

Dr. Szilágyi István

Kisiskolás- és prepubertáskorban megjelenő pszichés zavarok

A személyiségfejlődés zavarai megjelenhetnek már korai gyermekkortól. Kialakulásukban számtalan tényezőnek lehet szerepe: belső tényezők, a család, kortársak, média stb. A gyermek fejlődése szempontjából lényeges fordulat az iskolakezdés, amikor a játéktevékenység helyét átveszi a tanulás. A gyermek számára nem könnyű feladat ez az áttérés, ezért fontos lenne, hogy a szülő és a pedagógus nagy figyelmet fordítson arra, hogy zökkenőmentes legyen az átállás. Ezzel sok zavarnak venné a kezdetét. Az iskolakezdéssel egy időben lazul a gyermek kapcsolata a családi kötelékekkel, és egyre bővül más csoportokkal való kapcsolata (osztály, baráti kör, sportcsoport stb.). A kapcsolatok bővülésével növekszik a külső környezeti ártalmak megjelenésének valószínűsége is.

Az erre az életkorra jellemző zavarok súlyosságukat és megnyilvánulási formájukat tekintve nagyon változatosak. A zavarok diagnosztizálása és kezelése pszichológusok, pszichiáterek és mentálhigiénés szakemberek hatáskörébe tartozik, de a pedagógusoknak is fontos szerepük lenne a tünetek észrevételében, és a megfelelő szakemberhez való irányításban. A következőkben a lehetséges pszichés zavarok sokaságából a két leggyakoribbat szeretném bemutatni.

Disszociális tünetek

A disszociális tünetek klinikailag neurotikus tüneteknek tekinthetők, amelyeket frusztrációk, konfliktusok, helytelen nevelési módok és különböző környezeti ártalmak idézhetnek elő. Bár ezeket a tüneteket nem lehet az esetleges későbbi antiszociális viselkedések kezdetének tekinteni, mégis fokozott odafigyelést igényelnek. A környezeti hatások megváltoztatásával, illetve adekvát pszichoterápiákkal gyógyíthatók.

1. Az agresszivitás

Az agresszivitás az egyik leggyakoribb disszociális megnyilvánulás. Kialakulásában kromoszóma-rendellenesség, biotípus, az idegrendszeri sajátosságok, de főleg a környezeti hatások játszanak szerepet. „Agresszióknak nevezünk minden olyan szándékos cselekvést, melynek indítéka, hogy – nyílt

vagy szándékos formában – valakinek vagy valaminek kárt, sérelmet vagy fájdalmat okozzon” (Ranschburg 1977, 90).

Számtalan megnyilvánulási formája van: játékát a másik gyermektől erőszakkal elveszi, bosszantja társait, verekszik, durván beszél, másokat ok nélkül becsmérel, pusztít és rombol. Leggyakrabban a frusztrációra adott válaszként jelenik meg. Éppen ezért a dackorszakban sokkal nagyobb a valószínűsége annak, hogy ez a disszociális viselkedés kialakuljon. A környezeti tényezők közül, az agresszív viselkedés kialakulásában leggyakoribb kiindulópont a szülők agresszív magatartása, valamint a büntetéssel, veréssel és szeretetmegvonással történő nevelés. A feszültségvezetési mechanizmusok hiánya és az énfékek zavara impulzív cselekvésekhez, úgynevezett „acting-out” típusú féktelen érzelmi kitörésekhez vezet. Ha az „acting-out” típusú viselkedéseket a környezet megerősíti (pl. a szülő rendszeresen teljesíti a dühögő gyermek vágyát), akkor kialakulhat az „acting-out” személyiség szerveződés. Az agresszív gyermekekkel való bánásmódban kerülni kell, hogy a szülő, illetve a pedagógus:

- a gyermeket megszegyenítse, bántalmazza;
- agresszivitásával viselkedésmintát nyújtson a gyermeknek;
- visszafojtott ingerültséggel bánjon a gyermekkel;
- következetlenséget tanúsítson a nevelésben.

Az agresszív viselkedés csökkentését, korrekcióját a kiváltó okok feltárásával lehet elkezdni. Szükséges, hogy a szülő és a pedagógus bizalommal és szeretettel foglalkozzon az agresszív gyermekkel, határozott követelményeket támasztva, feladatokkal ellátva. Sikerral járhatnak a sport, a fizikai erőfeszítést igénylő munkák, a gondozási és szervezési megbízatások.

