

SERDÜLŐKORI MAGATARTÁSZAVAROK

LASSAN KÖZHELYNEK SZÁMÍT ARRÓL BESZÉLNI, hogy korunk gyors társadalmi és technológiai változásai mennyire befolyásolják belső egyensúlyunkat és a környezettel való kapcsolatunkat. A nemrég még science-fiction-be illő génmanipuláció, a gombnyomásra számítógépünk képernyőjén megjelenő internetes információáradat és egyéb lélegzetelállító újdonságok ma már mind valóság. S mekkora árat fizetünk mindezért? A pszichiátriai megbetegedések és más egészségkárosító magatartásformák (például alkoholfogyasztás és dohányzás) – a korszerű kezelés és a megelőzésre tett kísérletek ellenére – különösen a fiatal korosztályok körében tovább növekednek (Aszmann, 1997; Münnich, 1994). A lakosság közel 20 %-a szenved élete során kezelésre szoruló lelki betegségben (Arató, 1995). A kóros lelkiállapot és az egészségkárosító magatartásformák kialakulását és megelőzését tekintve a serdülőkort kitüntetetten kell kezelnünk, hiszen a gyermek- és felnőttléttel küszöbön álló fiatal ebben az életszakaszban a legsebezhetőbb. A család óvó kötelékének bomlása, a kortárs csoportok befolyásának növekedése, az identitásválság és a szerepek felvállalásának nehézsége komoly veszélyt jelent a személyiség alakulására. Az átmeneti lét bizonytalanságából fakadó feszültségek gyakran olyan antiszociális vagy önpusztító viselkedésben jutnak kifejeződésre, mint az erőszak, a kábítószer- és alkohol fogyasztás, vagy valamilyen radikális szektához való csatlakozás, de ide sorolhatjuk a serdülőkori pszichiátriai zavarok többségét is. Sajnos, még az évezredekben kimunkált, s a legtöbb kultúrában fellelhető serdülőkori beavatási rítusok, és az átmeneti szakaszt megkönnyítő tradíciók is erejüket veszítették, bár nyilvánvaló társadalmi szükségességük és individuális jelentőségük.

A pszichiátriai betegségek kialakulásának alaposabb megértése és kezelésének hatékonyabbá tétele a legkülönbözőbb területeken dolgozó szakemberek munkáját segíti elő. A gyermekpszichiátriai kutatások fő célkitűzései az egyes betegségek előfordulási gyakoriságának becslése, a kiváltó tényezők feltárása és kezelési hatékonyságának felmérése, valamint a fejlődésbeni sajátosságok kimutatása. A gyermek testi és lelki fejlődése sokszorosán összetett és egymással kölcsönhatásban lévő *bio-pszicho-szociális* *mezőben* formálódik. Statisztikailag ezt a bonyolult erőteret teljes összefüggésében nagyon nehéz megragadni. A nagy elemszámú reprezentatív mintán végzett *epidemiológiai felmérések* azonban alkalmasak lehetnek arra, hogy a vizsgált betegségek előfordulási gyakoriságából és más tényezőkkel való együttjárásából általános következtetéseket vonjunk le. Ez a megközelítés más gondolkodásmódot igényel, mint a klinikumban használt „testre szabott” vizsgálati módszerek és diagnosztikai alapelvek. A kutatásban átlagok és szórások segítik az eligazodást, míg a klinikumban dolgozó szakember saját tapasztalatára, esetleg diagnosztikai zsebkönyvére támaszkodhat. Az epidemiológiai felméréseknél a pszichiátriai zavarokat a kérdőív tételeire adott válaszok segítségével mérjük, mégpedig úgy, hogy a vizsgálati személy kérdőívben elért összpontszámát nemének és korcsoportjának megfelelő minta átlagához hasonlítjuk, és ennek megfelelően soroljuk be egy

