

## A szorongásos betegségek pszichológiai megközelítése

Urbán Nóra pszichológus őrnagy

*Kulcsszavak: szorongás, szorongásos betegségek, pszichodinamikus modell, tanuláselmélet, kognitív modell*

**Dolgozatomban rövid, összefoglaló áttekintést szeretnék nyújtani a szorongás és a szorongásos betegségek pszichológiai megközelítéséről. Három releváns pszichológiai és pszichoterápiás modellnek van jelentős szerepe: a pszichodinamikus, tanuláselméleti és kognitív modellnek. Mindhárom megközelítés alapvető jellegzetessége, hogy átfogó elméletet nyújtanak a személyiségről, a betegségek kialakulásáról és kidolgozott pszichoterápiás módszerrel rendelkeznek.**

A szorongás fogalma az *anxius* latin kifejezésből származtatható, amely aggódó, zaklatott érzelmi-indulati állapotot jelent fizikai, vegetatív tünetek kíséretében. Fontos jellemzője a szubjektíven megélt fenyegetettségérzés, egy veszélyesnek minősített helyzetben jelentkező kontrollvesztés és tehetetlenség érzése, amikor nincs elég információnk a helyzet megoldásához. Lényeges megkülönböztetnünk a félelem és a szorongás jelenségét. Félelmet élünk át, amikor egy adott szituációban valós vagy potenciális veszély jelentkezik. A félelem egy kognitív folyamat, azaz a veszély és fenyegető inger felmérése, intellektuális értékelése. A szorongás ugyanakkor érzelmi folyamat, azaz a veszély értékelésére adott érzelmi reakció, egy olyan kellemetlen érzelmi állapot, amelyet a félelem vált ki. A szorongás bizonyos mértéke normálisnak tekinthető, egyénre jellemző, mérsékelt szintű, a veszély elmúltával megszűnik. A patológiás szorongás az egyén toleranciáját meghaladja, súlyos tüneteket eredményezhet és tartósan fennmarad.

A szorongásnak evolúciós szempontból igen fontos adaptációs funkciója van. Az egyén automatikus szabályozó rendszerek készletével rendelkezik, amelyek befolyásolják és meghatározhatják a viselkedését. A szorongás jelensége csupán egy azok közül a különálló, de egymással összefüggő stratégiák közül, amelyek a fenyegetettség kezelésére szolgálnak. *Cannon* (1929) [1] fogalmazta meg a közismert harc-menekülés reakció paradigmát a veszélyre adott válaszok jellegzetes pszichológiai mintázatainak leírására. Az egyén a specifikus védekező mechanizmusok széles skálájával rendelkezik, a túlélési stratégiák teljesebb formájának a harc-menekülés-megdermedés-ajulás reakció tekinthető.

### Szorongáselméletek

A szorongás és a szorongásos zavarok kialakulásában három pszichológiai és pszichoterápiás modellnek van jelentős szerepe: a pszichodinamikus (pszichoanalitikus), tanuláselméleti (behaviorista) és kognitív

modellnek. Mindhárom megközelítés központi vonása, hogy átfogó elméletet nyújtanak a személyiségről, annak fejlődéséről, működéséről (személyiségmodellek), a betegségek kialakulásáról (pszichopatológiai modellek) és kidolgozott pszichoterápiás módszerrel rendelkeznek (pszichoanalízis és pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia, kognitív- és viselkedésterápia).

### **Pszichodinamikus modell**

A következő alapfeltevéseken nyugszik:

1. Az ember viselkedése és fejlődése belső (intrapszichés) tényezők által meghatározott, így impulzusok, motívumok, vágyak, konfliktusok által.
2. Ezek az intrapszichés faktorok képezik a megnyilvánuló viselkedés okait, függetlenül attól, hogy ezek a jelenségek normálisak-e vagy patológiásak.
3. A viselkedési zavarok és pszichés betegségek kialakulásában a koragyermekkorai időszaknak tulajdonít nagy jelentőséget: a szükségletek kielégítésének vagy frusztrációjának, a gyermekkorai kapcsolatoknak, stb.

Alapteóriája a freudi pszichoanalízis, amely egyfajta medicinális modell, alapja a pszichikus determinizmus, miszerint a lelki jelenségek nem véletlenszerűen jönnek létre, hanem ok és okozat meghatározott és ezért felfejthető láncolatoként [10]. Az első pszichoanalitikus modellben, a topikus modellben, Freud tudattalan, tudatelőttés és tudatos tartományt különböztet meg. Az egyes tartományok között az átjárhatóság részleges, az ösztönkésztetések a tudatlanhoz tartoznak. A modell magyarázatot ad arra, hogy kínos, elfogadhatatlan affektusok hogyan maradhatnak hatékonyak, patogének, miközben nem emlékszünk

rájuk. A legelterjedtebb pszichoanalitikus személyiségmodell a strukturális modell, amely a személyiség működésének dinamikáját három pszichés struktúra között kialakuló kölcsönhatásokban és konfliktusokban látja. A személyiség energetikai bázisát, a primer impulzusok, a biológiai-lag meghatározott ösztönös alapszükségletek, az önmagukban feloldhatatlan vágyak tartománya, az ösztön-én (Id) képezi. Ez a tartomány is, mint a másik kettő fejlődésen megy keresztül, de a pszichés struktúrák közül a legöntörvényűbb, a külvilágtól a legfüggetlenebb. A felettes-én (Superego) felel az ember normatív szféráját, a szociokulturálisan közvetített normákat és ideálokat. A lelkiismeret, ideálok alakulásában van jelentősége. A közvetítő szerepet az ember alapszükségletei (függőség, önértékelés, szeretet, agresszió, szexualitás, stb.) és a felettes-én normatív értékei között az én (ego) tölti be. Az én teremti meg a kompromisszumot a két struktúra között, a legfőbb feladata, hogy az ember belső szükségletei, belső normái és a külső realitások között kiegyenlítődést hozzon létre [6].