A prepubertás korú és pubertás korú gyermekek agresszív viselkedésének korrekciója azért is fontos, mert az agresszív viselkedés a későbbi bűnözői viselkedés egyik fontos összetevőjévé válhat.

A pedagógusok munkája szintén a kompetenciahatárok pontos betartásával kell hogy történjen, az előző részben említett pszichológiai terápia és mentálhigiénés konzultációk formájában.

2. A hazudozás

A hazudozás értelmezésénél figyelembe kell venni a jelenség gyakoriságát és a gyermek életkorát. Ha nagyon ritkán fordul elő, akkor nem tekinthető patológiás tünetnek. Ilyenkor rendszerint valamilyen „elfogadhatóbb” gyermekkori indítéka van: félelem, dicsekvés, szolidaritási vagy utánzásos. Szintén nem tekinthető károsnak az óvodás kori gyermekek fantáziahazugsága sem. Ez abban különbözik a valódi hazugságtól, hogy a gyermek nem félrevezető szán-

dékkal és céllal teszi, hanem szubjektív élményeit és vágyait a valósággal azonosítja. Éppen ezért nem helyes büntetni a fantáziahazugságot, hiszen alapvetően különbözik a szándékos félrevezetéstől.

Fontos elkülöníteni a disszociális jellegű kóros hazudozást más kóros jellegű hazudozástól, amelyek bizonyos személyiségzavaroknál (unipoláris mániák, hisztériás neurózis stb.) tünetként megjelenhetnek. A disszociális hazudozás hátterében a gyermek érzelmi zavara található. Hazudozása szembefordulást jelent a felnőttel, amelyben kárpótlást talál az őt ért sérelmek miatt. Az ilyen gyermek gyakran sértődékeny, magányos, lehangolt, és általában bizalmatlan az emberekkel szemben. Szeretetteljes bánásmóddal, odafigyeléssel és megfelelő feladatokkal a szülők és a pedagógusok jó irányba fejleszthetik a gyermek magatartását.

3. A lopás

A tünet súlyosságának megítélésében itt is figyelembe kell venni a jelenség gyakoriságát és indítékát. Arra is figyelni kell, hogy más személyiségzavar kísérő tüneteként is megjelenhet (pl. az unipoláris mániánál). A disszociális jellegű lopás indítéka lehet mások szeretetének megszerzése vagy kárpótlás az elvesztett kapcsolatért. Ezeknél a lopásoknál egyértelműen lehet tapasztalni, hogy a lopás célja nem az anyagi javak megszerzése. Felbomlott családoknál és állami gondozásban nevelt gyermekeknél gyakori megnyilvánulás.

Nem tartozik a súlyos disszociális tünetek közé, de ha a gyermek rendszeresen meglopja a környezetét, fennáll a veszélye az antiszociális személyiség-fejlődésnek.

4. A csavargás

A csavargásnak számtalan kóros és nem kóros formáját különböztethetjük meg. Szintén számolnunk kell azzal, hogy bizonyos pszichés zavaroknál (epilepszia, hisztériás neurózis, enkefalopátia) a csavargás, kóborlás az adott betegség tünetegyüttesének része lehet. Enyhébb formában a prepubertás korú gyermekek önállósodási törekvéseként vagy kalandvágycént értelmezhetjük. Bár ez csak játékos formája a csavargásnak, többnyire szórakozás céljából történik, mégis jelez egyféle szembehelyezkedést az iskolával és a szülőkkel. Prepubertás korban az is megtörténhet, hogy a gyermek megszökik az igen szegény, nehéz és traumatizáló életkörülményeiből. Súlyosabb traumák esetén kialakulhat egy reaktív depressziós állapot, amely rendszeres elszökést és kóborlást eredményezhet. Így kialakulhat a kényszeres jellegű neurotikus csavargás. Ez utóbbi esetben a gyermek elcsavargása teljesen normális reakciónak, egészséges személyiségjegyeknek tekinthető (sajnos gyakran előfordul, hogy