patológiai övezetbe. Az így kapott pontértékek folytonosak, szemben az orvosi kategóriai rendszer alternatívájával, ahol egy tünet van, vagy nincs. A gyakorlatban, a betegségek kezelésénél inkább az orvosi kategória-rendszer az irányadó. A folytonos változó több statisztikai információval szolgál, gondoljunk csak az egyes betegségek súlyosságának kifejezésére, a beteg és egészséges csoportok összehasonlításának lehetőségére, vagy egy pszichiátriai betegség lefolyásának nyomon követésére. Az élet korai szakaszában megjelenő pszichiátriai megbetegedéseket és a felnőttkori zavarokat összehasonlítva elmondhatjuk, hogy a gyermek- és serdülőkorban fellépő zavarok rendkívül változatosak. A speciálisan csecsemő- és gyermekkorban diagnosztizálható zavarokon túl (például szeparációs szorongás, szelektív mutizmus, azaz bizonyos szociális helyzetekben a megszólalás következetes elutasítása) szinte alig van olyan felnőttkori zavar, amely alól a gyermekek kivételek lennének. A pszichoanalitikus elmélet szerint a gyermekkori tapasztalatok alapvetően meghatározzák a felnőttkori pszichiátriai zavarokat. Napjainkban egyre több empirikus bizonyíték lát napvilágot arra vonatkozóan, hogy egyes csak felnőtt kórformának tartott betegség már gyermek- és serdülőkorban is manifesztálódhat. Ilyen például a legrégebbi pszichés megbetegedés, a *depresszió*, amelynek gyermek- és serdülőkori előfordulását a szakemberek csak az utóbbi harminc évben ismerték fel (Reynolds és Johnston, 1994; Szilárd és Vetró, 1994).

Fiatalkorban nagyon gyakran egyidejűleg több funkcionális zavar jelezheti a személyiség elakadását, a környezethez való alkalmazkodás zavarait. A kutatás módszertanát illetően meghatározó, hogy a gyermek problémáiról, magától a gyermektől nem minden esetben kaphatunk objektív információt, mert nem biztos, hogy rendelkezik azokkal a kifejező készségekkel, amelyek betegségének megértése szempontjából lényegesek. Így nagyon gyakran az önbeszámolón túl környezetét, szüleit, tanárait, esetleg társait is meg kell kérdeznünk.

A fiatalkori lelki és viselkedészavarok gyakorisága

Az elmúlt évi becslések alapján a hazai gyermek- és ifjúsági pszichiátriai szakrendelőkben közel 9000 új beteg fiatalt regisztráltak. A gyermekpszichiátriai gondozókat a leggyakrabban az alábbi problémákkal keresik fel: tanulási zavarok, figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavar, értelmi fogyatékoság, viselkedészavar és az érzelmi-hangulati élet zavara. Érdemes kiemelni, hogy az elmúlt évben mintegy 150 fiatalkori öngyilkossági kísérletet regisztráltak. Egy 500 főre kiterjedő klinikai mintán végzett vizsgálatunk alapján, amelyet strukturált diagnosztikai interjú felhasználásával végeztünk, a ténylegesen öngyilkosságot elkövetők aránya ennek több mint a duplája; a klinikai szakrendelésen megjelenő gyermekek három-négy százalékát tehetik ki. Nem ritka, hogy a klinikákra 14 évnél is fiatalabb öngyilkossági kísérletet elkövető gyermeket hoznak! A lányok – hasonlóan a felnőttekhez – nagyobb arányban kísérelnek meg öngyilkosságot, de próbálkozásaik ritkábban végződnek halállal.

A fiatalkori pszichiátriai megbetegedések fontos jellemzője, hogy egyidejűleg több zavar is fennállhat. A hiperaktív gyerekeknél gyakran tapasztalható az olyan alapkészségek zavara is, mint az olvasás és a számolás. A táplálkozási és evészavarokat gyakran kíséri depresszió vagy szorongás. A fiatalkori betegségek halmozódását és együttjárását (komorbiditását) jól mutatja az a vizsgálati eredményünk,

amely szerint a szakrendelésen megjelenő fiatalok mintegy 40 %-a egynél több diagnózist kap orvosától, ami a felnőttek esetében ritkább. Az elmúlt évben öt jelentős betegforgalommal rendelkező gyermekpszichiátriai klinikán, a 7–18 éves értelmileg nem fogyatékos fiatalok körében (496 fő), az alábbi százalékos betegsémgegoszlást kaptuk (Sarungi et al., 1998; Rózsa et al.).

