



PSZICHOLÓGIAI  
MŰHELY 9

---

**Gyerekek,  
szülők,  
pszichológusok**

Akadémiai Kiadó, Budapest



Pszichológiai  
műhely 9.

GYEREKEK, SZÜLŐK,  
PSZICHOLÓGUSOK

PSZICHOLÓGUSOK

SZERKESZTETTE: FEUER MÁRIA—POPPER PÉTER



9 781111 111111

17496/

# *Pszichológiai műhely 9.*

FŐSZERKESZTŐ: POPPER PÉTER

TECHNIKAI SZERKESZTŐ: FEUER MÁRIA

1998

025803

# GYEREKEK, SZÜLŐK, PSZICHOLOGUSOK

SZERKESZTETTE: FEUER MÁRIA—POPPER PÉTER



MTAK

0 000000 23000 1



AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST 1992

M. J. AKADÉMIAI KIADÓ

508736

PSZICHOLÓGUSOK  
GYERMEK SZÜLŐK  
SZERKESZTETTE: POPPER MÁRIA—POPPER PÉTER

MAGYAR  
TUDOMÁNYOS AKADÉMIA  
KÖNYVTÁRA

ISBN 963 05 6249 9

Kiadja az Akadémiai Kiadó, Budapest  
Első kiadás: 1992

© Akadémiai Kiadó, Budapest 1992

Minden jog fenntartva, beleértve a sokszorosítás, a nyilvános előadás, a rádió-  
és a televízióadás, valamint a fordítás jogát, az egyes fejezeteket illetően is.

Printed in Hungary

M. TUD. AKADÉMIA KÖNYVTÁRA

## TARTALOMJEGYZÉK

Ajánlás	9
<i>Popper Péter: A szabálytalan pszichológus magányossága</i>	13
I. Elmélet	21
<i>Popper Péter: Metapszichológiai töprengések</i>	23
<i>P. Liebermann Lucy: Kis csoportok dinamikus struktúrája</i>	40
<i>Geiger Ágota: A gyász pszichogén, szomatikus és magatartásbeli tünetei gyermekkorban</i>	48
<i>Popper Péter: Az antiszociális személyiségfejlődés</i>	55
II. Módszertan	83
<i>Makói Zita—Gegesi Kiss Pál—Popper Péter—Schmideg Iván: A sírásokok alakulása az újszülött- és a korai csecsemőkorban</i>	85
<i>Feuer Mária: „Elrontott” családrajzok szerepe a gyermekpszichodiagnosztikában</i>	96
<i>Popper Péter—Glauber Anna—Feuer Mária: A klinikai pszichológus szakértői munkájának módszertani kérdései</i>	115

<i>Angster Mária: A halál árnyékában. Művesekezelt gyerekek pszichológiai gondozásáról</i>	133
<i>Vikár András—Zánkay András: Pszichodráma önismereti csoportok orvostanhallgatók számára</i>	152

### III. Nevelés és pszichológia 165

<i>P. Liebermann Lucy: A családi csoportterápia néhány problémája</i>	167
<i>Popper Péter: A szülőkkal való kooperáció a nevelési tanácsadó terápiában</i>	174
<i>Péter Ágnes: Az olvasászavarokról</i>	187
<i>Gerő Zsuzsa: Realitás hangsúlyú intervenciók autista gyerekek játékterápiájában</i>	211
<i>Gerő Zsuzsa: Jól kompenzált aspergeri autisták serdülőkori nehézségei a szociális tájékozódásban</i>	219
<i>Popper Péter: Örökbe fogadott gyermekek családi beilleszkedésének nehézségei</i>	231

### IV. Kórképek és esetek 241

<i>Popper Péter—Geiger Ágota—Csépanyi Loránd—Elkán György: Az obesitas és anorexia psychés tényezői</i>	243
<i>Geiger Ágota—Berghammer Rita: Külső kontroll, érzelmek felismerése és kifejezése kövér gyermekeknél</i>	250
<i>Feuer Mária—Pintér Anna: Enuretikus kislány pszichoterápiája</i>	265
<i>P. Liebermann Lucy—Majláth György: Fiatalkorú anyagyilkos esete</i>	283
<i>Popper Péter—Ladócsy Mária—Saád Judit: Pszichogén mozgászavar terápiája</i>	298



<i>Popper Péter—Szondy Mária: A csecsemő- és kisgyermek- kori fejlődés magyar standardja</i>	311
<i>Popper Péter—Hegedűs T. András—Feuer Mária—Lajti Rudolf—Glauber Anna: Beilleszkedési zavarok korai felismerése gyermek- és serdülőkorban</i>	348
Utószó	375



## AJÁNLÁS

Ajánlom ezt a könyvet *P. Liebermann Lucy* emlékének, aki *Gegesi Kiss Pál* támogatásával 1938-ban szervezte meg az akkori egyetemi Gyermekklinika Nevelési Tanácsadó — később pszichológiai — részlegét.

A *Liebermann* által képviselt klinikai gyermekpszichológiai munka máig megőrzött legfontosabb alapelvei az alábbiakban foglalhatók össze:

1. Az intézményünk által képviselt szemlélet egyértelműen pszichoanalitikusan orientált. Ugyanakkor kerülünk minden merev elméleti és módszertani bezárkózást teoretikus konstruktumok doktrínái közé. Ez azt jelenti, hogy a diagnosztikában széleskörűen alkalmazni kell a legmodernebb eljárások sokszínű battersóját. A pszichoanalitikus szemlélet nem zárja ki az adott pszichés zavarhoz, a kliens személyiségéhez és az objektív lehetőségekhez alkalmazkodó legadekvátabb gyógyító eljárás kiválasztását — beleértve mindazt, amivel a viselkedéstan, a kognitív pszichológia, a Gestalt-irányzat és a rogersi koncepció gazdagította a pszichoterápia eszköztárát.

A terápiát a beteg és a betegség határozza meg, és nem az, hogy milyen iskolára vagy metodikára esküszik a pszichoterapeuta. Tudatosan vállalt módszertani eklektikumról van tehát szó.

