, kialakulása

A kedvezőtlen családi-nevelési viszonyok elsődleges szerepet játszanak a gyermek szuicid kísérletének kiváltásában, bár újabban a munkanélküliség is jelentkezik motívumként. Öngyilkosságot elkövetett fiataloknál nagyobb arányú a csonka család, kb. a családok felénél él csak mindkét szülő együtt, sok gyermeket anyja egyedül nevel, illetve az apa tartósan hiányzik, több a nevelőintézeti fiatal, és a negatív, hátrányos hatású életesemények aránya is kb. négyszerese az egészségesek hasonló paramétereivel összehasonlítva. Jelentős a szülők pszichés zavarainak szerepe: alkoholizmus, személyiségzavar. A szülő szuiciduma mintaként szolgálhat, továbbá jelentős tényező a fizikális betegségük, valamint a szülő(k) elvesztése.

A nevelői anomáliák közül a szülők visszaélő, büntető, elutasító, büntudatkeltő attitűdjei és a kaotikus nevelési viszonyok emelhetők ki, ezenkívül a szülők hideg-korlátozó nevelési stílusa. Gyakori kiváltó ok az iskolai konfliktus, tanár, családás barátban vagy partnerben. Provokáló tényező lehet osztálytárs példaadó szuiciduma, ami labilisabb serdülőknél emocionális terhelés mellett követést, kisebb szuicidum-endémiát válthat ki (Werther-effektus). Stabil családi háttér ese-

tén ezek azonban önmagukban ritkán vezetnek szucidumhoz. Az öngyilkossági kísérletre készülő, vagy a kísérleten átesett serdülők a családtól (főleg apjuktól) és kortársaiktól egyformán elszigeteltnek érzik magukat. Az egyik típusnál jó intellektus mellett túlzottan kritikus, introvertált, perfekcionista vonásokat találunk, az anamnézisben inkább depresszió deríthető ki, a másik hajlamosító személyiségstípus impulzív, érzékeny, agresszív, inkább disszociális előzményekkel, itt a kísérlet sokszor bejárt út a feszültség levezetésére.

Bár hagyományosan az öngyilkosságot a másik (szeretett, gyűlölt stb.) személy ellen irányuló agresszió megfordításaként fogják fel, újabb személyiségvizsgálatok az autoagresszivitás hipotézisét nem erősítik meg. Felmérések szerint a szuicid kísérlet jobban összefügg a kísérletező reménytelenség érzésével, a non-konform személyiségvonásokkal és a „külső kontroll attitűddel”, mint a rosszkedvvel, mégis sok a felfedezetlen és kezeletlen depresszió.

Kezelése

A szuicidium önmagában krízishelyzet, illetve kríziskörkép, de az öngyilkosság mögött keresnünk kell, van-e alapbetegség. Ezek leggyakrabban depresszió, neurózis és disszocialitás. A „cry for help”, illetve alarmtünetek csak néhány jellegzetességben különböznek a felnőttkorban észlelhetőktől, mindenestre rejtettebbek (intenzív agresszív fantáziák, konkrét öngyilkossági terv, fenyegetőzés, hirtelen visszahúzóds stb.). Ezek a gyermekeknél megfigyelt pszichoszomatikus-depresszív jegyek. Szerencsére a serdülőket a kísérleteikre nagyobbra jellemző impulzivitás hátráltatja abban, hogy a szuicidumot körültekintő alapossggal intézzék. Ez azonban, valamint az eltervezetlenség csak a fiatalabb serdülökre érvényes, idősebb serdülőknél sajnos alapos tervekkel és sikeres titkolódzásokkal is találkozhatunk. A tettét övező demonstratív, manipulatív vagy a környezetet bűntető motívumok miatt sokszor az orvosok is alábecsülik a kísérlet komolyságát. Öngyilkossági módszerként a gyógyszerbevitel és -túladagolás (barbiturát, analgetikum, antidepresszáns), valamint érfelmetszés, illetve a csukló többszörös megkarcolása (karistolás, „falcolás”) a leggyakoribb, a halálos végű kimenetelnél a lőfegyver, önakasztás, leugrás magas helyről, valamint ismét csak az antidepresszáns gyógyszerek túladagolása dominálnak. Újabban a motorkipuffogó-gázzal végzett önmérgezések, valamint a szándékosan előidézett halálos végű motor- vagy autóbaleset-esetek szaporodnak. A kísérletet övező érzelmi állapotot sokszor öntik szavakba, például szégyenérzet, figyelemfelkeltés, szeretet bizonyítása, lelkiismeretfurdalás, belátás ébresztése a másikban stb. Zsarolási motívum disszociális gyermekek gyakori öndestrukcióira jellemző.