Öt hazai gyermekpszichiátriai klinikára jelentkező fiatalok betegsémgegoszlása

Hangulatzavarok	41,7 %
Figyelemhiányos/hiperkinetikus zavarok	22,4 %
Magatartászavar	9,5 %
Szomatiform zavarok	5,7 %
Kényszer cselekedetek és gondolatok	4,0 %
Szkizofrénia	0,6 %
Egyéb rendellenességek	16,1 %

Az elmúlt években a reprezentatív 11–14 éves gyermek-mintán (4412 fő) végzett felmérésünkben a nemzetközi kutatásokban és a gyakorlatban is jól bevált az ún. *Achenbach-féle Gyermekviselkedési Kérdőív* szülői változatát használtuk (Achenbach, 1991; Gáboros, 1996). A szülő – legtöbb esetben a gyermek édesanyja – a legkülönbözőbb érzelmi és magatartási zavarokra utaló tünetek közül választhatta ki, mely jellemző gyermekére. A kérdőív, amelyet a szülők és a nevelők által leggyakrabban említett problémákból állítottak össze, több skálát is tartalmaz: visszahúzódság, szomatikus panaszok, depresszió/szorongás, figyelmi zavarok, társas problémák, gondolkodási zavarok, agresszió és deviancia. A kérdőív ezenkívül tartalmaz még ún. kompetencia skálákat is: aktivitás, társas tevékenység és iskolai eredmények. A statisztikai számítások megerősítették azt a feltételezést, hogy a gyermekpszichiátriai megbetegedések két legjelentősebb betegségcsoportját az ún. *internalizációs* (gátlásosság, visszahúzódság) megbetegedések és az *externalizációs* zavarok (alul kontrollált, agresszív megnyilvánulások) alkotják. *Horney* (1945) találóan úgy jellemezte ezt a két betegségcsoportot, hogy az egyik a világtól való elvonulást, míg a másik a világ ellen fordulást választja alapelvül.

A serdülőkori problémák szociodemográfiai rizikótényezői

A gyermeket körülvevő család szerkezete, a szülők iskolázottsága, a család szociális és kulturális környezete alapvetően meghatározza a gyermek magatartási és érzelmi zavarainak kialakulását. Kutatási eredményeink szerint a nagyvárosokban élő gyermekeket édesanyjuk jóval több problémával, tünettellel jellemezte, mint a falun élő társaikat. Természetesen itt figyelembe kell vennünk, hogy a falusi, városi és nagyvárosi lakosság szociális összetétele jelentős különbségeket mutat. Eredményeink alapján a falun élő gyermeküket egyedül nevelő anyák aránya 12 %, míg a nagyvárosokban 18 %. A nagyvárosi családokban a testvér nélküli gyermekek aránya közel kétszerese falun élő családokéhoz képest. A városi levegő szennyezettségének egészségkárosító hatását jól mutatják az asztmás, allergiás és egyéb mozgásszervi megbetegedések magas, két-háromszoros előfordulási arányai. A figyelemzavarok és a hiperaktivitás, csakúgy mint az agresszió és a deviancia szignifikánsan magasabb a nagyvárosi gyermekeknél. Eredményeink alapján a zsúfolt és kontrol-

lálhatatlanabb szociális élettér inkább az externalizációs tünetek kialakulásának kedvez, míg a kisebb településeken élő gyermekeknél gyakoribbak voltak az internalizációs problémák. A család alacsony szociális helyzete igen kedvezőtlenül befolyásolja a gyermekek tanulmányi előmenetelét. Az alacsony iskolai végzettségű szülők gyermekei között több, mint tízszer annyi évismétlő gyermeket találtunk, mint az érettségivel, esetleg diplomával rendelkező szülőknél. A magasabb iskolai végzettséggel rendelkező szülők gyermekeik jellemzésénél összességében kevesebb emocionális és viselkedészavarra utaló tünetet említettek. A beteggondozásra szoruló gyermekek az esetek mintegy 50 %-ában házi orvos vagy nevelési tanácsadó, 16 %-ában az iskola, 30 %-ában önként vagy rokonok tanácsára keresik fel a hazai gyermekklinikákat. Érdekességként megemlítjük, hogy az alacsony szociális státusú családokban élő gyermekek súlyosabb problémákkal, a betegség jól kifejezett stádiumában kerülnek be a klinikákra, általában a családi orvos vagy az iskola nyomására. Ezzel szemben a magasabb iskolai végzettségű családok hamarabb érzékelik a gyermek problémáit.