2. Ennek a követelménynek csak különféle alapképzettségű szakemberek munkacsoportja felelhet meg. Ez egyrészt az alap-

képzettségre vonatkozik: klinikai pszichológusok, pedagógiai pszichológusok, pszichiáterek, neurológusok, gyermekgyógyászok, gyógypedagógusok, szociológusok, pedagógusok és szociális gondozók együttes munkája biztosíthatja a terápiás hatékonyságot.

Másrészt vonatkozik a terápiás kiképzésre: a munkacsoport tagjainak minél változatosabb módszertani repertoárral kell rendelkezniük. Az alapkövetelmény csak annyi, hogy minden munkatársnak legyen saját egyéni pszichoterápiája. Lényegtelen, hogy ezt milyen pszichoanalitikusan orientált irányzat vagy iskola kezei között szerezte.

3. Minden munkatársnak rendelkeznie kell rutinszerűen alkalmazható pszichodiagnosztikai és pszichoterápiai ismeretekkel. Ez biztosítja ugyanis, hogy a kliens az intézetbe kerüléstől kezdve mindvégig „egyetlen kézben” maradjon, érzelmileg egy személyhez kapcsolódhasson. Nem megengedhető külön anamnézist felvevő, tesztelő, terapizáló szakemberek szeparált működése, akik között a kliens „vándorol”. A munkacsoport ezért konzultatív teamként működik; a különböző szakképzettségek előnye az esetmegbeszéléseken érvényesül. E vonatkozásban csak a szakorvosi vizsgálatok és az esetleges gyógyszerelés jelentenek kivételt. Emellett azonban az intézetben dolgozó orvosok pszichodiagnosztikai és pszichoterápiás szempontból éppúgy kézben tartják saját kliensüket, mint a pszichológusok, gyógypedagógusok.

4. A diagnosztikus munkában úgynevezett teljes diagnózis elérésére kell törekedni. Ennek elemei:

- szomatikus fejlődéstörténet és status praesens;
- pszichés fejlődésmenet és status praesens;
- a család szociális története és helyzete.

5. A gyermek-pszichoterápia szükségszerűen mindig családterápia, függetlenül attól, hogy a terápiás foglalkozások egyénileg vagy családi csoportban történnek-e. Ennek érdekében már a diagnosztikus munkát ki kell terjeszteni a gyermekkel együtt élő,

rá lényeges hatást gyakorló valamennyi családtagra is, beleértve szükség esetén a komplex személyiségvizsgálatokat. Adott esetben a szülők pszichoterápiája is integráns részévé válhat a gyerek gyógyításának.

6. A gyermek-pszichoterápia sajátossága, hogy szükség esetén magában kell foglalnia a gyermek családi, iskolai és szociális helyzetének rendezése érdekében fogantatosított reális intézkedéseket.

7. A gyermekkel való pszichológiai foglalkozás megkezdését mindig meg kell előznie az orvosi kivizsgálásnak.

A szomatikus és a pszichés kivizsgálás nem választható el egymástól. Ez indokolja a kettő szoros egybefonódását a diagnosztikus és terápiás gyakorlatban.

Az I. sz. Gyermekklinika Nevelési Tanácsadó (Pszichológiai) Részlege ezen a néven 1938-tól 1981-ig működött. 1938-tól 1967-ben bekövetkezett haláláig — 29 éven keresztül — a részleget *P. Liebermann Lucy* vezette. Halála után *Popper Péter* lett az utóda. Köszönettel és tisztelettel kell megemlíteni azoknak a munkatársaknak a nevét, akik e három évtized során az intézetben dolgoztak, de további életpályájuk máshová irányította őket: *Arató Miklósné, Battai László, Csépanyi Loránd, Cserháti Endre, Elkán György, Fehér Sára, Flam Zsuzsa, Goda Katalin, Hódosi Rezső, Hubay Marianne, Lajti Rudolf, Mirtse Márta, Nagy Aranka, Németh Nóra, Palotás Gábor, Varga Zoltán, Váradyné Kutassy Ildikó, Virág Erzsébet, Zátonyi Katalin.*

Tisztelgünk halottaink emléke előtt is: *Majláth György, Németh Nóra, Révész Lászlóné, Takács Erika, Vedres Márta.*

1981-ben részlegünk az I. sz. Gyermekklinika szervezeti keretei között a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Orvopszichológiai Oktatási Csoportjává alakult. Két féléves szigorlati tárgyként oktatja az orvosi pszichológiát, a magyar orvostanhallgatókon kívül német és angol nyelvű tagozaton is. Részt vesz a klinikai gyermekpszichológusok és pedagógiai pszichológusok posztgraduális képzésében és a hároméves pszichoterápiás képzésben,

együttműködve az Orvostovábbképző Egyetemmel és az Eötvös Loránd Tudományegyetemmel.

Országos ambulanciát tart fenn gyermekek és serdülők részére. 1986 óta működik a „Négyszemközt” elnevezésű Mentálhigiénés Szolgálat egyetemi hallgatók és fiatal dolgozók részére.

Az intézet tudományos kutató tevékenységet elsősorban a társadalmi beilleszkedési zavarok és az orvosi pályára való pszichológiai alkalmasság körében folytat, emellett kutatásokat végez a gyermeki rajzfejlődés és annak pszichodiagnosztikai értékelése, valamint egyes pszichoszomatikus kórképek témakörében.

Jelenlegi munkatársaink: *Angster Mária, Benson Katalin, Feuer Mária, Gáborné Aczél Ágnes, Gál Katalin, Gerő Zsuzsa, Glauber Anna, Kardosné Geiger Ágota, Keleti Judit, Ladócsy Mária, Ludányi Tiborné, Pázmándy Györgyi, Péter Ágnes, Pintér Anna, Vikár András, Zánkay András.*

Az intézet fennállásának 50 éves évfordulója elhatározásunknak megfelelően csendben múlt el. Nem kívántunk sem ünnepséget, sem tudományos ülészakot rendezni. Egymás között beszélgetve abban állapodtunk meg, hogy egy retrospektív kötetet állítunk szerény mérdföldkőként az elmúlt és a most kezdődő fél évszázad közé.

*Popper Péter*

## A SZABÁLYTALAN PSZICHOLÓGUS MAGÁNYOSSÁGA

Popper Péter

„... mert minden szó új korlátot teremt  
a gondolat testének szabva formát,  
s e korlátok közt kígyózik a rend  
lépcseje, amelyen addig járjuk ormát  
új s új látásnak, amíg messze lenn  
köddé mosódik minden régi korlát,  
s képekből összeáll a képtelen,  
korlátokból korlátlan végtelen.”