A „falcolás” nagyfokú gyakorisága miatt érdemel külön tárgyalást. Típusosan fiatal lányok csinálják borotvával, üveggel, általában pubertás után indul a szokás. A lányoknak általában zavart, deprimált gyermekkoruk volt: válás, szülők elhalálo-

zása, emocionális melegség hiánya, korai kórházi felvétel, szülői visszautasítás stb. Alacsony az önértékelésük, érzéseiket nehezen verbalizálják, gyakoriak a kapcsolati problémák. Gyakori a hangulati ingadozás, valamint alkohol- és drog-fogyasztással, illetve evészavarral való együttes előfordulás.

Kiváltó ok általában izoláció vagy elhanyagoltság érzése. Előfordul, hogy egy kapcsolati probléma olyan intenzív érzelmeket kelt, amit nem tudnak senkivel közölni. Képtelenek feszültségüket csökkenteni, frusztráltak, sértődöttek lesznek, visszahúzódnak, deperszonalizációs élmények is kialakulhatnak: a világ távoli, üres, halott. Ez a reakció átmenetileg védelmet jelent az elárasztó nem kívánt érzésekkel szemben, de a bizonytalan identitású, alacsony önértékelésű serdülő lány számára igen törekény egyensúlyt jelent. A feszültség fokozódásával titokban elkezd „falcolni”, aminek üzenetértéke van mások felé, majd a vér megjelenése változást, enyhülést, sokszor melegségérzést okoz. Azt mondják: „úgy érzem, az élet visszatér belém”. A deperszonalizáció kínzó üressége megszűnik, az egyén továbbra is bizonyos távolságból, de egyfajta érzelmi védettséggel, immunitással figyeli a környezet reakcióját, akár ellenséges ez, akár együttérző.

Klasszikus falcolásnál inkább kötődési zavar, mint öngyilkossági motívum áll fenn. A későbbiekben a falcolást figyelemfelkeltés céljából még többször használhatja, s ezzel szociális előnyt csikarhat ki.

Kezelés

A krízishelyzetben lévő beteggel a teendőket és azok sorrendjét a *krízisintervenció* fogalom keretében foglalják össze. Az öngyilkossági veszélyt és kísérletet mindig komolyan kell vennünk, még akkor is, ha csak egyszerű affektív reakciónak tűnik. Gondos mérlegelést igényel, hogy a serdülő megfelel-e az ambuláns intenzív pszichoterápiás kezelés feltételeinek (bizalmi kapcsolat, kötődés a terapeutához, elégséges önkontroll, előírások betartása) vagy hospitalizáció szükséges, amit lehetőleg meggyőzéssel próbálunk elérni. A pszichoterápia első fázisában az érzelmi elfogadás és támogatás mellett a gratifikációs igények kielégítése szükséges, később kerülhet sor konfrontációra, érettebb elhárítások kialakítására, az infantilis vagy nárcisztikus igények redukálására. Fontos legalább az öngyilkossági veszély elhárulásáig a beteg benntartása a terápiás kapcsolatban. A rehabilitációs szakaszban csoportterápia is hasznos. A prognózist a komorbid betegségeken kívül nehezen változtatható háttértényezők (pszichoszociális stresszorok, izoláció) is ronthatják. Jelentős védőhatást fejtenek ki a 10-15 éve Magyarország nagyvárosaiban működő telefon-ségélyszolgálatok is.