Számos vizsgálat igazolta, hogy a negatív családi körülmények, így a szülők válása, halála, betegsége, vagy a család elhanyagoló jellege a gyermek lelki fejlődését hátrányosan befolyásolja. Felméréseink szerint a családok felbomlása nagyobb gyakorisággal mutatkozik a nagyvárosi környezetben, mint a falusiban, de jelentősen többször fordul elő az alacsony iskolai végzettségű szülők alkotta családoknál is. A gyermekek kompetencia törekvéseit, azaz a társas és a fizikai környezetre gyakorolt hatását a legjobban a szülők iskolai végzettsége befolyásolta. A családi kötelékek bomlása (például válás, szülő halála) feltehetően az apai szigor hiányának következtében a fiúknál az agresszió és a deviancia növekedését eredményezte, míg lányoknál ez inkább a szeretett személy elvesztésére adott reakcióként gátlásosságban, visszahúzódásban fejeződött ki. A fiúk nagyon gyakran magatartászavarokkal válaszolnak a kistestvér születésére, a nevelő apa jelenlétére és a fiatal anya kezdeményezéseire. Természetesen a lelki eredetű zavarok kedvezőtlen alakulását a gyermekcentrikus hozzáállás és a jó anya-gyermek kapcsolat jelentősen csökkentheti.

A szülők betegsége, munkaképtelensége vagy munkanélkülisége jelentősen kihat a gyermek kompetencia-törekvéseire. Az ilyen családokban élő gyermekek kimutathatóan kisebb kontrollt éreznek (és gyakorolnak) a környezeti események fölött és kevésbé bizonyulnak hatékonyak a mindennapi életben.

A legelőnyösebb személyiségprofil vizsgálati adataink alapján a kétgyermekes családok mutatták. Az egyedüli gyermeknél majdnem kétszer akkora valószínűséggel találtunk társas kapcsolatok kialakításának zavarára utaló tüneteket, mint a két vagy három gyermekes családok esetén. Érdekességként kell megjegyeznünk, hogy az egyke gyermekek szorongására, esetleg kivételezett helyzetére, bánásmódjára utalhat, hogy náluk az elhízás is kétszer olyan gyakori, mint azoknál akiknek van testvére.

Biológiai rizikótényezők

A biológiai rizikótényezők már a fejlődés kezdeti szakaszában jelentősen befolyásolják a gyermek fejlődését. Napjainkban az egyik leggyakrabban előforduló kockázati tényezőnek a *koraszülés* számít. Az Egészségügyi Világszervezet ajánlása szerint az a gyermek tekinthető a születés szempontjából éretlennek, aki a 37. terhesség-

gi hét előtt és 2500 gramm alatti súllyal jön a világra. Magyarországon jelenleg öt és tíz százalék közé tehető a születési éretlen gyermekek aránya. Több nemzetközi nyomon-követéses vizsgálat beszámolt arról, hogy a koraszülött gyermekek között jóval több az iskolai tanulási nehézségekkel küszködő diákok száma, mint a normál időre született gyermek között. Hazai felmérésünk eredményei egybevágnak a fentiekkel, továbbá rámutatnak arra, hogy az alacsony iskolai végzettségű szülők kétszer akkora valószínűséggel hoznak idő előtt és alacsony születési súlyú gyermeket a világra, mint a közepes vagy magasabb iskolai végzettségűek. Az értelmi képességek és a lelki zavarok vizsgálatánál ez egy igen fontos tényező. A születésileg éretlen csecsemőket 11-14 éves korukra a szülők alacsonyabbra értékelték a kompetencia skálákon, különösen a tanulmányi eredmények tekintetében és a figyelemzavar skálán. Az elemzésekből kitűnik, hogy a születési éretlenségre visszavezethető biológiai hátrány az alacsonyabb szociális státusú családoknál fokozottabb, míg a közepes vagy magas státusúaknál a családi környezet e hátrányt jelentősen csökkenti.