Freud a strukturális modellben való gondolkodás során a szorongást az ösztön-énben gyökerező tudattalan szexuális és agresszív késztetések, valamint a büntető felettes-én fenyegetései között keletkező pszichés konfliktus következményének tartotta. A szorongás tehát egy jelzés, amely azt mutatja, hogy a tudattalan veszélyben van. Az én úgy reagál erre a vészjelzésre, hogy mozgósítja az elhárító mechanizmusokat, amelyek megakadályozzák, hogy a tudat számára elfogadhatatlan gondolatok, érzések tudatosává váljanak. Ha a jelzőszorongás nem képes megfelelő mértékben aktiválni az én védekező erőit, akkor intenzív tartós szorongás, illetve egyéb tünet alakul ki. Freud szerint a gyermek fejlődésének minden egymást kö-

vető fázisában kialakul valamilyen jellegzetes, az adott szakasszal összefüggő félelem. A legérettebb szintű, felettes-én-szorongás nem más, mint büntudat amiatt, hogy az ember nem tud megfelelni az erkölcsös élet belső normáinak. Az úgynevezett ödipális szakaszban ugyanis a szorongás a genitáliák lehetséges sérülésére vagy elvesztésére összpontosul, amit egy bosszúálló szülőfigura okoz, ez a kasztrációs szorongás. Ez metaforikus formában is kifejeződhet, bármely más testrész elvesztésétől vagy más testi sérüléstől való félelemben. Ez jelentkezik a fobiák kialakulásának hátterében. A fejlődési hierarchiában ennél valamivel korábbi szorongásforma a félelem a jelentős másik személy szeretetének, elismerésének elvesztésétől. A szorongás fejlődéslelektanilag még ősbibb forrása magának a szeretett személy elvesztésétől való félelem. Ez a szeparációs szorongás. A szorongás legősibb formái a szorongás a támadástól és dezintegrációtól. A dezintegrációs szorongásnak az a félelem az alapja, hogy az ember elveszíti énjének határait, összeolvad a tárggyal, vagy az én széttöredezik, elveszíti az egységét, mert a környezetében lévőktől nem érkeznek idealizáló reakciók.

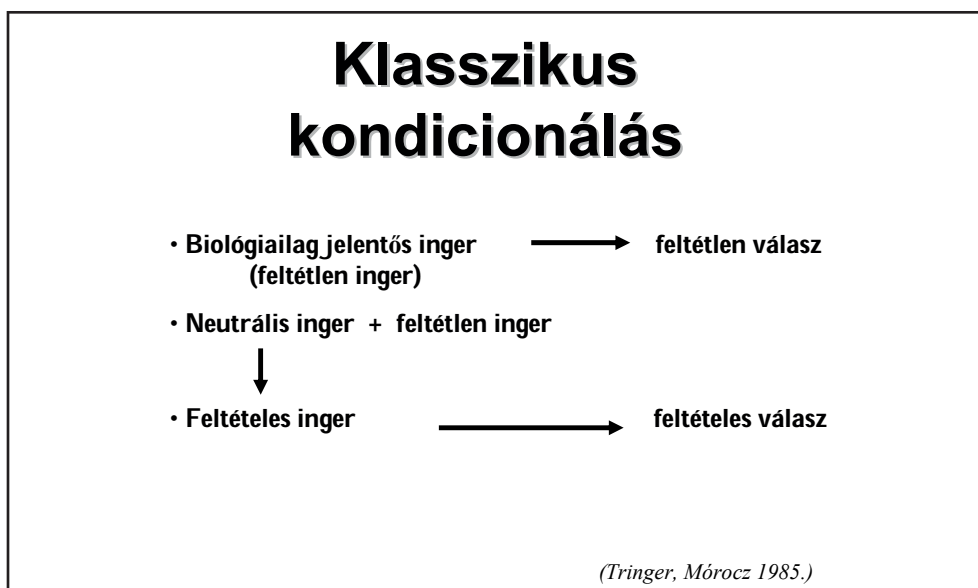
Ma már empirikus bizonyítékok vannak arra, hogy a szorongás kialakulása biológiai és genetikai faktorokhoz is köthető. A meggyőző kutatási eredmények ellenére is érdemes elkerülni a biológiai redukcionizmus veszélyét. A neurofiziológiai mechanizmusok ugyanis létrehozhatnak adaptív jelzőszorongást ugyanúgy, mint a krónikus szorongásos tünetek patológiás formáit [5].

#### Tanulásméleti megközelítés

Ebben a gondolkodási modellben az intrapszichés tényezők helyett kizárólag a környezet és az ember közötti kapcsolat

lat vizsgálódása kerül a középpontba [11]. Előfeltevés, hogy az emberi viselkedés (és személyiség) külső hatások révén alakul ki, így az egyének közötti viselkedéskülönbségek esetében a személyes tanulási tapasztalatot kell vizsgálni, amely az egyénnek bizonyos emberekkel, környezettel, helyzetekkel való kapcsolatára vonatkozik. A tünet ebben a felfogásban hibás, inadaptív tanulás eredménye, amely ugyanazon törvényszerűségeknek engedelmessékedik, mint amelyek az adaptív viselkedés kialakulása során hatnak. Mindenfajta tanulásban a tágabban vett ingerkörnyezet (külső és belső), a személyiség, a reakció, valamint ez utóbbinak a környezeti következményei képezik az alapváltozókat. A személyiség ebben az értelmezésben jelenti az organizmus belső környezetét a maga előtörténetével, szociális és egyéb tapasztalataival, fiziológiai sajátosságaival. Neurofiziológiailag a tanulás alapmechanizmusát az orientációs reakcióhoz, és annak szabályozását biztosító habituáció és szenzitivizáció folyamataihoz köthetjük. A habituáció és szenzitivizáció, mint az idegrendszer válaszreakciójának módosulása már elemi, neuronális szinten is érvényesül, az ingerületi folyamatok kontrolljának első állomását jelenti, mindenfajta tanulás alapfeltételének tekinthető. A pszichiátriai zavarok, így a szorongásos betegségek kialakulásában is három tanulási folyamat alapvető: a klasszikus kondicionálás, az operáns kondicionálás és a modelltanulás. Ezek nem válnak el egymástól élesen, a tüneti viselkedés kialakításában együttesen vesznek részt. A klasszikus kondicionálás lényege, hogy egy korábban semleges inger valamely biológiailag jelentős ingerrel való társulás révén maga is olyan hatással lesz a szervezetre, mint a biológiailag releváns, feltétlen inger (1. ábra).