A „falcolás” esetében gyakori a pszichiátriai kórház személyzetének polarizálódó attitűdje (szimpátia vagy visszautasítás), ami károsan hathat ki a beteg javulására és a stáb kohéziójára. Nehéz befolyásolni, ismétlődő, néha életveszélyes, és meg

kell küzdeni a falcoló sokszor ellenséges indulataival is. Felvételre akkor van szükség, ha a cselekedet nyilvánvalóan szuicid indokból történt, vagy szexuális, étkezési vagy droggal összefüggő zavarok beavatkozást igényelnek. Ilyenkor határozott magatartás, egyértelmű szabályok, redukált külső személyi érintkezést biztosító zártabb jellegű intézet jelenthet segítséget. A probléma etiológiájából biográfiai-analitikus megközelítés következne, de a feltáró, dinamikus pszichoterápia sokszor csalódáshoz vezet. Ha osztályon észrevesszük, hogy valaki falcolásra készül, a stáb tagjai közül valakinek intenzív kapcsolatba kell vele lépnie, hogy érzéseit a páciens ki tudja fejezni. Ha megtörtént a csukló karistolása, a sebet el kell látni, de pozitív megerősítést és ezzel a másodlagos betegségelőnyök biztosítását kerülni kell, s a stábnak realizálni kell, hogy szuicid kísérletről volt szó.

Kimenetel

A fiatalok fele idővel feladja a szokást, kb. 10% később nagyobb adag gyógyszert vesz be.

A gyermekpszichiátriai kórformák terápiás lehetőségei

Ha felismertük a bajt, mit tegyünk?

Ha a mentálhigiénés szakember figyelmet fordít rá, igen sok gyermekpszichiátriai betegséget fog felismerni. Hiába látjuk azonban a bajt, ha nem tudunk segíteni vagy támaszt nyújtani. Mielőtt ezirányú szűrővizsgálatokat kezdenénk, gondosan meg kell terveznünk, hogy mit is csinálunk, ha problémás gyermekre akadunk. Egyben arra is vigyáznunk kell, hogy a kiemelt gyermeket ne „címkezzük” betegnek, hiszen lehet, hogy csak átmeneti állapotról van szó, ami gyorsan javulhat. Ugyanakkor ne legyintsünk, hogy majd kinövi a gyermek, hiszen előfordulhat, hogy a viszonylag egyszerűnek tűnő tünet mögött súlyos probléma húzódik. Nagyon fontos, hogy ezek a gyermekek is minél hamarabb megfelelő szaksegítséghez jussanak. Ezért, ha problémát észlelünk, azt gondosan beszéljük meg a szülővel. Ha a szülő beleegyezését adja, beszélgessünk el a gyermekkel. A szülő-gyermek kapcsolat vizsgálata, a gyermekkel való kapcsolatfelvétel könnyűsége vagy nehézsége, a gyermek beszédének, játékának vizsgálata, tájékoztathat bennünket arról, hogy ezzel a problémával magunk is el tudunk-e bánni. Helyes, ha a szülő beleegyezésével kapcsolatot teremthetünk az iskolával, az iskolaorvossal vagy az óvodával is. Ha ezt követően úgy véljük, hogy a gyermeken segíteni tudunk, kezelési programot dolgozunk ki számára. Ha a program hatására a gyermek állapotában nincs kielégítő javulás, gyermekpszichiáterrel kell kapcsolatba lépni.

A gyermekpszichiáter és a mentálhigiénés szakember közötti kapcsolat járó beteg esetében általában konzultáció formájában valósul meg.