A gyermekpszichiátriában jól ismert tény, hogy a fiúk a mentális betegségek szempontjából sérülékenyebbek, mint a lányok. A regisztrált betegforgalom alapján kétszer annyi fiú szorul segítségnyújtásra, mint lány. A klinikai mintán végzett vizsgálataink szerint a fiúknak ötször akkora az esélye, hogy figyelemi problémákkal vagy magatartászavarral kerüljenek klinikai kezelésre. A lányok megbetegedései között az olyan internalizációs problémák emelkednek ki, mint a depresszió, a szorongás és a szomatiform zavarok. Nyomonkövetéses vizsgálati eredmények azt mutatják, hogy a nemek aránya a pszichiátriai megbetegedéseknél a serdülés időszakában, illetve ezt követően megfordul, azaz több lány szorul pszichológiai vagy pszichiátriai segítségnyújtásra, mint fiú.

Fontos biológiai kockázatot jelent az anya életkora a gyermek születésekor. Klinikai mintákon végzett eredményeink azt mutatják, hogy a születéskor 36 évnél idősebb anyák gyermekei között nagyobb százalékban fordultak elő később depresszióra és szorongásra utaló tünetek. Ez a hatás nem válik jelentősebbé, ha csak az egygyermekes családokat vesszük figyelembe. A szorongásnak lényeges elemét képezi, hogy a gyermek gyakran aggódik azért, hogy a szülővel valami rossz fog történni, fél, hogy elveszíti őt.

A több információforráson alapuló betegség-diagnosztika

Mint már korábban említettük, a gyermek nagyon gyakran nem rendelkezik problémakifejező készségekkel, továbbá a gyermek önmagáról alkotott képe sok esetben jelentősen eltérhet az őt megítélő tanárok, szülők, társak értékelésétől, hiszen a gyermek alkalmazkodási képessége és viselkedési jellemzői nagyban függhetnek a kontextustól, az interakcióba bevont személyektől. A több információforrásból származó jellemzések lehetővé teszik, hogy átfogó, megbízható képet nyerjünk a gyermek lelki problémáiról és viselkedéséről. Természetesen ezen jellemzések sem mentesek az értékelő szubjektivitásától, de közelebb vezethetnek egy valósabb személyiségprofil megjelenítéséhez.

Az a család, ahol a szülők kevésbé dominánsak és inkább introverzióra hajlamosak, kevésbé érzékelik gyermekük kezdeti gátlásosságát, visszahúzódsát, ami az első komolyabb megbetegedést követően változhat. Ugyanez természetesen igaz azokra a családokra is, ahol agresszió és deviancia az irányadók. A fentiek a szociális ta-

muláselmélet elképzelését, vagyis a szülők viselkedés-jellemzőinek követését is magukban hordozzák. A gyermek „jól látható” magatartászavarait a tanári, szülői és társjellemzések igen megbízhatóan jelzik. Ezzel ellentétben a szorongásra, visszahúzódásra utaló tünetek említése nagyon alacsony megegyezést mutat a gyermek önbeszámolójával. A szülők 10-15 %-a nem is sejti, hogy gyermeke az öngyilkosság gondolatával komolyan foglalkozik.

Összefoglalásként tehát elmondhatjuk, hogy a gyermek lelki- és magatartászavarainak jellemzésében nagy szerepet kapnak az értékelő szülők pszichológiai jellemzői és egyéb családi tényezők. Bár a szülők hajlamosak saját lelki- és viselkedésbeli problémáikon keresztül látni gyermekeiket, mindemellett az is igaz, hogy a depressziós, vagy egyéb pszichiátriai zavaroktól szenvedő szülők gyakorta érzékenyebbek gyermekük viselkedésére és problémásabbnak ítélik meg, mint amennyire valóban az.