Szükséges, hogy a feltétlen és a semleges



1. ábra: Klasszikus kondicionálás

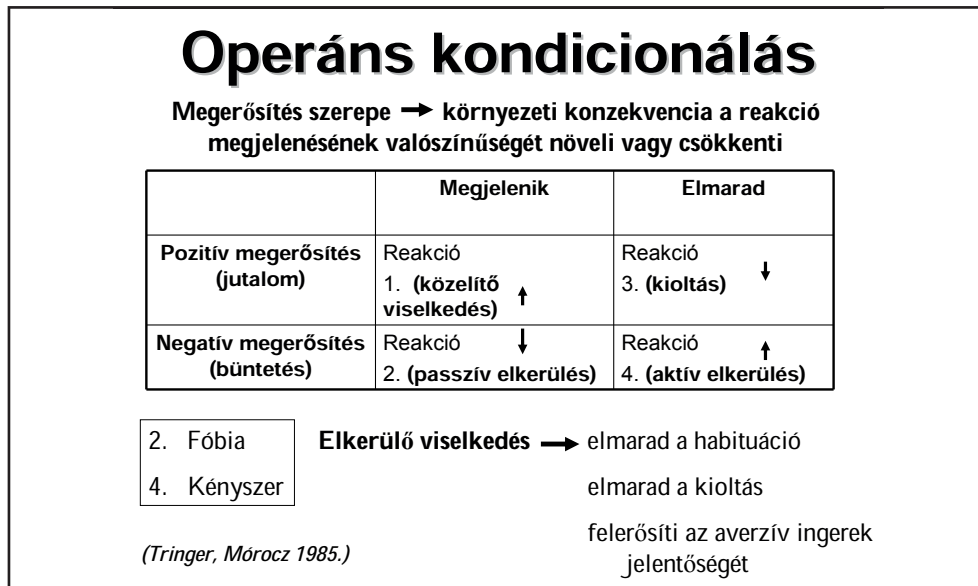
inger társítása néhány alkalommal ismétlődjék. Kimutatható, hogy az úgynevezett primer szorongáskeltő hatású ingerek esetében már egyszeri társítással is kialakítható a szorongásos reakció a korábban neutrális ingerre. A szorongásos reakciók kondicionálási elméletének értelmében, ha a semleges ingerek ilyen elsődleges szorongáskeltő hatású averzív ingerek valamelyikével időben vagy térben asszociálódnak, akkor maguk is szorongáskeltő ingerekké válnak. Ez az inger-generalizáció jelensége. A primer szorongáskeltő ingerek a következőképpen csoportosíthatóak:

- az érzékszervek túlingerlését eredményező ingerek;
- egymással összeegyeztethetelen motivációk egyidejű megjelenését előhívó ingerek;
- fájdalmas ingerek;
- etiológiai viszonylatokban primer szorongáskeltő ingerek (kígyó, pók, sötétség, magasság, villámlás, stb.);

- a szociális partner felől érkező, büntetést, fenyegetést kifejező ingerek.

Az ilyen, „one-trial-learning”- típusú kondicionálódásnak kulcsfontosságú szerepe van a fóbiák kialakulásában. Egyszeri társítással kondicionált szorongásos reakció alakulhat ki akkor is, ha a feltétlen szorongáskiváltó inger traumatikus intenzitású (pl. PTSD kialakulása). A klasszikus kondicionálás során kialakuló feltételes reakció elsajátítását befolyásolja a társítások száma. Amennyiben a feltételes inger (korábban semleges inger) ismételten a feltétlen inger nélkül jelenik meg, a reakció gyengül, esetleg kioltódik.

Az operáns vagy instrumentális kondicionálás során a reakció megjelenésének valószínűségét a reakciót követő környezeti események, azaz a megerősítések befolyásolják [11]. Beszélhetünk pozitív megerősítésről (jutalom) és negatív megerősítésről (büntetés), illetve ezek megjelenése és elmaradása növelheti vagy csökkentheti a reak-



**2. ábra:** Operáns kondicionálás

ciók megjelenését (2. ábra). Ennek alapján több konstelláció jöhet létre, amelyeknek modellképző szerepük van a patológiás viselkedés, így egyes szorongásos zavarok (fóbiák, kényszerbetegség, PTSD) kialakulásában. Eysenck [4] a szorongásos zavarok keletkezésében háromlépcsős folyamatot feltételez:

1. Az első szakaszban valamely traumatikus inger, vagy események következtében kifejezett, feltétlen jellegű autonóm idegrendszerbeli válasz keletkezik. Rendszerint a trauma elmúltával a reakció is lecseng.