Konzultatív munka a gyermek- és serdülőpszichiátriában

A gyermek-és ifjúságpszichiátria kompetencia körébe tartozó problémák hátterében, mint láttuk, gyakran olyan komplex kiváltó és fenntartó etiológiai tényezők húzódnak meg, melyek megoldására a más szakterületen dolgozó szakemberek nagyobb valószínűséggel képesek. Természetesen minden boldogtalan, „rosszul viselkedő” gyermeket el lehet küldeni gyermek- és ifjúságpszichiáterhez, de ennek bizonyos esetekben semmi értelme nincs. Némelykor ugyanis a gyermekpszichiáter is csak annyit tud mondani, hogy ebben az esetben a leghelyesebb volna, ha a gyermek problémáját más szakterület specialistája kezdené meg kezelni (pl. tanár, mentálhigiénés szakember, iskolaorvos, háziorvos, pszichológus, pszichoterapeuta, családterapeuta, szociális munkás stb.). Gyakran csak nehezen tisztázható, hogy ezek közül ki van abban a helyzetben, hogy a legnagyobb valószínűséggel segíteni tudjon a gyermeknek problémája megoldásában, amely pszichiátriai tünetként jelentkezett. A segítség mikéntje ugyanis nem csak a tünettől függ, hanem attól is, hogy ki az, akinek a gyermek környezetében a legtöbb készsége, motivációja, érdeklődése, szakismerete van a segítséghez. Természetesen ez nemcsak az egészségügyi dolgozók köréből kerülhet ki, hanem a gyermek szülei vagy tanárai, vagy a mentálhigiénés szakemberek közül is. (5. táblázat)

A konzultáció jelentőségét éppen az adja meg, hogy az iskolaorvos és a gyermekorvos vagy a mentálhigiénés szakember a gyermek-és ifjúságpszichiáter segítségével tisztázni tudja azt, hogy az adott probléma megoldására vajon ki is az alkalmas.

Mi is a konzultáció?

A konzultáció számos technika és lehetőség gyűjteménye, melynek segítségével az egyik szakember a másiknak segíteni tud, nem úgy, hogy átveszi tőle a gyermek kezelését (bár ez is egy lehetőség), hanem úgy, hogy megfigyeli, hogy a gyermeket kezelésbe vevő képes-e a gyermek gyógyítására. Tehát ebben az értelemben a konzultációt adó orvos nem veszi át a beteg kezelését, a betegért a szakmai felelősséget, csak segít azt kezelni a konzultációt kérőnek. Azaz a konzultáns segít a konzultációt kérőnek (konzulensnek), hogyan kezelje azt a gyermeket, akiről először úgy vélte, hogy pszichiátriai ellátást igényel. De az is elképzelhető, hogy egy iskola vagy egy nevelőintézet orvosa vagy mentálhigiénés szakembere tanácsot ad az intézményben dolgozó pedagógusoknak, hogyan bánjanak egy deviánsan viselkedő gyermekkel annak érdekében, hogy elkerüljék a pszichiátriai osztályra való beutalását.

Mindezek felvetik a kérdést, hogy vajon a konzultáció nem csak a gyermekpszichiátriai osztályos felvétel tisztázására szolgál-e? Hiszen annak a kritériumai

meglehetősen világosak minden orvos előtt, hogy mikor kell egy tüdőgyulladásban szenvedő vagy egy hasmenéses gyermeket kórházi osztályra küldeni, annak eldöntése azonban, hogy vajon egy depressziós (boldogtalan), rosszul viselkedő vagy más módon problémás gyermek tünetei olyan súlyosak-e már, hogy szakorvoshoz vagy kórházi osztályra kell küldeni, kevésbé tisztázottak. A konzultáció folyamata azonban ezek mellett számos ötletet, elképzelést, problémamegoldó készséget mozgósít mindkét félben, s megbeszélésük segít abban, hogy a gyermek problémája a legjobb, legszakyszerűbb megoldást nyerjen. Ezzel a konzultációnak egy új, fontos aspektusa kerül előtérbe. A konzultáns nemcsak saját módszereit és koncepcióját viszi bele a gyermek kezelésébe, hanem mobilizálja a konzultációt kérő rejtett képességeit is. Tehát a gyermekpszichiáter konzultáns nem a mentálhigiénés szakemberen, az iskolaorvosen, a pedagóguson vagy a szülőn át próbálja meg kezelni a gyermeket, hanem mobilizálja azok saját képességeit és készségeit, tapasztalatait a gyermek problémájának a megoldása érdekében.