(*Babits*)

*P. Liebermann Lucy* két évtizede halt meg Budapesten. Hatvanhat évet élt ebben a városban, ahol született, a múlt század utolsó évének tavaszán, május 22-én. Halálának tízéves évfordulóján fölöslegesnek tartottunk minden hivatalos megemlékezést. Egykori munkahelyén, az I. Gyermekklinikán összegyűltek barátai és tanítványai, hogy egy kicsit beszélgessenek róla. Idézem azoknak a nevét és arcát, akik akkor együtt teáztunk: *Szalai Sándor, Pertorini Rezső, Majláth György, Németh Nóra, Hirsch Margit, Kabainé Huszka Antónia, Farkasházi Menyhért, Palotás Gábor, Ranschburg Jenő, Hódosi Rezső, Csépanyi Loránd, Varga Zoltán, Fazekas Ilona, Geiger Ágota, Hubay Marianne, Ladócsy Mária, Elkán György, Várady Ildikó, Mirtse Márta, Battai László, Pintér Anna, Gerő Zsuzsa, Glauber Anna, Szamosfalvi Imre*, közöttünk ült *Gegesi Kiss Pál* és *Gerlóczy Ferenc*. Az emlékezet megbízhatatlan, bocsánatot kérek, ha valakiről megfeledkeztem volna, úgy rémlik, sokkal többen voltunk, olyanok is, akik őt már nem ismerték, de ott dolgoztak az egykori *Liebermann*-műhelyben. Ma már nem szívesen ülünk le ilyen együttlétre, mert egyre több barátunkra kell emlékeznünk. Element *Szalai Sándor, Pertorini Rudi, Majláth Gyuri, Révész Lászlóné*... Viszont a pszichológiai

köztudatban egyre jobban elhalványul *Liebermann* képe, a fiatalabbak már alig tudnak róla valamit. Hát írok róla egy megemlékezés-félt. *Liebermann* biztosan jót mosolyogna rajtam.

Zongoraművésznek készült, a Zeneakadémiára járt, harmadéves volt, amikor egy izületi gyulladás véglegesen megfosztotta attól a lehetőségtől, hogy muzsikus legyen. De szívében és látásmódjában mindhalálig művész maradt. Talán ez volt az a láthatatlan jel a homlokán, ami annyira idegesítette azokat, akik a tudományt az íztelen-szagtalan szükséglet, a fantáziátlan száraz unalom papjaiként művelték. A verejtékezve gondolkodót semmi sem bántja jobban, mint a szellem könnyedsége, amit önvigasztalásként a felszínesség és a dilettantizmus jeleként könyvel el. Hát még ha ez a szellemi könnyedség és fölény az „elmélet” sémáinak, dogmatikai rendszerének a félresöprésével jár együtt. *Liebermann* egyszer azt mondta magáról: „Én tizenkét éves koromban jöttem rá arra, hogy a világ nagyon nagy, én pedig rettenetesen kicsi vagyok, de mégis, csak a saját fejemmel tudok gondolkodni.”

A baráti köréhez tartozó radikális baloldali értelmiségiek — köztük *Madzsar József*, *Nemes Lampért*, *Lossonczy Tamás*, *Pátzay Pál* és főként *Szentpál Olga* — hatására először mozgásművészettel, mozgásterápiával kezdett foglalkozni, majd beiratkozott a Gyógypedagógiai Főiskolára, ahol 1926-ban szerzett diplomát. Az ezt követő tizenegy év az útkeresés jegyében telt el. Dolgozott a *Szondi*-laboratóriumban, a Beszédhibások Intézetében, *Richter Hugó* ideggyógyászati osztályán. Közben pszichoanalízisbe, majd kiképző analízisbe került és *Bálint Mihály* tanítványaként 1932-től mint pszichoanalitikus is dolgozott. Megszűnésig tagja volt a magyar és haláláig a Nemzetközi Pszichoanalitikus Egyesületnek.

Művészbáratai körében ismerkedett meg *Gegesi Kiss Pállal*, az akkor már neves gyermekgyógyásszal, aki akadémikusságig ívelő tudományos pályafutása és sokak által ellenszenvvel figyelt tudománypolitikai karrierje mellett, ugyancsak érintett volt a művé-



szetek istenei által mint gyűjtő, mint a Szinyei Merse Társaság egyik vezetője, mint a felszabadulás utáni Európai Iskola markáns egyénisége. Kevesen tudják, hogy *Kiss Pál* néven versesköte-  
te is megjelent. *Gegesi* hívta meg *Liebermann*t az I. Gyermekklini-  
kára, ahol 1937-ben megszervezték a Nevelési Tanácsadót. Ab-  
ban az időben hallatlanul modern szemléletet jelentett a pszicho-  
lógiai ellátás szerves beépítése a gyermekgyógyászat klinikai gya-  
korlatába, megszüntetve a testi és lelki gondozás szétszakíttottsá-  
gát. Ennek úttörő és modell szerepe lett később a hazai gyakorlat-  
ban. Ez a Nevelési Tanácsadó volt az őscsírája a klinika későbbi  
pszichológiai részlegének, majd a mai egyetemi Orvospszicholó-  
giai Oktatási Csoportnak. Éppen 50 éve, hogy ez a munka elkezdődött, emelve a gyermekgyógyászok pszichológiai kultúráját,  
hozzájárulva a korszerű pszichológiai szemlélet elterjesztéséhez,  
és elérve azt, hogy az orvosi pszichológia ma már önálló diszciplí-  
naként, két féléves szigorlati tárgyként illeszkedik az általános  
orvosképzésbe. Ma ezt mindenki annyira magától értetődőnek  
tartja, amennyire nem volt az annak idején. Bizonyítéka ennek a  
magától értetődésnek, hogy visszhangtalanul múlt el az ötvenedik  
év, amiből harminc *Liebermann* nevéhez fűződik.