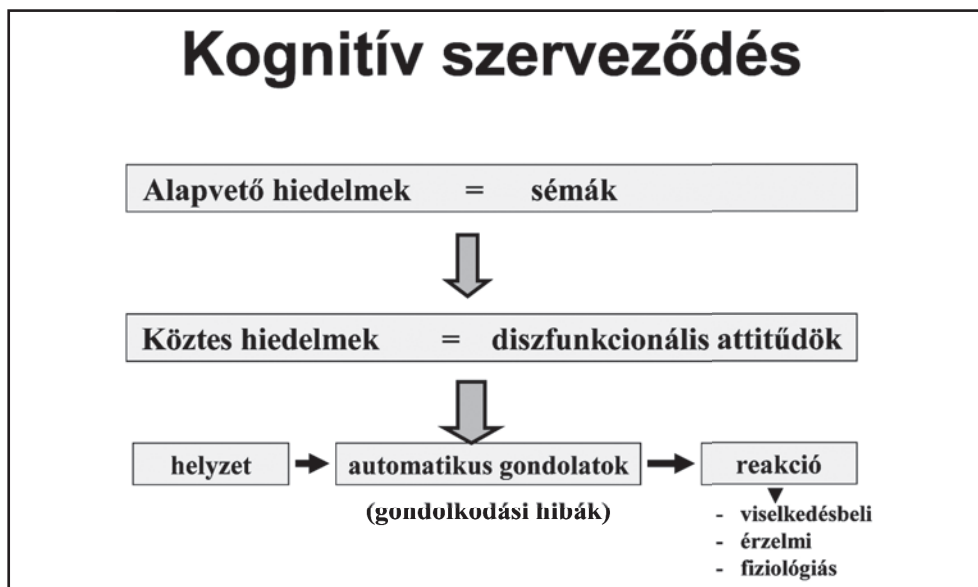
2. Ha a szorongásos szituációval kapcsolatba kerültek eredetileg neutrális ingerek, azaz másodlagosan kondicionálódtak (generalizáció jelensége), akkor a reakció spontán lecsengése már kérdéses. A fóbiáknál gyakori ez a helyzet.

3. A szorongás elkerülésére irányuló viselkedés alakul ki, ami azt jelenti, hogy az egyén a potenciónalis szorongáskeltő szituációkat kerülni igyekszik. Itt az elkerülés miatt a kioltódás és a habituáció (megszokás) már nem tud létrejönni és minden egyes menekülés csak felerősíti az averzív inger jelentőségét.

tuációkat kerülni igyekszik. Itt az elkerülés miatt a kioltódás és a habituáció (megszokás) már nem tud létrejönni és minden egyes menekülés csak felerősíti az averzív inger jelentőségét.

### A kognitív modell

A kognitív nézőpont az információfeldolgozás és jelentésadás folyamatára helyezi a hangsúlyt. Az ember érzelmeit és viselkedését nagymértékben meghatározza az a mód, ahogyan a világot önmaga számára leképezi. A viselkedést nem az ingerek határozzák meg önmagukban, hanem az ember ezeknek a jelentéssel felruházott változataira reagál [2]. A jelentésadási folyamatok során alkotunk egyedi képet a minket körülvevő világról és önmagunkról. Az információk pedig a már meglévő kognitív sémáink, azaz alaphiedelmeink szerint rendeződnek, ezek befolyásolják a jelentésadási folyamatot. Ha a kognitív séma hibás, diszfunkcionális feldolgozást eredményez és ezzel inadaptív viselkedés kialakulásához



3. ábra: Kognitív szerveződés

vezet. Alaphiedelmeinket, azaz sémáinkat magunkról, másokról, a világról gyerekkorunktól fogva építjük ki a környezetünkkel való interakció és tapasztalataink segítségével. Ezeket „abszolút igazságnak” tekintjük arról, ahogyan a dolgok vannak. Ezek képezik a vélekedések legmélyebb szintjét, átfogóak, merevek, túl általánosak és tudattalanok. A sémáink befolyásolják a köztes vélekedések, így az attitűdök, szabályok, feltevések kifejlődését. Ezek a vélekedések hatással vannak a helyzetértékelésünkre, amely azután a gondolkodásunkat, érzéseinket, viselkedésünket alakítja. Konkrét helyzetekben így az automatikus gondolataink azok, amelyek érzelmi, viselkedésbeli és fiziológiai szinten egyaránt a reakcióinkat meghatározzák. Ezek az automatikus gondolatok tudatosak, mégis ritkán fogalmazzuk meg őket (3. ábra).

Az egyes pszichiátriai betegségek esetében, így a szorongásos zavaroknál is, gondolkodási vagy logikai hibák jelentkeznek. A klinikai mértékű szorongásban a következő

gondolkodási hibákat azonosíthatjuk [1]:

- A figyelem, koncentráció és éberség zavara,
- A vészjelző rendszer fokozott érzékenysége, a veszéllyel való foglalkozás folyton visszatérő automatikus gondolatokban nyilvánul meg,
- Az objektivitás és akarati kontroll elvesztése,
- A szorongást kiváltó ingerek körének fokozott bővülése ingergeneralizáció révén,
- Katasztrófa-képzés, azaz a lehető legrosszabb kimenetel lehetősége,
- Szelektív absztrakció: a szorongó beteg rendkívül érzékeny egy-egy szituáció általános vonatkozására, de figyelmen kívül hagyja az adott helyzet kellemes vagy pozitív aspektusait,
- Dichotóm gondolkodás: a szorongó páciens hajlamos arra, hogy az esetleges ve-

szélyeket abszolút és szélsőséges módon értékelje,

- A megszokás, azaz a habituáció hiánya, vagyis az ismételten jelentkező szorongás-kiváltó ingerekhez nem alakul ki az adaptáció.