ebben az esetben is a gyermeket tekintik patológiásnak, és nem a környezetét). A csavargásnak ez a formája disszociális tünetnek tekinthető. Gyakran előfordul az állami gondozottaknál és az örökbefogadott gyermekeknél (statisztikai adatok szerint a csavargó gyermekek mintegy 60 %-a intézetből szökött meg). A csavargás hátterében tehát eltérő érzelmi, indulati konfliktusok, különböző traumák és kilátástalan élethelyzetek húzódnak meg. A csavargás mint reakció ezekre az élethelyzetekre nem oldja meg az érzelmi problémákat. Ráadásul a csavargó gyermek ki van téve számtalan veszélynek: deviáns csoportok, alkohol, drog, pedofil személyek stb. Éppen ezért indokolt ezeknek az eseteknek a pszichoterápiás kezelése, és ezzel párhuzamosan a kiváltó okok megszüntetése. A probléma kezelése eltér attól függően, hogy családban vagy nevelőotthonban történik.

A pedagógusok kompetenciája főleg a tünet felismerésére, a körülmények tisztázására és a gyermek pszichoterápiás kezelésének javasolására korlátozódik. Mivel a legtöbb csavargásnál az intím kapcsolatok hiánya, valamint a kielégítetlen biztonságsszükséglet tapasztalható, ezért a pedagógusok a gyermek iskolai élethelyzetének javításával ezeket a hiányállapotokat csökkenthetik, aktív részei lehetnek a terápiás folyamatnak.

Pszichoszomatikus zavarok és betegségek

A test és a lélek működésének kölcsönhatása (test-lélek párbeszéde) nem újkeletű szemlélet. Az érzelmi átélés például a féktelen szívdobogást és a légzés felgyorsulását idézi elő. Fordított esetben a testi reakciók a krónikus gyomorpanaszok szorongást, félelmet, ingerlékenységet okozhatnak. Tehát a test megbetegedései pszichés megbetegedést eredményezhetnek, illetve a lélek megbetegedései szervi (szomatikus) megbetegedésekhez vezethetnek. A test és lélek kölcsönös egymásra hatásával foglalkozó tudományos kutatási irányzat a pszichoszomatika (a megjelölés a görög „pszükhé” (lélek) és szoma (test) szavakból tevődik össze). A pszichoszomatikus szemlélet kialakulásában fontos szerepet játszott Alexander, aki az 1930-as évektől foglalkozott belgyógyászati osztályon kezelt szomatikus betegségek (gyomorfekély, asztma, vérnyomás) pszichés eredetének vizsgálatával (Murányi Kovács Endréné 1991).

A pszichoszomatikus betegségek meghatározásában a legfontosabb meghatározás L. Kreisler nevéhez fűződik. Véleménye szerint a pszichoszomatikus betegségek olyan szervi megbetegedések, amelyek kialakulásában egyértelműen kimutatható a pszichés determináltság.

Kreisler azt is hangsúlyozza, hogy mindig valódi fizikális betegségekről van szó, nem olyan organikus betegségekről, amelyek a központi idegrendszer

működését érintik, mint pl. az epilepszia vagy az oligofrénia. Szintén kizárja a pszichoszomatikus kórképből a neurózisokat és a pszichózisokat (Demcsákné Dr. Kelen Ilona 1982).

A gyermekkori pszichoszomatikus kórkép intenzitása és gyakorisága nagyon eltérő formában jelentkezhet. Ezeknek három formáját különíthetjük el:

1. pszichoszomatikus reakció,
2. pszichoszomatikus zavar,
3. pszichoszomatikus betegség.

A pszichoszomatikus reakció fokozott fiziológiás működésben (sírás, hányás, nyáladás, hadonászás) nyilvánul meg. Ezek érzelmileg fűtött helyzetekben felelősödnek. Bár nem tekinthetők kórosnak, ezek gyakorisága vészjelzés lehet, melyre érdemes odafigyelni.

A pszichoszomatikus zavaroknak számos megnyilvánulási formáját ismerjük (pl. affektív apnoé, gyomorfájdalmak stb.), kialakulásukban örökletes, alkati és környezeti tényezők játszanak szerepet. Az időben elkezdett terápia legtöbbször sikerrel jár.

A pszichoszomatikus betegségek esetén a szervi érintettség nagymértékben kimutatható. Bár kialakulásában infekciós, immunológiai és allergiás mechanizmusok is szerepet kapnak, a pszichológiai determináltság egyértelműen bizonyítható.