*Liebermann Lucy* 1945—1948 között emellett a Gyógypedagó-  
giai Főiskolán is tanított. 1948 után a klinikai gyermekpszicholó-  
gia részévé vált a orvosok gyermekgyógyászati képzésének és  
a szakorvosképzésnek is. *Gegesi Kiss Pál* és *Gerlóczy Ferenc*  
professzorsága idején minden orvosjelölt 3—6 hónapot dol-  
gozott a pszichológiai részlegen, ugyanakkor minden új pszicho-  
lógus munkatárs kötelezően részt vett a gyermekgyógyászati elő-  
adásokon, a klinikai tudományos referálókon. Ez volt az alapja  
annak, hogy a gyermekorvosok és pszichológusok egy nyelven  
beszéljenek, értsék egymást. A *Liebermann* által vezetett nevelési  
tanácsadó volt az egyik első konzultatív team Magyarországon,  
ahol pszichológusok, gyermekorvosok, pszichiáterek, neurológu-  
sok, gyógypedagógusok, pedagógusok és szociális gondozók dol-

goztak együtt. Ragaszkodott ahhoz, hogy mindenkinek legyen valamilyen egyéni pszichoterápiája, majd kiképzése, úgy vélvő, hogy minél többféle pszichoterápiás iskolából érkeznek a munkatársak, a műhely annál színesebb és annál szélesebb körű módszertani repertoárral rendelkezik. Ragaszkodott ahhoz, hogy előzetes teljes orvosi kivizsgálás nélkül nem szabad a gyerekkel pszichológiai foglalkozást kezdeni; ahhoz, hogy a testi és a pszichés státus ismerete nem elég, a gyereket látni kell a saját otthoni környezetében is; a környezettanulmány, a család szociális helyzetének értékelése elengedhetetlen része a pszichodiagnosztikának. Mint pszichoanalitikus elsősorban az analitikusan orientált rövidterápiákra helyezte a hangsúlyt, de szellemi tágasságára jellemző, hogy indokolt esetben rendszeresen alkalmazott viselkedésterápiái módszereket is, például kondicionálást.

*Liebermann* azt vallotta, hogy a gyerek és serdülő terápiája mindig családterápia kell hogy legyen, függetlenül attól, hogy összeültetjük-e egy csoportba a családot, vagy külön-külön foglalkozunk a családtagokkal. Felismerte, hogy családi csoportmódszer alkalmazása esetén a gyerekkel külön négy szemközti terápiás foglalkozásokat kell közbeiktatni a családi csoport történéseinek adekvát feldolgozása érdekében. Magyarországon először *Liebermann* alkalmazott csoport-pszichoterápiás módszereket: családi csoportot a klinikán, betegcsoportot *Pertorin*ivel együttműködve az OIE Völgy utcai részlegén.

*Liebermann Lucy Gegesi Kiss Pál* politikai tekintélyére és tudományos közéleti hatalmára támaszkodva a pszichológia számára „nehéz” ötvenes években is megőrizte a korrekt szakmai munkát. A klinikán intelligenciavizsgálatokat, *Rorschach*-, *Szondi*- és *T.A.T.*-teszteket használtak akkor, amikor a „tesztológiát” az átkos és elítélt pedológia részének tekintették. Pszichoanalitikus rövidterápiák folytak akkor, amikor az analízis a sommásan elutasított, ellenséges ideológiák közé számított, és az országon a pszichológiát jobbadára a reflexológia és a labirintusokban ügye-

sen futkározó patkányok képviselték. Támadásban nem is volt hiány, még akadémiai szinten is kemény viták zajlottak az I. Gyermekklinika pszichológiai tevékenysége körül, rangos ideológusok fejtették ki lesújtó véleményüket. Emlékeztetések maradnak a klinika professzorának egyhangúan ismételt szavai: „Nekünk gyógyítanunk kell, mindegy, hogy milyen módszerrel. Adjanak jobb pszichodiagnosztikai és terápiás módszereket, akkor majd azokat fogjuk alkalmazni!”

*Liebermann* tevékenyen részt vett a magyar pszichológiai élet feltámasztásában. Alapító tagja volt a Magyar Pszichológiai Társaságnak, elnöke a sokáig funkcionáló Módszertani Szekciónak. Nehezen felejthető el a Pszichológiai Társaság első nagygyűlése, amikor egyszer csak mindenki szaladni kezdett a Módszertani Szekció ülésterme felé. Ugyanis akkoriban egyedül *Liebermann* vállalta, hogy nyilvános teret ad a frissen szabadult *Mérei Ferenc* szereplésének. Ez volt a híres előadás a börtönálmok manifeszt tartalmairól. Azután ott voltak a nevezetes kedd esti kudarcsemináriumok. Fiatal és öreg pszichoterapeuták gyűltek össze. Csak terápiás kudarcokról volt szabad beszámolni, ezeknek a tanulságait elemeztük. Néha csemegeként egy-egy elméleti összefoglaló előadás iktatódott közbe. Ott voltak mindazok, akiknek a nevét az előbb említettem. És még sokan mások. A kedd esti szemináriumokon találkozni lehetett *Mérei Ferenc*ccel, *Hirsch Margittal*, *Farkasházi Menyhért*tel, *Koronkay Bertalannal*, *Süle Ferenc*ccel, *Eröss László*val, *Cserhádi Endré*vel, *Ranschburg Jenő*vel, *József András*szal, *Major Margittal*, *Barabás Katinká*val, *Goldschmidt Dénessel*, *Zsombor Olgá*val, *Szilágyi Lillá*val, *Ágfalvi Rózsá*val, *Hárdi István*nal, *Németh Györggy*el, s megint biztosan kihagy a memóriám. *Mérei* az agresszióról tartott előadást, *Szalai Sándor* a mesterséges intelligenciákról.

*Liebermann Lucy* 1959-től haláláig az MTA tudományos munkatársaként vezette a klinika nevelési tanácsadóját. Főmunkatárssá soha nem nevezték ki, mert nem volt tudományos fokoza-

ta. E bűn súlyát maga is belátta, helyzetével elégedett volt. Beszélt angolul, németül, franciául, olaszul és lengyelül. Angolul, németül analízist is vállalt. Ezen a réven került kapcsolatba az akkor gyakran itt tartózkodó *Jan Malewskivel*, aki a lengyelországi analitikus mozgalom újjászervezésén fáradozott. Pszichoterápiás szemlélete az analitikus megalapozottságon túl sok eklektikus elemet hordozott. A „liberális” *Ferenczy—Bálint*-iskola kiképzettjeként az én-analízis legújabb eredményeiből, a modern szociálpszichológiából, némi jogi hatásokból és főként imponáló irodalmi műveltségéből valamiféle külön bejárátú „Liebermann-szemléletet és -módszert” ötvözött magának, és ezt nyíltan vállalta. Irtózott az „izmusoktól”, a skolasztikussá merevedett irányzatok zászlóira való esküvésektől.