*Lazarus* [8] a szorongást olyan érzelmként definiálja, amely akkor keletkezik, ha az ember egy szituációt veszélyesnek értekel. Ezen értékelő műveletnek három fő sajátossága a szimbolikus és anticipátoros jelleg, a többértelműség. A szimbolikus jelleg azt fejezi ki, hogy a szorongásgerjesztő fenyegetettség nem valami konkrét, közvetlen fenyegető eseményre, hanem elképzelésekre, koncepciókra, az egyén értékrendszerére vonatkozik. Az anticipátoros mozzanat arra utal, hogy a veszélybecslés egy elővételezett esemény alapján történik, kifejeződik benne valamilyen várákozás. A többértelmű jelleg azt jelenti, hogy a szorongás akkor keletkezik, ha egy veszélyüzenet bizonytalansággal ötvöződik, amennyiben az egyén nem tudja, hogy milyen eszközökkel reagáljon a fenyegetésre. A szorongásvárákozás (anticipáció) különösen kritikus lehet a további szorongásos reakciókra nézve, mivel olyan biztonsági viselkedésmódokat indít el, amelyek maguk is megerősítik az adott helyzetek veszélyességére utaló feltevéseket.

A szorongásos zavarok egyik lényeges momentumja a sérülékenység érzése. A sérülékenységet vagy sebezhetőséget úgy határozhatjuk meg, hogy az egyén olyan külső vagy belső veszélyt érzékel, amely fölött nincs hatalma, hiányzik a biztonságérzet. A sebezhetőség érzését a diszfunkcionális kognitív folyamatok (gondolkodási hibák) felerősítik. Mikor érezheti sebezhetőnek magát az egyén [1]?

- Ha úgy gondolja, hogy bizonyos fenyegetés leküzdéséhez nem rendelkezik megfelelő készséggel,

- Ha az állandó önbizonytalanságából adódóan folyamatos intellektuális erőfeszítésre van szüksége,

- Az inkompetencia érzése, a kudarcorientáció, a negatív értékeléstől való félelem szintén fokozza a sérülékenység érzését,

- A katasztrófa-predikciók mintázata révén a fenyegetett egyén hajlamos arra, hogy a gyengeségre, tévedésre, negatív visszajelzésre utaló jelzést a lehető legrosszabb módon értelmezze. Ezek fokozzák a reflexszerű gátlásokat, elbizonytalanodáshoz vezetnek és növelik a sérülékenység érzését.

### **A szorongásos zavarok kialakulásában szerepet játszó pszichológiai tényezők**

A következő fejezetben röviden, a teljesség igénye nélkül szeretném áttekinteni az egyes szorongásos megbetegedések, így: a fóbiák (egyszerű, szociális), az agorafóbia és pánikbetegség, a generalizált szorongás, a kényszerbetegség kialakulásában szerepet játszó pszichológiai tényezőket. Az áttekintést az említett három modell keretében teszem, és jelenleg nem térnék ki a stresszhez társuló szorongásos zavarok, azaz az akut stresszbetegség, poszttraumás stresszbetegség, alkalmazkodási zavar elemzésére.

### **Generalizált szorongás**

A pszichodinamikus megközelítés freudi felfogásában a generalizált szorongás esetében az ösztön-énből eredő szorongás adja az ún. „szorongásos neurózis” magyarázatát. A neurotikus-szorongás ugyanis attól való félelem, hogy az ösztönök ellenőrizhetetlené válnak és az egyén emiatt olyasvalamit

követ el, ami bűn, azaz a büntetéstől való félelem jelenik meg a szorongásban. Az újabb feltételezések alapján, generalizált szorongó betegek esetében a fejlődési körülményeik nem tették lehetővé számukra, hogy szilárd személyiséget és elhárítási mechanizmusokat alakítsanak ki. Az éngyengeség (korai sérülések következtében) nemcsak abban nyilvánul meg, hogy a szorongásokat alig tolerálja a beteg, hanem abban is, hogy nem sikerül a szorongásokat neurózissal elhárítani, a szorongás maga az, ami tünetként jelentkezik. A beteg mindig újraéli belső törekénységét, ez az élmény kelti a veszélyezettettség érzését és ez az, ami szorongást vált ki [6].

A generalizált szorongás kognitív megközelítése szerint pszichológiai kiváltó tényezői azok a helyzetek, amelyek fokozott követelményeket támasztanak az egyén számára. Így minden olyan helyzet, ahol a személy morális értékei fokozott fenyegetésnek vannak kitéve, ahol fokozottabb elvárások, nagyobb felelősség, teljesítmény érvényesül és így megnő a kudarc miatti aggodalom. Szintén kiváltó tényezők lehetnek, azok a változások az egyén életkörülményeiben, amelyek személyére nézve komoly fenyegetést vonnak maguk után, illetve az önbizalmat csökkentő stresszteni események. A generalizált szorongás eseteiben gyakran tapasztaljuk, hogy a páciensek által elmondott problémák nem a kiváltó eseménnyel egyidőben kezdődtek, hanem a fejlődés korábbi szakaszaira nyúlnak vissza. A kiváltó tényezők akkor képesek hatni, ha az egyén specifikus sérülékenységeit találják meg. A személyiségfejlődés során jelentkező félelmek felnőttkorban is folytatódnak, ilyenek: másokkal való kapcsolatokban felmerülő problémák, identitással, kompetenciával, függetlenséggel, egészséggel kapcsolatos problémák [1].

### Specifikus fóbia

A specifikus fóbiák pszichodinamikus értelmezése megfelelő illusztrációja a tünetképződés neurotikus mechanizmusának. Amikor a tudattalanból a felszínre kerülhetnének a minden bizonnyal megtorláshoz vezető agresszív és szexuális gondolatok, akkor aktiválódik az úgynevezett jelzőszorongás, ami három elhárítómechanizmust hoz működtetésbe: az eltolást, a projekciót és az elkerülést. Ezek az elhárítások a tiltott kívánság ismételt elfojtásával szüntetik meg a szorongást, de a szorongás közben tartásának ára a fóbia kialakulása. A külső szituáció, amely félelmet kelt, szimbolikusan a belső fenyegetettséget helyettesíti. Ez a félelem tárgyának a belülről kívültre történő eltolása. Így az eltolt tárgyat már el lehet kerülni [6].