A gyermek- és serdülőkori zavarok klinikai vizsgálata

Mivel a gyermek- és serdülő fejlődési szintje és betegségeinek együttjárásai (komorbiditás) rendkívül különbözők lehetnek, ezért az orvosi kezelésnek rugalmasnak kell lennie, legyen az akár pszichoterápiás vagy gyógyszeres, esetleg a kettő kombinációjából fakadó. Az orvosnak gondolnia kell arra, hogy a fiatal még nem ért el olyan kognitív fejlődési szintre, ami a betegségbelátásához, az introspekcióhoz és a kezelés hatékonyságához szükséges együttműködést lehetővé teszi. A fiatallal történő exploráció fontos jellemzője, hogy az orvosnak páciense fogalmi szintjén kell a beszélgetést folytatnia. A gyermekeknél a „közös nyelv” leggyakrabban a játék. A gyermekkel folytatott játék, vagy a kortársai között teremtett játékhelyzet lehetővé teszi, hogy a gyermek reakcióit egy természetesebb közegben vizsgáljuk és társas interakcióba bepillantást nyerjünk. Nagyon gyakran egy szoros orvos-gyermek munkakapcsolat során a fiatal páciens oly mértékig megnyílik, hogy érzelmi és magatartászavarai háttérében álló legmélyebb titkokra derül fény: például szülői bántalmazások, szexuális visszaélések. Nagyon sok esetben nemcsak kizárólagosan a gyermek kezelésétől várjuk a jobbulást. Ha mód van erre, a család bevonásával, a szülői attitűdök és a családi hierarchiák átstrukturálásával az elsődleges élettér pozitív, támogató szerepének kialakítását tűzzük ki célul. Ez a megközelítés egy *tágabb bio-pszicho-szociális kontextusba* ágyazott, hatékony lelki- és testi egészségmegőrzést és gyógyítást eredményezhet.

GÁDOROS JÚLIA – RÓZSA SÁNDOR

IRODALOM

- ACHENBACH, THOMAS M.: *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
- ARATÓ, MIHÁLY: *Ép lélek – ép test*. In: Arató Mihály – Túry Ferenc (szerk.): *Mindennapi lelki szenvedéseink*. Grafit Kiadó, Budapest, 1995.
- ASZMANN ANNA: *Iskolásgyermekek egészségmagtartása 1986-1993*. Anonymus, 1997.
- GÁDOROS JÚLIA: *Szociodemográfiai rizikótényezők vizsgálata a Gyermekviselkedési Kérdőív alkalmazásával*. In: *Psychiatria Hungarica*, 1996/2. sz. pp. 147-166.
- HORNEY, KAREN: *Our inner conflicts*. Norton, New York, 1945.
- MÜNNICH, IVÁN: *A deviáns viselkedésformák alakulása Magyarországon: rövid statisztikai áttekintés*. In: Münnich Iván – Moksony Ferenc (szerk.): *Devianciák Magyarországon*. Közélet Kiadó, Budapest, 1994.
- REYNOLDS, WILLIAM M. – JOHNSTON, HUGH F.: *The nature and study of depression in children and adolescents*. In: W. M. Reynolds – H. F. Johnston (szerk.): *Handbook of Depression in Children and Adolescents*. Plenum Press, New York, 1994.
- RÓZSA SÁNDOR et al.: *A gyermek- és serdülőkorú depresszió kérdőíves mérésének lehetősége a klinikai és a normatív mintán szerzett tapasztalatok alapján*. In: *Pszichológia* (megjelenés alatt!).
- SARUNGI ENIKŐ: *A gyermek- és serdülőkorú depresszió előfordulási gyakorisága és mérésének lehetőségei gyermekpszichiátriai betegeknél*. Előadás. Elhangzott a Magyar Pszichiátriai Társaság IV. Nemzeti Kongresszusán. Budapest, 1998. Január 28-31.
- SZILÁRD JÁNOS – VETRÓ ÁGNES: *Depresszió gyermek- és serdülőkorban*. In: *Psychiatria Hungarica* 1994/1. sz. pp. 69-81.