*Liebermann Lucy*t a szakmában kevesen szerették, sokan ellen-szenvvel figyelték működését, többen kifejezetten gyűlölték. A dogmatikus marxisták haragudtak rá mint pszichoanalitikusra. A konzervatív pszichoanalitikusok árulónak tartották, mert „megengedhetetlen” elvi és elméleti engedményeket tett. El is zárkóztak tőle és tanítványaitól — akárcsak az ún. aktív analitikusoktól — éppen egy olyan időszakban, amikor a lényegében analitikus szemléletű erők összefogására lett volna szükség. De hát tudjuk a pszichoanalízis klasszikusaitól, hogy a kis különbségek okozzák a nagy narcisztikus sérelmeket. A katolicizmus is annak idején azt az „eretneket” irtotta, aki épp olyan jó keresztény volt, csak „egy kicsit másképp gondolta”. Haragudtak rá a német iskolán nevelkedett organikus szemléletű pszichiáterek is. Haragjuk néha átlendítette őket az Európában szokásos modor határain. Egy nyilvános tudományos ülésen egy intézmény vezetője imígyen fakadt ki: „Nem az a baj, hogy pszichológusok dolgoznak takarítónői státusokon, hanem az, hogy takarítónők pszichológiai osztályokat vezetnek!” Végül haragudtak rá mindazok, akik *Gegesi Kiss Pálra* haragudtak, a hatalmi törekvések összeütközése következtében. Ezeknek a száma pedig nem

volt kevés. Ebből az atmoszférából — amely különösen akkor erősödött meg, amikor a pszichológia már kezdett feltámadni halottaiból, vagyis életének utolsó éveiben — *Liebermann* időnként Angliába utazott „pihenni”. *Bálint Mihályéknál* lakott, bejárt a Tavistock klinikára, ahol *Malannal* és *Phillipsonnal* dolgozott együtt. Ezek voltak a „regenerációs utazások”.

Neve előtt a „P” betű asszonynevére utalt. A háború óta *Petneházy Antal* bányamérnök felesége volt, aki csak egy évvel élte őt túl. Ez volt a harmadik házassága. Fiatalkorában rövid ideig egy festőművésszel élt együtt, majd *Pátzay Pál* szobrászművésszel kötött házasságot. Gyermeke nem lehetett egy nőgyógyászati műtét komplikációja következtében. Jóbarátok voltak körülötte, és néhány gyerekeként szeretett tanítványa, no meg Uki, a mindent tudó pulikutya, aki reggelenként felkeltette, órái előtt pedig büszkén ült az analitikus fotelben és csak kelletlenül adta át helyét.

Halálának tizedik évfordulóján *Szalai Sándor* ezekkel a szavakkal kezdte személyes visszaemlékezését: „*Liebermann Lucy* sok minden volt, művész, tudós, pszichoanalitikus, közéleti ember, háziasszony, de mindenekelőtt boszorkány.” Én is így érzem, de már nem tudom megkérdezni, hogy ő mire gondolt. Fantasztikus intuíciójára? Bátor elszántságára, aminek erejével valószínűtlennek tűnő terveket is valósággá érlelt? A sokszor gunyoros, lényegre tapintó intellektusra? Arra, hogy ha kellett, olyan hidegen és célzottan tudott agresszív lenni, hogy mindig telibe talált? A legfinomabb rezdülésekre is érzékeny érzelmi kultúrájára? Ijesztő düheire, amivel nem volt jó szembetalálkozni? Arra a miszticizmus határát súroló szkepszisre, amelyet nem az jellemzett, hogy semmiben sem hitt, hanem hogy mindent lehetségesnek tartott? Valószínűleg az egészre együtt. Ettől volt boszorkány.

Néhányan, akik szerettük ezt a boszorkányt, mellette voltunk betegségében. Tudta, hogy rákos, tudta, hogy rövidesen meghal. Az utolsó napokban legtöbbször a fal felé fordulva feküdt, kábu-

latban. Egy este, két morfiuminjekció között, egyszer csak visszafordult. „Ki van itt?” — kérdezte. „Én” — feleltem ijedten, az elsötétített kis lámpa mellől, ahol olvasgattam. „Mondja, sokáig tart még?” „Nem tudom, Lucyka” — mondtam becsületesen. Söhajtott. „Hát nem baj. Mert idebent már minden rendben van.” Két nap múlva meghalt, 1967. március 2-án.

---

Megjelent: Magyar Pszichológiai Szemle, 1989/1. 74—79.

# I. ELMÉLET PSZICHOLÓGIAI TÖPRENGÉSEK

Popper Károly

1. Ha van pszichológia, amelynek tárgya a pszichikum, akkor van metapszichikum is, aminek tárgya a pszichológia, a pszichológiai gondolkodásról. Pontosabban a pszichológia tudatos megfigyelésről vagy nem tudatos évről, alapléte évről. Azt mondják, hogy a „tárgyról” és a „tárról” fogalmak szaktárgyterületi sokrétűsége szörnnyé. Többé-kevésbé szakemberek pszichológusoknál gyakran tapasztalható, hogy elméleti problémák nemcsak helyes helyen, így állnak: „Konstruktív konstrukción van.” Nyilvánvalóan van bizonyos a világban. És a pszichológiai konstrukció egyik felvétele. Az ember felismeri a nek-ét, a szerzőt, a fogalmatól — de konstrukciók felismerés nem az a kérdés, ha éppen a szerzőre akarják.