A klasszikus orvosi gyakorlatban egyre inkább elfogadott a pszichoszomatikus szemlélet. A betegség kezelésében az első lépés az, hogy klinikai vizsgálatokkal, megbízható pontossággal kizárják a betegség organikus eredetét. Sokszor nehéz a testi és lelki determináltság megállapítása, főleg azokban az esetekben, amikor a betegség testi kezelése javuló tendenciát mutat (pl. asztma). Az sem ritka, hogy a test és lélek gyógyítása együttesen folyik.

A következőkben a gyermekkorban előforduló pszichoszomatikus zavarokat mutatjuk be.

1. Alvászavarok

Az alvászavarokat mindig komolyan kell venni, bármilyen intenzitással és bármely életszakaszban jelentkeznek. Kialakulásukban az ébrenléti állapotban átélt konfliktusok és traumatizáló tényezők mellett szerepet játszhatnak a gyermek alvásigényeinek figyelmen kívül hagyása, a nem megfelelő alvási körülmények, valamint ha a gyermek otthoni és bölcsődei (vagy óvodai) alvásszokásai ellentétesek. A gyermek alvászavara nagymértékben kihat a család valamennyi tagjának az életére. A gyermek éjjeli nyugtalansága, alvászavara miatt a szülők nem tudnak pihenni, emiatt nem tudják kellően végezni mun-

kájukat otthon és a munkahelyükön. Így a rosszul alvó gyermek nemcsak saját életmódját és alkalmazkodását nehezíti meg, hanem környezetét is.

Álmatlanság

Bár nem minden szakirodalom említi a pszichoszomatikus zavarok kategóriájában, mégis annak tekinthetjük, mert kialakulásában olyan szervi okok játszhatnak szerepet mint a pajzsmirigy-túltengés vagy magas vérnyomás. Többnyire azonban stressz, lelki konfliktusok, szorongások húzódnak meg a zavarok hátterében. Nem átmenetileg jelentkező álmatlanságról van szó.

A tünetek: a gyermek nehezen alszik el, sokszor felébred, korán és fáradtan ébred. Ilyenkor a gyermek ingerült, szétszórt és gyengén teljesít. Gyakran más tünetekkel – például hasfájás – együtt jelenik meg. Mivel más pszichés zavar (depressziós neurózis, szorongásos neurózis, neuraszténia) kísérő tünete is lehet, ezért csak akkor értelmezzük pszichoszomatikus zavarként, ha ez az egyetlen domináns tünet. Súlyosabb, krónikus álmatlanság esetén pszichoterápia (pl. relaxációs módszerek) szükséges, enyhébb zavaroknál gyakran segítenek a jól bevált „otthoni módszerek”: esti séta, korai vacsora, olvasás elalvás előtt, ugyanabban az időben történő lefekvés stb.

Lidércálm

Patológiás alvásnak tekinthető, amelyet mind a gyermek, mind a környezete traumatikusnak él meg (Demcsákné Kelen Ilona 1982). Az előidéző okok az ébrenléti állapotban átélt történések (néha komoly konfliktusok, néha banális történések). A gyermek nyugtalanul alszik, álmából felriad, felismeri környezetét, majd némi nyugtatásra elalszik. Reggel visszaemlékszik a történetekre.

Pavor nocturnus (éjszakai felriadásos rémálm)

Hátterében súlyosabb traumák és konfliktusok lehetnek, mint az előző formánál. Leggyakrabban a szigorú (esetleg brutális) nevelési módszerek, a fenyegetés és büntetés, valamint a megakadályozott dacreakció következményeként jelenik meg (Murányi Kovács Endréné 1991). Tünetei is a legriasztóbbak a környezet számára. Általában 1-2 órával a lefekvés után jelentkeznek. A gyermek egyre nyugtalanabban forgolódik, majd hirtelen felriad, összefüggéstelen kiáltásokat hallat, izgatottan dobálja magát, esetleg védekező mozdulatokat tesz. Tágra nyílt szeme egy bizonyos pontra irányul, és környezetéről nem vesz tudomást. Csak ritkán, a teljes felébredés után ismeri fel környezetét. Néhány percig tartó roham után elalszik. Reggel nem emlékszik a történetekre.

Szomnambulizmus

A gyermek nyugodt alvás helyett elhagyja az ágyát, és anélkül, hogy felébredne ide-oda járkal, értelmetlen szavakat mond és hadonászik.