A fóbiákat joggal lehet a tanulásemélet és viselkedésterápia klasszikus területének tekinteni. A fóbiákat az elkerülő viselkedésmódok közé sorolhatjuk e megközelítés szerint, méghozzá a passzív elkerülés közé. A passzív elkerülés azt jelenti, hogy az egyén annak érdekében, hogy valamely negatív feszültségtől megmeneküljön, kilép az adott helyzetből, illetve azt minden lehetséges módon elkerüli. Az elkerülés szorongáscsökkentést eredményez, amelynek az lesz a következménye, hogy az elkerülő viselkedés minden egyes megjelenésével önmagát erősíti meg és a jövőben egyre nagyobb valószínűséggel fog felbukkanni. Így a fóbiás tünetek meglehetősen gyorsan krónikussá válnak [11].

### Szociális fóbia

A szociális fóbiák jól illeszkednek a genetikai-konstitucionális hajlam és a környezeti stresszorok interakcióját tételező modellbe. Kendler és munkatársai [5] arra a követ-



keztetésre jutottak női ikerpárok vizsgálata során, hogy van egy örökletes hajlam a szociális fóbiára, amely az egyén számára személyes jelentőségű környezeti tényezők jelenléte esetén hozza létre a tüneteket. A fiatalkori szociális fóbia kialakulásához nagyban hozzájárul a túlvédőnek és egyben elutasítónak érzékelt szülői stílus, valamint a szülő pszichopatológiája (depresszió, szociális fóbia). A szociális fóbia kialakulásával kapcsolatban a temperamentum-kutatások igazolták, hogy a viselkedésgátlás jelensége, amelynek genetikai megalapozottsága mellett sok érv szól, felelős a viselkedés blokkolásáért új ingerhelyzetekben, valamint büntetés, frusztráció jelzései esetében. Mindez kapcsolatban van a negatív érzelmi állapotokkal, az introverzióval és visszahúzóddással, mint személyiségjellemzővel.

A szociális fóbia tanulásméleti megközelítése *Barlow és Öst* [8] nevéhez fűződik. A szociális fóbia egy vagy több traumatikus élmény nyomán alakul ki, amelyben a félelem valamely eredetileg semleges szociális helyzethez kapcsolódik, pl. megszólalás vagy étkezés, stb. A szociális fóbiában szerepet játszó feltétlen inger nagy valószínűséggel a valós vagy vélt megalázottsággal, a valós vagy vélt szociális legyőzöttséggel kapcsolatos, illetve azzal, hogy az illető úgy gondolja, hogy harag, kritika tárgyává vált. A szorongást keltő helyzetet követő súlyos negatív következmény fokozza a szorongást és ugyancsak hatással van a későbbi viselkedésre.

A szociális fóbiák kognitív modellje értelmében a páciensek a következő okok miatt mutatnak intenzív szorongásos reakciókat [9]:

1. A társas helyzetekben aktiválódó diszfunkcionális attitűdök hatására a szituáció jelentését félreértelmezik, veszélyesnek

érezkelik, és önmagukat védtelennek látják. Előzetes élményeik és a veleszületett diszpozíciók nyomán feltételezik, hogy társas helyzetben veszélybe kerülnek, elfogadhatatlan lesz a teljesítményük, megjelenésük, stb. és ennek következménye a megalázottság, elutasítás lesz.

2. Ez extrém mértékű szorongást indukál, szomatikus és viselkedésbeli tünetekkel.

3. Az ideges, szorongó személy figyelme az interakciók során elsősorban önmagára, saját szociális teljesítményére koncentrálna, és ez megzavarja a társas folyamatban való részvételt.

4. Az önmagukra való fókuszolás következménye, hogy az elutasítás bekövetkezésének elkerülése érdekében biztonságkereső viselkedésmódokat alkalmaznak.

### Pánikbetegség és agorafóbia

Bár meggyőzőek a bizonyítékok, amelyek neurofiziológiai tényezők szerepét mutatják ki a pánikbetegségben, ezek a megfigyelések inkább a patogenezisre és nem az etiológiára vonatkoznak. Az nem magyarázható ugyanis neurobiológiai adatokkal, hogy mi váltja ki egy pánikroham kezdetét. *Busch* és munkatársainak [5] vizsgálata során jelentős stresszorokat tudtak azonosítani, amelyek az első pánikroham kialakulását megelőzték. A stresszorok a páciensekkel kapcsolatos elvárások szintjében bekövetkező változással álltak összefüggésben. Igen gyakoriak voltak a munkaköri elvárások megváltozása, valamint a páciensek életének jelentős személyeivel kapcsolatos veszteség is. A veszteségélmények sokszor összefüggtek a szülőhöz vagy más fontos személyhez fűződő kötődés veszélybe kerülésének gyermekkori élményével. *Milord* és munkatársai szerint [5] a pánikbetegség

bizonyos esetekben kapcsolati veszteség következménye és így nem más, mint egyfajta bonyolult gyászreakció. A pánikbetegség patogenezisének egyik elmélete szerint ezek a betegek eleve rendelkeznek egyfajta neurofiziológiai sérülékenységgel, amely hajlamossá teszi őket arra, hogy bizonyos környezeti tényezők fennállása esetén kialakuljon a kórkép [7]. A mai modern pszichanalitikus megközelítés a kötődéseméleten keresztül igyekszik magyarázni a pánikbetegség kialakulásához vezető folyamatokat. Úgy tűnik, hogy a pánikbetegek számára a szeparáció és kötődés gyakran egymást kölcsönösen kizáró fogalmak. Nehézséget okoz számukra a szeparáció és kötődés közötti normális ingadozás kezelése, mivel fokozottan érzékenyek mind a szabadság, mind a biztonság, a védelem elvesztésére. Ez a nehézség oda vezet, hogy egyszerre igyekeznek elkerülni a rémisztő szeparációt és a túlzottan intenzív kötődést.