2. Az ismeretlenben borotvál. Egy megismerés-struktúra — minden idegrendszer — nyilván megismerhető egy bizonyos mértékig. Az ember a pszichikum. Egy bizonyos mértékű struktúra nyilvánvalóan ismerhető meg egy nagyobb mértékig. A pszichikum az ember. Milyen mértékig? A pszichológia nagy kérdése, hogy mennyire ismerhető meg az ember megismerésével — egyáltalán. Elvben megismerhető az ember megismerésével — a nagy teljesítmény. Talán a pszichológusok nem ismerik felismerésről tapasztalásról — nemcsak az optikumot, hanem egyáltalán, hogy megismerésről csak megismerés. Konstruktív konstrukción, de nem a szerzőre, hanem a szerzőre, a szerzőre. És rajta keresztül a szerzőre.





## METAPSZICHOLÓGIAI TÖPRENGÉSEK

Popper Péter

1. Ha van pszichológia, amelynek tárgya a pszichikum, akkor van metapszichológia is, aminek tárgya a pszichológia, a pszichológiai gondolkodásmód. Pontosabban a pszichológia tudatosan megfogalmazott vagy nem tudatos axiómái, alapfeltevései. Azt mondják, hogy a „tárgyszint” és a „metaszint” fogalmainak összekeveréséből sok zűrzavar származik. Például szakmabéliek pszichoterápiájánál gyakran tapasztalható, hogy elméleti paneleket mondanak élmény helyett. Így szólnak: „Kasztrációs komplexusom van.” Ilyet még senki sem érzett a világon. Ez a pszichoanalitikus konstrukció egyik feltevése. Az ember félhet a nőktől, a vértől, a foghúzástól — de kasztrációs félelmet nem él át. Kivéve, ha éppen kasztrálni akarják.

2. Az ismeretelméleti borotvaél. Egy magasabb struktúra — netán idegrendszeri — elvileg megismerhet egy alacsonyabbrendűt. Az ember a patkányt. Egy alacsonyabbrendű struktúra nyilván nem ismerhet meg egy magasabb rendűt. A patkány az embert. Nincs neki mivel. A pszichológia nagy kérdése, hogy azonos fejlettségű struktúrák megismerhetik-e egymást? Emberi intellektussal az ember megismerhető-e a maga teljességében? Talán a tudományos nemzedékek felhalmozott tapasztalatai — remélik az optimisták. Nekem úgy tűnik, hogy mindig redukcióra kényszerülünk. Részfunkciókat elemzünk, érzékelést, figyelmet, érzelmet, viselkedést. És bajba kerülünk a teljességre törekvő

személyiségmodelljeinkkel. Aggasztóan sok bennük az egyszerűsítés és az irracionálisnak tűnő maradék.

3. A boldog orvostudomány. A kezdet kezdetétől ismerte a tárgyát. Tudta, hogy az emberi testről van szó. S évezredekken át fokozatosan haladt az egyes részfunkciók egyre finomabb, differenciáltabb megismerése felé. Ám a pszichológia ellenkező ívű utat járt. Részfunkciókat kezdett vizsgálni — az asszociációt, a tanulást, az emlékezést —, s az immár óriási halomba gyűlt részfunkciókból irdatlan puzzle-ként próbálja kirakni az egészet. Hogy végre megtudja, mi is az, amivel foglalkozik?

4. Ha nem puzzle, akkor nyaklánc. Olyan nyaklánc a pszichikum, aminek egyes szemeiről, elrendeződésükről egyre többet tudunk. Ám szinte semmit a madzagról, amire a szemek felfűződnek. Örkenypaprika-koszorúja. No de van-e madzag egyáltalán? Persze buta hasonlatokkal nem érdemes bíbelődni. Mégis itt van ez a kínos grammatikai kényszer, hogy az önmagáról való kifejezés egyetlen lehetősége a birtokviszony. Az én kezem, az én fejem, az én gondolataim, az én félelmem, az én vágyam. Ki ez az én, aki nyelvtanilag sem tud azonos lenni a testével, a megismerésével, az affekcióval, a cselekvéssel? Ő az az illúzió, akire Buddha annyira haragszik? Ő az egész Gestaltja? Ő a hajdani trichotómiából elveszett Szellem?

5. Végül is mi a pszichológia „társadalmi megbízatása”? Milyen igény hívta életre? Nem lehetetlen, hogy a pszichológia a vallástól és hittől elszakadt „szabadgondolkodó” polgárság eszmerendszerének a része. Kiszolgálja a polgár áhívatát, amit a „tudomány” szó hallatán érez, és egyben betölti azt az ürességet, mely a hit elvesztésével támadt a lelkében. Így alakul ki az orvos-pap hibrid pszichológus. Segíteni kell, hogy az ember megértse önmagának nem testi részét, és persze segítenie kell a belső zűrzavarok rendezésében. A pszichológus a szubjektív emberi boldogtalanság gyógyítója isten és az ő „méltatlan, de hivatalos szolgálói” helyett.

Ámde idő múltán mindenféle rakoncátlanságok történtek az eredeti „megbízathoz” képest. Egyrészt a pszichológia saját öntörvényű tudományos fejlődési útra tért. Másrészt a hivatalos és akadémikus pszichológiát — különösen annak gyógyító ágazatát — már nem annyira az érdekli, hogy mi fáj az egyénnek, hanem az, hogy mi fáj a társadalomnak. A társadalomnak például fáj az az ember, aki nehezen viseli el a társadalmi abszurditásokat. Őt akarja — netán akarata ellenére — meggyógyítani. Adaptálni ahhoz, amihez nem lehet adaptálódni. A gyereket egy rossz iskolarendszerhez, az elváltakat a továbbra is egy lakásban maradáshoz, a kiszipolyozottakat a kizsákmányoláshoz. Ezért bukkan fel a „Lámpavasra a pszichológusokkal és pszichiáterekkel!” jelszó a 68-as francia diákmegmozdulások során. Valószínűleg észrevették, hogy az egyénhez hűtlen pszichológia a társadalmi manipuláció eszköze lehet. Konformista gyár. Jelszava: „Pszichiátriázljuk a társadalmat és társadalmasítsuk a pszichiátriát!”

Így hát nem biztos, hogy rokonszenves az a pszichológia, amely lelki zavarok helyett nyílt szociális sebeket akar „gyógyítani”. De ettől függetlenül is, *Thomas Mann* Don Quijotéval beszélgetve megsejti, hogy az európai kultúra unja túlságos civilizáltságát és biztonságát, valami primitívebb, veszélyesebb, kalandosabb létformára vágyik, és hogy az emberek rövidesen fejbe verik majd azt, aki pszichológiával idegesíti őket.