Az okok szintén a nappali feszültségekben, konfliktusokban és akadályoztatásokban kereshetők. A meghiusult álom funkcióját töltik be, a kívánságok, vágyak és feszültségek, pszichoszomatikus tevékenységek formájában történő levezetéseként értelmezhető. Leggyakrabban 6-7 éves korban jelentkezik, és prepubertáskorban spontán megszűnési tendenciát mutat.

A lidércálmok, a pavor nocturnus és a szomnambulizmus az említett negatív hatásokon kívül megakadályozzák a szervezet regenerálódását és megzavarják az álmok feszültségcsökkentő, konfliktusokat elaboráló hatását is. Súlyos alvászavarok esetén a viselkedésváltozás csak tartós pszichoterápiával érhető el. Az álmatlanságnál felsorolt módok (séta, korai vacsora stb.) ezeknél a zavaroknál nem segítenek, de a prepubertás korú gyermekek egyszerűbb relaxációs gyakorlatok elsajátítására képesek, amellyel csökkenthetők az alvászavarok.

2. Pszichoszomatikus fejfájások

A fejfájás gyermekkorban és felnőttkorban egyaránt gyakori pszichoszomatikus zavar. A pszichoszomatikus jelleg megállapításához szükséges az orvosi vizsgálatokat elvégezni, hogy az esetleges szervi okokat (pl. heveny infekció, érrendszeri zavarok) kizárjuk. Már 4-5 éves korban jelentkezhetnek a tünetek, de leggyakrabban az iskolakezdés és a prepubertás időszakában jelentkezhetnek. A pszichogén fejfájások mögött különböző emocionális zavarok, konfliktusok és környezeti traumatizáló tényezők húzódnak meg. A kiváltó okok között nagyon fontos megemlíteni az intellektuális gátlást.

Ez főleg akkor tapasztalható, amikor a gyermek irreális intellektuális elvárásokkal kerül szembe. Ilyenkor csökken a gyermek iskolai teljesítménye, vagy gyakran fejfájás ürügyén mentesül a számára nehéz és kellemetlen feladat elvégzésétől. Ezek az „előnyök” megfosztják a tanulót a tanulás, az új felismerések örömétől (Demcsákné Kelen Ilona 1982). A pszichogén fejfájásoknak két nagy csoportja van:

1. tenzióval járó fejfájások,
2. migrénes jellegű fejfájások.

Tenzióval járó fejfájások

Ez a típusú fejfájás általában kétoldali, diffúz, tompa és kitartó fájdalom formájában jelentkezik. Ezt olyan általános tünetek kísérik mint: gyengeség,

rosszullét, fáradtság, sápadt arc stb. A fejfájásos roham alatt gyakran tapasztalhatók a nyak és a vállizmok görcsös összehúzódásai. A két fejfájástípus közül inkább ennél a formánál valószínűsíthető az intellektuális gátlás szerepe a betegség patogenezisében. Súlyossági fokuk széles skálán mozog, ezért terápiájuk is nagyon eltérő lehet. Enyhébb formáknál sokat segíthet a masszázs, a simogatás, aktív mozgatás, odafigyelő magatartás és együttérzés. Súlyosabb formáknál a relaxációs gyakorlatok (pl. autogén tréning) és az adekvát pszichoterápia segíthet.

Migrénes jellegű fejfájás

Ennél a formánál a kiváltó okok között az örökletes tényezők is fontos szerepet játszanak. Nagyon gyakran fordul elő azoknál a gyermekeknél, ahol egyik vagy mindkét szülő migrénre hajlamos. Tünetei lényegesen eltérnek a tenzióval járó fejfájástól: általában kétoldali, heves, lüktető fájás, amelyet hányinger és néha hasi fájdalmak kísérnek. A rosszullét alatt rendszerint előfordul a hányás, amely megkönnyebbülést eredményezhet, és ekkor a gyermek elalszik. Gyakran fejfájásmentesen, frissen ébred (Kelenné 1982). Bár ez a típusú fejfájás általában jó képességű gyermekeknél a leggyakoribb, mégsem zárható ki az intellektuális gátlás szerepe a betegség kialakulásában. Ezt talán az igazolja leginkább, hogy a vakációk időszakában ezek a gyermekek gyakorlatilag tünetmentesek.

Terápiájuk csak annyiban tér el az előző típusnál felsoroltaktól, hogy gyógyszeres kezeléssel egészítik ki (főleg azoknál, akiknél gyakrabban jelentkeznek a rohamok).