A pánikbetegség kognitív elméletének az alapja, hogy a pánikrosszullét bizonyos testi szenzációk téves, katasztrofizáló értelmezésének eredményeképpen jön létre [8]. A téves értelmezések kiindulópontjául szolgáló szenzációk jó része a szokványos szorongásreakciók tartozéka. A katasztrofizáló értékelés, azonban a reálisnál jóval súlyosabbnak ítéli az eseményeket a veszély, fenyegetettség szempontjából. Egy banális ok miatt előálló tachycardia így válik az infarktus jelzőjévé, a torokban megjelenő gömböcérzés a fulladás bekövetkeztét jelezheti, az enyhe szétszórtság a kontrollálhatatlanná válás előállomása. Az empirikus vizsgálatok során kialakított kognitív nézőpont szerint, tehát a testi szenzációk érzékelésének alacsony ingerküszöbe és e jelenségek katasztrofizáló értelmezéssel történő felruházása jelenti a pánikbetegség alapját. A katasztrofikus veszélyre vonatkozó gon-

dolatok mellett az ezt megjelenítő képzeleti képek, valamint a pánik-várakozás által érintett élmények és jelenségek átértékelésére való képtelenséget tartják lényegesnek a pánik fenomenológiájában.

A pánikbetegség és agorafóbia magas komorbiditása ellenére a pánikroham az agorafóbia kifejlődésének csak az egyik összetevőjeként tartható számon [8]. Az agorafóbiások félelemteli helyzetekre vonatkozó belső reprezentációja három jelenségre vonatkozik: kontrollvesztés, a fizikai jól-lét veszélyeztetettsége, valamint a veszélyekkel való megbirkózás képtelenségének az élménye. Az agorafóbiásoknál jellegzetes egyrészt a környezet explorációját illető személyes szabadság korlátozásának az élménye, másrészt azok az attribúciók, amelyek szerint az egyén önmagát gyengének, esékenynek, támogatásra szorulónak véli. Tehát az autonómia és dependencia konfliktusa központi tényező lehet.

### **Kényszerbetegség**

Számos kutatási eredmény mutatja a genetikai és neurológiai tényezők szerepét a kényszerbetegségben, de nem hagyhatók figyelmen kívül a betegség pszichológiai jellegzetességei. A pszichodinamikus elképzelés szerint a kényszerbetegek családi környezetében szigorú, merev, törvényeskedő, agresszív fejlődési feltételek uralkodnak. A spontaneitást, önakaratot, az agresszivitást nagyon korán el kell fojtani, félelemmel, büntudattal kell elhárítani. A külső kényszer így belsővé válik. Az autonómia érzése helyett a gyermekben szégyen és kétely ébred. A gyermek autonómia-szükséglete interferál azzal a belátással, hogy egzisztenciálisan a szüleitől függ. A gyermek az anyai megszorításokra dühvel reagál, az anya reakciója a gyermekben büntudatot ébreszt, a gyermek kénytelen a büntől való félelmet,

sőt a tehetetlen dühöt is elnyomni, ami nem sikerül tökéletesen. Úgy segít magán, hogy formális túlteljesítéssel helyettesíti a tartalmat. A beteg tünetei vagy az ösztön vagy a lelkiismereti tényező túlsúlyára utalnak, azaz vagy a kielégítő jellegnek, vagy a vezeklő-büntető jellegnek felelnek meg. A tünetekben szinte minden esetben megjelenik mindkét komponens. Az elhárítás, amelytől a tünetképződés függ, négy vagy öt klaszszikus mechanizmusra épül: a reakcióképződés (a kellemetlenséget jelentő impulzus a jól alkalmazható ellentétébe fordul át), a regresszió (a kellemetlen impulzus elől az egyén úgy tér ki, hogy újraéli a fejlődése korábbi szakaszait), az izoláció (a tartalmak elválasztása egymástól és az érzelmektől), a meg nem történtté tevés (a konfliktust kiváltó okot nem létezőnek nyilvánítja), az intellektualizálás (a kellemetlen impulzusok az emocionális szférából intellektuális szférába helyeződnek át). Az én képtelen a szabad, öntörvényű cselekvésvezetésre, az ösztönkészeteseknek engedni veszélyes. A felettes-énnek nem áll rendelkezésre tehát funkcióképes én, amely a cselekvések próbálgatása során megtanulná megkülönböztetni a gondolatot a tettől. A kívánság már cselekedet egyben, és a beteg képzeletében így az agresszív gondolat már ölni képes [6].

A kényszerszertüneteket tanuláslélektanilag az aktív elkerülő viselkedésmódok közé sorolhatjuk be. Az egyén e tanulási forma során elsajátítja azt, hogy bizonyos aktív cselekvésekkel averzív eseményeket kivédhet, megelőzhet, hatásukat csökkentheti. A kényszerszertünetek jellegzetessége a folyamatos kétely, bizonytalanságérzés; az az élmény, hogy az illető maga végzi a cselekedeteit, mégis énidegennek tűnnek; a kényszerszertünetek rendkívüli perzisztenciája és kioltással szembeni ellenállása. Az itt

megjelenő tanulási tapasztalatokat a negatív megerősítés azon eseteinek tekinthetjük, amelynek során egy adott viselkedésmód azáltal erősítődik meg, hogy következményeképpen valamely várható negatív konzekvencia kiesik vagy lecsökken. A környezettel történő interakció során a gyermekben kialakul, hogy mely cselekedetek azok, amelyek alkalmasak arra, hogy negatív eseményeket (büntetés, szemrehányás, biztonságvesztés, stb.) felfüggeszsenek vagy megszüntessenek. Ezek azok a cselekedetek, amelyeket a nevelői környezet rendszerint pozitívan ítél meg. A klinikai kép már magában mutatja, hogy milyen súllyal szerepel a betegek gondolatrendszerében a felelősség. Egy ideális cselekvésszabályozásra törekednek, olyanra, amely nem rejt magában véletlenszerűséget, valószínűségi kockázatokat. Olyan eseményekre is hatással akarnak lenni, amelyek szabályozására nincs eszközük. Így a betegeknek irreális várakozásaik alakulnak ki saját kognitív folyamataik kontrollálhatóságáról [11].