6. *Heisenberg* felveti a kérdést, hogy a magfizika az elemi részecskék létezési törvényeit vizsgálja-e, vagy az ember hatását az elemi részecskék világában? Ugyanis a megfigyelhetővé tétel érdekében durván be kell avatkozni az életükbe. Ebben az esetben viszont megszűnne az objektív természetmegfigyelés feltétele, a megfigyelő szubjektum és a megfigyelt objektum tiszta szétválasztása: az ember a természetbe néz, és a saját arca tekint vissza rá.

Ez az ügy a pszichológiában is több, mint a laboratóriumi vagy a helyzeti műtermékprobléma. A lelki jelenséget írjuk-e le vagy a róla kapott ismereteinket? A metapszichológia igazolja-e a psi-

chológiát? Egyáltalán, vannak-e önmagukban is megálló meta-pszichológiai igazságaink? Vagy még mindig *Bühler* álláspontja érvényes, 1926-ból: „pszichológia nincsen, csak pszichológiák vannak!”

Egyáltalán a pszichológia mint tárgyszint — önmagában is problematikus. Végül is a lelki jelenségek közül csak a viselkedés ragadható meg közvetlenül a mai metodikákkal. A mögöttes terület néma és sötét. Egyszerűbb vagy rafináltabb visszakövetkeztető módszereink meglehetősen bizonytalan és ellentmondó ismeretekkel szolgálnak, attól is függően, hogy milyen gondolkodási struktúrában — milyen metaszintről — közelítjük meg a jelenséget. Ezért virágozhatnak a különböző „izmusok” és elméletek. Visszakövetkeztető információs csatornáink: biokémiai, bioelektromos és vegetatív történések, a művileg megkonstruált tesztek és a verbális közlés, ha úgy tetszik, a „vallomás”, a százszor elátkozott introspekció. Mindez sokértelmű, vagyis értelmezésre szorul az értelmező metaszintjének megfelelően. A kör bezárt.

7. Vajon mit gondol a pszichológus az ő „metafejében” a természetéről és a társadalomról, amikor Janus-arcú „tárgyát”, az embert nézegeti? Elmormolja a kötelező varázsigét: „Egyszersmind biológiai és társadalmi lény” — no de mit gondol e kettősségről? Ez ügyben talán egyedül *Freud* nyilatkozott egyértelműen, amikor az alapvető humán konfliktust az Ösztön-Én és a Felettes-Én, a biológiai és a társadalmi elem küzdelmében véli megtalálni, amikor is a társadalmi elem győzelméért nem kevés civilizatorikus reznigációval fizet az ember.

*Zsolnai* tengernyi irodalom alapján ragyogóan egyszerű sémában foglalja össze a különböző „ideológiák” természet- és társadalomképét a 27. oldalon.

Így a közzgazdász. Aki szerint egyik felfogás sem áll meg önmagában. Mit vall minderről „a” pszichológus? S kell-e vallania valamit?

Ideológia	Természetkép	Társadalomideál
vállalkozói	kimeríthetetlen anyag- és energiaforrás	„nyílt” = egyéni érdekek megvalósításából születik a „közjó”
bürokratikus	legyőzendő ellenfél	„hierarchikus” = központosított hatalom irányít
egalitárius	partner	„méltányos” = kollektív altruizmus, amikor az egyén alárendelt a közösségnek, a közösség feladata az egyén jólétének biztosítása

8. Jó, hát akkor valljon a tudományáról, amely, mint tudjuk, természet- és társadalomtudomány egyszerre. Ámde úgy tűnik, mintha módszertanilag szívesebben közeledne a természettudományhoz, amennyiben nem szívesen alkalmaz értékítéleteket, nemcsak az experimentális kutató vagy a klinikus, de még a művészetpszichológus vagy a szociálpszichológus sem. Illetve a dolog nem is a szándékon múlik, hanem azon, hogy a pszichológianak talán nincsen értékmérő lehetősége. Egy zseniális művészetpszichológus egy napon talán rekonstruálni tudja egy vers keletkezésének alkotáslélektani folyamatát, azonban pszichológiai bázisról mit se mondhat arról, hogy a vers jó-e vagy rossz? Egy pofon vagy egy simogatás a pszichológia számára kétfajta cselekvés, amelyeknek feltárhatja szerveződését, motivációs fázisait egészen a kivitelezésig, de itt megáll a tudomány. Nem így a valódi társadalomtudományt művelő jogász, akit éppen a tudománya szerel fel értékmérő lehetőséggel és módszerekkel. Pofon! Gyerek kapta? Lehet ifjúság elleni büntett. Felnőtt? Könnyű testi

sértés. Nyilvános helyen csattant el? Akkor garázdaság. Rendőrnek adták? Hatóság elleni erőszak. Politikusnak? Lázítás. A pszichológus csak ámul az értékelő ítéletek eme burjánzásán a nyomorult egy szem pofon körül. Ő nem tud ilyet.

9. Ámde *Zsolnai* megfosztja saját tudományát, a közgazdaságtant az értékítélet-mentesség illúziójától, amikor azt állítja, hogy minden percepció már értékelő elemet is hordoz magában. Az értékelés abból a tényből fakad, hogy az értékelő maga is része annak a struktúrának, amelynek történéseit percipálja, például a társadalomnak. Értékeléstől mentes percepcióra csak egy struktúrán kívüli tény, mondjuk egy isten lenne képes. Akkor már viszont rokonszenvesebb az értékmérő funkció nyílt vállalása.

Úgy tűnik, hogy az értékítéletek nélküli pszichológia is a vágyfantáziák birodalmába tartozik, hiába tekint a pszichológus rajongással a „valódi” és komoly „értékmentes” természettudományokra. Mert hát miféle értékítéleteket mondhat például egy fizikus a mechanikai, optikai vagy elektromos jelenségekről? Viszont nyilván minden pszichoterápiás vagy neveléslélektani folyamat értékek — legfeljebb titkolt értékek — elérésének irányába tart. Érték az egészség, a személyiség kiteljesedése, harmóniája, adaptáltsága; érték a kreativitás, a magas intelligenciahányados, a fejlett készségek és képességek és még sok minden. Rendben van, vállaljuk nyíltan értékeinket. Csakhogy e vállalásból újabb bajok sorjáznak elő.