3. Légzőrendszeri pszichoszomatikus zavarok

Az érzelmi megnyilvánulások (félelem, düh, ijedtség, öröm) hatása a légzőszervek működésére jól ismert mechanizmus. A zavarok nagy része pszichoszomatikus reakció, illetve pszichoszomatikus zavar szintjén jelenik meg. Enyhébb formái közé sorolhatjuk az érzelmi feszültséggel járó helyzetekben megjelenő gyakori hangos ásítást vagy csuklási rohamot. Szintén pszichoszomatikus reakciónak tekinthető az irritatív jellegű köhögés is. Nem ritka, hogy a köhögési rohamok olyankor jelennek meg, amikor a gyermek iskolába indul, vagy felelőhelyzetbe kerül. Ilyenkor a köhögés „előnyökkel” járhat, ugyanis a kellemetlen helyzet elkerülését eredményezheti. Ennek ellenére aligha feltételezhető a gyermek viselkedésének tudatos jellege. Később előfordulhat, hogy a gyermek rájön arra, hogy köhögésével elkerülheti a számára kellemetlen helyzeteket, és tudatosan is előidézi köhögési rohamokat. Így a kezdeti

pszichogén köhögés krónikussá válhat. Ilyenkor a gyermek súlyosabb érzelmi konfliktusaira lehet gondolni.

Sírógörcs (affektív apnoé)

Főleg a lányoknál tapasztalható pszichoszomatikus zavarról van szó. A fiúknál ritkán jelennek meg ilyen megnyilvánulások, ezek nagyon súlyos konfliktusokra utalnak. A sírógörcs nagyon változó intenzitású lehet, a legenyhébb formától az eszméletvesztéssel járó megnyilvánulásig.

A sírógörcs megjelenésének leggyakoribb időpontja a 2-3 éves életkor. Kialakulásában az előző formáknál említett okok mellett fontos szerepet játszik a szülői modell és a környezet megerősítése is. A terápiában az okok megszüntetése mellett a családterápia és a viselkedés dekondicionálása játszik fontos szerepet.

Asztma (astma bronchiale)

Korábban a betegség patogenezisében kizárólagosan alkati tényezők és immunológiai feltételezések érvényesültek. A modern klinikai szemléletben egyre inkább érvényesül a pszichés determináltság elve. A betegség egyoldalú pszichoterápiás vagy egyoldalú szomatikus megközelítése nem vezethet tartós sikerhez. A kórkép létrejöttéhez nem elégséges az asztma etiológiájában szereplő szomatikus tényezők jelenléte, ehhez szükségesek a pszichés tényezők is. Fordítva is igaz: csupán lelki okokból nem alakul ki asztma. A betegséget kiváltó pszichés tényezők közül fontosnak tartjuk az anya–gyermek kapcsolat zavarát, a túlzottan féltő gondoskodást, valamint a környezet túl szigorú elvárásait. Főleg az anya–gyermek kapcsolat zavarának következményeként kialakul egy olyan magatartás, amelyre jellemző, hogy a gyermek semmihez és senkihez sem kötődik igazán. Ez voltaképpen jelzi az egymáshoz tartozás és az egymásba való kapaszkodás ösztönének sérülését. Az asztmás rohamokat gyakran kísérik ingerlékeny magatartások, agresszív megnyilvánulások és szorongások. A terápia szomatikus gyógymódok és gyógyszerek alkalmazása mellett kiterjed a relaxációs módszerek alkalmazására, valamint egyéni és családterápiára.

4. Táplálkozási és emésztési zavarok

Kísérletileg bizonyított az agyi működés (limbikus lebeny, hypothalamus) hatása az evési készítésre és a táplálékfelvételre. Szintén jól ismert a noradrenalin és származékainak hatása az étvágy fokozására vagy csökkentésére. Tehát a táplálkozás szomatikus szabályozását aligha lehet vitatni. Organikus betegségekben szintén fizikális eredetű táplálkozási zavarról (étvágy-

talanságról) beszélhetünk. De a táplálkozási zavaroknak gyakran pszichés okai lehetnek: gyász, kudarcok, csalódások, emocionális feszültségek és egyéb családi vagy környezeti konfliktusok. A korpépet még bonyolultabbá teszi az a tény, hogy az étkezési zavarok gyakran jelentkezhetnek a társadalmi körülmények és szokások függvényeként is.