5. táblázat

A konzultáció stratégiája

- Tisztázni, hogy kik lehetnek érintve a gyermek problémájában, vagy kiket lehet segítőként megnyerni.
- Kapcsolat kiépítése a kulcsfontosságú szakmákkal.
- Megegyezni, hogy mely problémák várnak megoldásra.
- A konzultációt adó és kérő között tisztázni, hogy mire képesek, illetve mit tudnak tenni.
- Segíteni mobilizálni a konzultációt kérő meglévő készségeit, képességeit.
- A problémamegoldó készség fejlesztése.
- Ha szükséges, más szakemberek bevonását megbeszélni.

A konzultációs folyamat, ha ez sikeresen működik, egyben oktatási-tanítási gyakorlattá válik, a konzultációt kérő valami újat tanul. De a konzultatív kapcsolat nem egyirányú. A konzultáns nem főnöki, fensőbbbséges vezető szerepet tölt be, hanem ez a közös munka tanulás a konzultánsnak is. Az együttgondolkodás folyamán mindkettő tanul valamit a másik mindennapi munkájából, amit még azelőtt nem tudott. Azt lehetne mondani, hogy a jó konzultáns és konzulens mindenekelőtt kíváncsi, szeretné megtudni, hogy mi az ami, a másik szakmájában történik, milyennek látszik a probléma az ő szemszögéből, hogyan próbálja ezt magában letisztázni és megoldani.

A konzultáció előnyei

Lehetővé válik, hogy a beteg eredeti kezelőjénél maradjon, ahelyett, hogy egy másik személlyel kelljen megismerkednie, egy másik intézményben. Ez nem csupán a beteg kényelmének a kérdése, hanem a pszichiátriai betegnek rendszerint a kapcsolatok stabilitására van szüksége ahhoz, hogy terápiás programja sikeres legyen. (Például autisztikus, boldogtalan vagy rosszul viselkedő gyermekeknek kedvezőbb, ha azzal a személlyel vannak állandó kapcsolatban, aki a programjukat nap mint nap viszi, nem pedig az, ha hetente egyszer eljárának pszichiáterhez, aki akkor valami briliánsat cselekszik velük, de a kapcsolat vele csak nagyon ritka.)

A konzultáció elméleti alapjai

A konzultatív munkának számos teoretikus modellje van. Mindenekelőtt fontos annak a felismerése, hogy a konzultáció egyenlő felek között zajlik, ahol a probléma megoldása érdekében mind a konzultációt adóknak, mind a konzultációt kérőknek el kell ismernie egymás készségeit, és meg kell értenie egymást. Ezért rendkívül fontos a probléma közös feltárása, amely nem arról szól, hogy ki az okosabb, hanem arról, hogy a gyermek baját hogyan lehet leginkább tisztázni, és mi rá a legjobb megoldás.

Nehézségek a konzultáció során

Félreértés

A konzultáció két szakember között zajló folyamat, annak érdekében, hogy a beteget az első specialista minél jobban tudja ellátni. Nem nevezhetjük konzultációnak azt, ha a szakemberek célja az, hogy a beteg kezelését, a kezelésért vállalt felelősséget az egyik a másikra ruházza.

Időt rabló-e a konzultáció?

A kérdés természetesen ebben az esetben az, hogy kinek, hol, és mikor veszi el az idejét. Beutalót írni a gyermekpszichiáterhez, ahol a gyermek és a szülő sokszor 2-3 hónapos előjegyzési időpontot kap, csak néhány percbe telik. Ha azonban végre eljutott a szülő és a gyermek a gyermekpszichiáterhez, s ott a pszichiátriai team 8-10 órában részletes pszichiátriai diagnosztikát végez, s végül kiderül, hogy nem is kellett volna, mert a probléma nem pszichiátriai keretek közt orvosolható, ez valóban időpocsékolás volt. A konzultáció folyamata azonban időt is nyerhet, legalább az egyik fél, de leginkább a beteg gyermek számára.