A kényszerbetegség kognitív elméletének a középpontjában az a feltevés áll, hogy a tünetek kialakulásában a minősítő folyamatoknak van kulcsszerepük. Ennek értelmében a kényszerbetegeknél megjelenő intruzív tudati történések olyan interpretációt kapnak, amely ezeket egyrészt veszéllyel ruházza fel, másrészt magát az egyént felelőssé teszi a más vagy önmagát fenyegető veszély bekövetkeztéért, illetve elhárításáért. Ennek következményeként mindent megtesz, hogy e gondolatot visszaszorítsa, illetve neutralizálja. A neutralizálás során önmaga számára is igazolni próbálja, hogy ez a betörő gondolat tartalom tőle idegen. A kényszerbetegség egyik központi kognitív predispozíciós faktora az egyén felelősségét illető téves és szélsőséges értékelésmódban ragadható meg, és ez az irreális felelősségér-

zet vezet ahhoz, hogy folyamatossá válik a gondolatok kényszeres ellenőrzése. A veszélyesnek ítélt gondolatokat igyekszik kiszorítani (kognitív szupresszió), ugyanakkor ennek paradox serkentő hatása van, vagyis a nem kívánt tudattartalmak még nagyobb valószínűséggel jelennek meg. Specifikus gondolkodási hibát is sikerült azonosítani a kényszerbetegekre nézve, miszerint, ha egy esemény kimenetelére befolyással lehetünk, az egyenértékű azzal, hogy felelősek vagyunk a kimenetellel kapcsolatban [8].

### Összefoglalás

A szorongásos tünetek hatékony kezelés nélkül gyorsan krónikussá válhatnak és szövődményekhez vezetnek. A szorongás nem megfelelő oldása újabb problémákat eredményezhet, és további tüneteket okozhat, amelyek megnehezítik, hogy a kórképet a beteg és környezete felismerje és megfelelő szakorvosi segítséget kérjenek. A kezeletlen szorongás gyakran társul alkohol- és gyógyszer-dependenciával, depresszióval, de sajnos öngyilkossághoz is vezethet [3].

A szorongásos kórképekkel kapcsolatosan egyöntetűen elmondhatjuk, hogy a pszichofiziológiai és pszichológiai sérülékenység, a kiváltó okok együttesen járulnak hozzá a betegségek kialakulásához. Kezelésükben, a legtöbb esetben a farmakológiai és pszichoterápiás kombináció a leghatékonyabb. A pszichoterápiás módszerek közül a kognitív viselkedésterápia bizonyult a legmegfelelőbbek és legeredményesebbnek a hatékonyságvizsgálatok adatai alapján. A gyógyszeres és pszichoterápiás kombináció során azonban nemcsak pozitív, hanem negatív kölcsönhatásokkal is szembesülhetünk. A szorongásos betegségek megelőzésében elsősorban a kiváltó okok, így a pszichoszociális stresszorok jelenlétének csökkentése lényeges lehet. A

másodlagos megelőzés tekintetében fontos, hogy a már kialakult betegséget minél hamarabb felismerjük és a megfelelő kezelésben részesüljön a beteg. A harmadlagos prevenció már a terápia részét képezi, fő feladata annak megakadályozása, hogy a beteg visszaessen. Ebben a környezetnek, a beteg számára fontos személyeknek is nagy szerepe van.

### IRODALOM

- [1] Beck, A. T., Emery, G.: A szorongásos zavarok és fóbiák kognitív szemlélete. Animula Kiadó, Budapest, 1999.
- [2] Beck, J. S.: Kognitív terápia: kezdőknek és haladóknak. Magyar Viselkedéstanulmányi és Kognitív Terápiás Egyesület, Budapest, 2002.
- [3] Bitter I.: Szorongásos kórképek. Springer Hungarica Kiadó, Budapest, 1996.
- [4] Eysenck, H. J.: Experiments in behavior therapy. Pergamon Press, Oxford, 1964.
- [5] Gabbard, G. O.: A pszichodinamikus pszichiátria tankönyve. Lélekben Otthon Kiadó, Budapest, 2008.
- [6] Hoffmann, S. O., Hochapfel, G.: Neurózis elmélet, pszichoterápia és pszichoszomatikus medicina. Medicina Kiadó, Budapest, 2000.
- [7] Kulcsár Zsuzsanna: A pánik pszichodinamikai értelmezése. In: Bánki M. Cs. (szerk): Pánik és fóbiák. Cserépfalvi Kiadó, Budapest, 1995.
- [8] Mórotz K., Perczel - Forintos D. (szerk): Kognitív viselkedésterápia. Medicina Kiadó, Budapest, 2006.
- [9] Salkovskis, P. M., Rimes, K.: A hipochondriasis és a kényszeres problémák kognitív megközeítése. Psychiatria Hungarica, 1997, 12(3): 315-336.
- [10] Szakács F.: Patopszichológiai vademecum. Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1998.
- [11] Tringer L., Mórotz K.: Klinikai viselkedésterápiák. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1985.

**Maj. Nóra Urbán clinical psychologist**

**The psychological approach of anxiety disorders**

This paper provides a brief review about psychological approach of anxiety and anxiety disorders. There are three relevant psychological and psychotherapeutic models, which have an important role in explanation of development of anxiety disorders: psychodynamic, learning (behavior) and cognitive models. All

of them are able to give a global theory about personality, the development of disorders and they all possess a specific psychotherapeutic method.

*Key-words: anxiety, anxiety disorders, psychodynamic model, learning theory, cognitive approach*

*Urbán Nóra p.örgy.*

*1134 Budapest, Róbert Károly krt. 44.*