Ezek a zavarok számos formában és eltérő intenzitásban nemcsak fiataloknál és felnőtteknél, hanem már csecsemőkorban is jelentkezhetnek. Csecsemőkorban főleg a táplálékviszautasítás, étvágytalanság, hányás, rumináció és hasgörcsök formájában jelentkezhetnek a zavarok.

A leggyakoribb táplálkozási és emésztési zavarok a pszichogén hasfájás, az anorexia és a bulimia.

A pszichogén hasfájások

Gyermekkorban a környezetből származó konfliktusok, érzelmi feszültségek gyakran hasfájás formájában jelentkeznek. Kezdetben a kiváltó okok a családban, főleg a harmonikus anya–gyermek kapcsolat hiányában kereshetők. Később a zavarok inkább a gyermek társas környezete által determináltak. A szorongás és félelem átélése hasfájások formájában a kisiskolás korú gyermekeknél főleg dolgozatírás, felelés és vizsga előtt jelentkezik, de néha egyszerűen az iskolába menés is kiváltja. A fájdalmakat gyakran vegetatív tünetek (sápadt arc, verítékezés) kísérik. Prepubertás és pubertás korban a kiváltó tényezők szintén széles skálán mozognak: szorongás, gátlásosság, teljesítményfélelem, valamint partnerkapcsolati problémák (beleértve a szexuális kapcsolatokat is).

Bulimia

Az elhízás pszichoszomatikus jellegének megállapításához ki kell zárni az organikus (encefalitisz, polydipsia) okokat. A betegség okai nagyon változatosak: gyermekkori traumák, szülői közönyösség, rossz családi kapcsolatok, válás és szeretethiány. Nem ritka az sem, hogy a betegség kialakulásában helytelen táplálkozási szokások is szerepet játszanak. Az érintett gyakran tagadja a törődés, a szeretetteljes figyelem és a méltányolás iránti vágyát, ezzel is fokozva bizonytalanságát, feszültségét. Feszültségét kényszerevéssel, nagy mennyiségű étel „bekebelezésével” csökkenti. Így az étkezés – gyakran éhség nélkül is – kedvelt feszültségoldó módszerévé válik. A felnőtt bulimias betegek nemcsak evéssel, hanem alkohollal és váltakozó partnerkapcsolatokkal próbálják pótolni az életükből hiányzó szeretetet és törődést (Kr. Federspiel 1996). Míg a gyermekek anorexiája kellőképpen megriasztja a szülőket, az elhízásukra nem fordítanak különösebb figyelmet.

A bulimia kezelésének elsődlegesen a pszichés háttér rendezésére kell irányulnia. Fontos kialakítani helyes táplálkozási szokásokat, és ha szükséges, akkor jól ellenőrzött fogyókúrával kell kiegészíteni a terápiát. A különféle, erre szakosodott intézetekben az említett módszereken kívül viselkedésterápiával és mozgásterápiával segítik hozzá a betegeket a gyógyuláshoz. Súlyosabb, elhúzódott eseteknél a gyermek terápiája mellett fontos felvilágosítani és bevonni a terápiába az egész családot.

Anorexia

Serdülőkorú és ifjúkorú lányok körében fordul elő leggyakrabban az anorexia, fiúknál, fiatalembereknél csak ritkán tapasztalható. Enyhébb formában, a fentiekől eltérő eredetű anorexiás megnyilvánulást, étvágytalanságot tapasztalhatunk csecsemőkorban is (hat hónapos csecsemők anorexiája, nyolc hónapos csecsemők étvágytalansága).

Ha enyhébb zavarnál figyelmes, érzelemgazdag odafordulás helyett a gyermekbe erőszakolják az ételt, fejlődési nehézséggel kell később számolnunk, melyek esetleg anorexiás zavarhoz vezethetnek. A kóros lesoványodás diagnosztizálásánál is előbb ki kell zárni az esetleges szervi okokat, pl. hipofízislebensy károsodása, illetve fontos elkülöníteni a kezdődő szkizofréniától is. A betegség fő tünete a kóros lesoványodás, amely együtt jár olyan testi tünetekkel, mint a menses elmaradása, a bőr kiszáradása, keringési zavarok és a végtagok kóros elszíneződése. A testi tünetek mellett megfigyelhető az érdeklődés beszűkülése, dacos viselkedés, hallucinációk, depresszív hangulat és szuicid készletesség.