Ha a konzultáció során kiderül, hogy a kórkép olyan súlyos vagy bonyolult, hogy a mentálhigiénés szakember nem tudja megoldani, és speciális terápiát igényel, adjuk át a beteget további kezelésre gyermekpszichiáternek.

Egyéb gyermekpszichiátriai kezelési lehetőségek

Mivel a gyermekpszichiátriai kórképek csak ritkán vezethetők vissza egyetlen okra, a terápiás beavatkozásokat is általában kombináltan alkalmazzuk.

Az egyéni pszichoterápia középpontjában a gyermeknek mint egyénnek a megközelítése áll. Számos formája ismeretes (pszichodinamikus, humanisztikus, kognitív, behaviorista stb.). A terapeuta felkészültségétől, a betegségtől és a gyermek életkorától függően választjuk meg a kellő formát.

A segítségnyújtás a családnak, a családterápia a gyermek tünetére úgy tekint, hogy az csak egyik aspektusa az egész család nem megfelelő működésének. Mivel számos esetben a családtagok egymáshoz való viszonya és a család élete tükröződik a gyermek betegségében, lényeges az ilyen jellegű beavatkozás.

Csoportterápia: Gyermekek, serdülők és szülők egyaránt kezelhetők csoportban. Ennek lényege, hogy a csoporttagok interakcióik folyamán segítenek és modellt nyújtanak egymásnak problémáik megoldásában. Egyben lehetőség is nyílik új magatartásmódok elsajátítására és gyakorlására.

Gyógyszeres kezelés: A gyermeki idegrendszer, szemben a felnőttével, a fejlődés stádiumában van. A biokémiai rendszerek egyenlőtlen érése miatt a felnőttkori egyensúly még nem alakult ki, illetve másféle egyensúly van, így egyes gyógyszereknek a felnőttkorihoz képest paradox hatásai lehetnek. A gyógyszeres beavatkozás során e rendszerek érésében zavar támadhat, amelynek káros késői utókövetkezményei lehetnek. Ennek figyelembevételével gyógyszereljük csak a gyermekeket. A tünetek, a kórképek függvényében jön szóba nyugtató-serkentő hatású szerek stb. adása.

Speciális oktatás, gyógypedagógia, korai fejlesztés

Sokszor van szükség gyógypedagógus közreműködésére, ilyen értelmű korrekcióra.

Osztályos kezelés: Gyermek- és ifjúságpszichiátriai osztályra akkor vesszük fel a gyermeket, ha betegsége olyan súlyos, hogy ambuláns kezelése túl bonyolult vagy lehetetlen, illetve ha úgy ítéljük meg, hogy a kiemelés a családból hosszabb-rövidebb időre a gyógyulást elősegíti, sietteti.

Járóbeteg-ellátó intézetek: Magyarországon a gyermek- és ifjúságpszichiátriai ambuláns betegellátást elsősorban a Gyermek- és Ifjúsági Ideggondozó Intézetek végzik. Ehhez kapcsolódnak a narkológiai centrumok, nevelési tanácsadók hálózatai és a családsegítő központok. Ezek minden megyeszékhelyen megtalálhatók. Gyakran igénybe veszik – különösen serdülők – a telefonos lelki segítségnyújtást. Feladatuk többes: a lelki egészség integritásának megtartása, a betegségek megelőzése és a gyógyítás.

Irodalom

BNO-10 A betegségek és az egészséggel kapcsolatos problémák nemzetközi statisztikai osztályozása, tizedik revízió. Népjóléti Minisztérium, Budapest, 1995.

Lewis, M.: Child and Adolescent Psychiatry. Williams and Wilkins, Baltimore, 1991.

Remschmidt, H. – Schmidt, M.: Developmental Psychopathology. Hogrefe and Huber Publishers, Toronto, 1991.

Rutter, M. – Hersov, L.: Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Scientific Publications, London, 1995.

Vetró Á. – Parry-Jones, W. Ll.: Gyermek- és ifjúságpszichiátria. JGYTF Kiadó, Szeged, 1996.

Nyomdai és kötészeti munka:
Letter-Print Kft., Budapest
98/0033