A betegség kialakulásában leggyakrabban családi okok dominálnak: elhallgatott konfliktusok, túlzott gondoskodás, az anya túlzott domináns szerepe a családban, irreális követelmények, valamint visszafojtott, eltitkolt érzelmek. A betegség patogenezisében szerepelhetnek más okok is, mint például gyász, bűjt, táplálkozási szokások és testsémazavar. A testséma zavarát, a saját testről alkotott téves képalkotást számos kísérletben igazolták. Túl a felsorolt okokon a kétes szépség- és karcsúságesszmények társadalmi befolyásolása hozzájárulhat a betegség kialakulásához.

A terápiát megnehezíti az a tény, hogy csak nagyon kevés anorexiás jelentkezik magától a kezelésre. Általában tagadják a kezelés szükségességét, nem látják problémát a kóros lesoványodásban. Az ellenállás gyakran odafajulhat, hogy a beteget kényszertáplálásnak kell alávetni azért, hogy javítani lehessen az állapotán, esetleg, hogy megmentsék az életét. A betegben elhatalmasodó kétségbeesés oda vezethet, hogy halálra éheztesse magát. (Statistikák szerint 100 anorexiás beteg közül körülbelül 10 éhen hal.) Az anorexia

terápiája korházi felvételt igényel. A szomatikus kezelés mellett hosszan tartó pszichoterápiás kezelésre van szükség. Legsikeresebbnek a mélylélektani és humanisztikus terápiás eljárások, valamint a viselkedésterápiás módszerek bizonyultak.

5. Érendszeri pszichoszomatikus zavarok

Az erős emóciók – harag, düh, szorongás – hatása a szívre és az érrendszerre közismert. Normális körülmények között is az érzelmi feszültséggel járó helyzetekben (vizsga, felelés, nyilvános szereplés) pulzusszám-növekedés, szívszűrés vagy vérnyomás-módosulás tapasztalható. Ezek nem tekinthetők patológiás reakcióknak. Akkor beszélünk pszichoszomatikus zavarról, ha a szívfájdalmak és a palpitációk nagy intenzitással és gyakorisággal jelentkeznek, félelemmel vagy más negatív szubjektív átéléssel kísérve. Természetes, hogy a pszichoszomatikus jelleg diagnosztizálásához szükséges a szervi és hormonális okok kizárása. A betegség kialakulásában figyelembe kell venni az alkati tényezőket is (az obesitas gyakran társul hipertóniával). A betegséget kiváltó környezeti tényezők közül megemlíthetjük a túlzott ambíciót, az irreális szülői elvárásokat, a gyakori stresszhelyzeteket és frusztrációkat, valamint a visszafojtott dühöt és indulati reakciókat. A betegség patogenezisében az is szerepet játszik, hogy a gyermek nem rendelkezik az impulzusok adekvát levezetéséhez szükséges elhárítási mechanizmusokkal. Az érrendszeri pszichoszomatikus zavaroknak két formája van: szív táji fájdalmak és hipertónia. A szív táji fájdalmakat félelem, szorongás és nyugtalanság kíséri. A hipertónia kísérő tünetei a szemkáprázás, fülzúgás, reszketés, szédülés és testi feszültségérzés.

A kezelésben fontos szerepet játszik az életmód megváltoztatása (mértéktartás, harmónia), a gyógykezelés, viselkedés és mozgásterápia, valamint a relaxációs módszerek alkalmazása.

Bibliográfia

1. Bagdy Emőke: *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Budapest, 1999, Tankönyvkiadó.
2. Böszörményi Zoltán – Brunecker Györgyi: *A gyermekkor és az ifjúkor pszichiátriája*. Budapest, 1979, Medicina.
3. Murányi-Kovács Endréné – Kabainé Huszka Antónia: *A gyermekkori és a serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája*. Budapest, 1991, Tankönyvkiadó.
4. Demcsákné Dr. Kelen Ilona: *Pszichoszomatikus zavarok gyermek- és ifjúkorban*. Bp., 1982, Medicina.
5. Federspiel, Krista – Lackinger Karger, Ingeborg: *A lélek egészségkönyve*. Bp., 1998, Kossuth.
6. Ranschburg Jenő: *Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban*. Bp., 1999, Nemzeti

Tankönyvkiadó