10. Az első baj az, hogy ezeket az értékeket nem a pszichológia termelte ki magából, hiszen ha a pszichológia értékmérő lehetőségein még lehet is vitatkozni, de értékképző funkciója egészen bizonyosan nincsen. Idegen tudományokból, változékony társadalmi normatívákból asszimilált, sőt sokszor nem is asszimilált, hanem idegen testként betokosított értékek ezek a pszichológia organizmusában. A pszichológia értékorientáltsága ugyanis attól függ, hogy éppen kinek az „ancillája”. Mondjuk: „Psychologia est ancilla medicinae!” Ebben a pillanatban érték lesz számára az

orvosi-pszichiátria értelemben vett egészség. Mondjuk: „A pszichológia a pedagógia szolgálólánya!” Értékké válik a szorgalom, a jó verbalitás, az aktivitás; ha a pedagógusi hivatásra vágyakozókat szelektálja, akkor az érzelemgazdagság, az empátia. Ám azonnal másfajta értékek képződnek, ha egy antiterrorista kommandó tagjait vizsgálja. Akkor értékké válhat a hideg agresszivitás, sőt kedvezőbb, ha az ember empátia nélkül ereszt néhány sorozatot mások testébe. Megint más lesz a helyzet, ha arról van szó, hogy ki válik be karthauzi szerzetesnek vagy a nemzetközi kereskedelemben üzletkötőnek. Hol vannak hát a pszichológia saját értékei?

A második baj az, hogy ezeken az átvett értékeken mindenki mást ért. A látszólag azonos értelemben használt fogalmak tartalma és terjedelme merőben eltérő, sőt ellentétes lehet, attól függően, hogy kinek a szájából hangzanak el.

11. Ilyen zűrzavar figyelhető meg az adaptáltság, a beilleszkedés fogalma körül. Addig még egységes a bólogatás pedagógus, szociológus és bármely „izmushívó” pszichológus között, ha azt állítjuk, hogy mindenféle emberi együttéléshez a szociális adaptáció bizonyos minimuma szükséges. Hol csúszik el az adaptáltság, a beilleszkedés értelmezése némely fejekben valamilyen adaptációs maximum, totális beilleszkedettség felé? Merthogy a nevelési és társadalmi gyakorlatban bizony elcsúszik. E torzulat fényében a konfliktus például negatívumnak, sőt kóros jelenségnek tűnhet, amit gyógyítani kell. Honnan kerül elő a minden helyzetbe és környezetbe konfliktusmentesen illeszkedő ember és gyerek ideálja? Mert közismerten ritka holló az a pedagógus-pszichológus szakember, aki ne aggodalommal konstatálná, ha valakinek konfliktusai vannak a családjában, a munkahelyén, a tanáraival, a társaival. Márpedig, mint köztudott, a karakter éppen a konfliktusokon keresztül kovácsolódik ki. Generalizáltan konfliktusmentes beilleszkedésre csak jellemhibás konformista képes. Ne-

hogy már ez legyen a társadalmilag és pedagógiailag jutalmazott magatartás! No nem a frazeológiában, hanem a valóságban.

Itt már teljes az értékszavar, mert a konfliktusmentes beilleszkedés mint érték megsemmisíti a kreativitást, amit ugyancsak pszichológiai, pedagógiai, egyszóval társadalmi értéként ismerünk el. A konfliktusmentes beilleszkedőnek — Pangloss mesterről van szó a minden lehető világok legjobbjában — ugyan mitől lenne bármiféle indítéka valami új, valami jobb keresésére. Minden kreatív készítés kiindulópontja a lázadó elégedetlenség, a tudományban, a művészetben, a politikában egyaránt. Jól látja ezt a folyamatot *Füst Milán*, amikor azt bizonyítja, hogy a művészi alkotás a teremtéssel való elégedetlenség indulatával kezdődik és az „ilyennek kellene lennie” látomásával folytatódik, amikor is a művész „kijavítja” a világot. Indulat látomás nélkül — destrukció!

Látomás indulat nélkül — impotencia. Az elfojtott elégedetlenkedő indulat ugyancsak szükségképpen destruktivitásba fordul. A nevelési és társadalmi feladat éppen az, hogy ez az indulat az egyén konstruktivitását fűtse fel. Sajnos, a kreatív ember nem jól adaptált. Villon sem volt az, Ady sem, Dózsa sem, Lenin élete is tele van konfliktusokkal. Galilei, Darwin és Freud körül valós és szellemi máglyák lobogtak. Mihez kezd mindezzel az indulatlanná herélt eunuch emberideál? Esetlen próbálkozás a retrospektív kritika, a múlt bátor és harcoss bírálatainak forszírozása. A valódi kreativitás ezzel nem éri be, ha nincs lehetősége vitába szállni a jelen tévedéseivel, a ma glóriázott ostoba fejekkel.

12. A demokrácia félreértése. A demokrácia aureolája ugyanis csak addig ragyog, ameddig politikai fogalomként, politikai értéként kezeljük. A művészetben és a tudományban például butaság demokráciát követelni. A művészet és a tudomány megdöntetlen. A tudományos igazságot nem szótöbbséggel döntik el. Volt idő, amikor Kopernikust abszolút többséggel leszavazták, igaza mégis neki volt, egyedül, szemben a tudósok és ideológusok



közvéleményével. Egy fizikai probléma eldöntésekor hatvanezer átlagos fizikatanár állásfoglalása nem ér többet Einstein szavazatánál. Bartók és Ady túléltek leszavazásukat. Marx is.

13. Még nagyobb ellentmondások kavarognak a pszichológia egyik legnagyobb értékeként kezelt lelki egészség felfogása és értelmezése körül. Az egészség, a „normalitás” statisztikai megközelítésének lehetősége ugyanis igen hamar kifulladásra kerül, amikor már nem műszeresen regisztrálható elemi funkciókról vagy teljesítményekben mérhető lelki jelenségekről van szó. Ahol már nem lehet standardhoz viszonyítani — azaz mai módszertani tudásunk nem ad lehetőséget a kvantifikálásra —, ott a statisztikai egészségnorma határa. Hogyan viselkedik a lelkileg egészséges ember, ha élete nagy szerelme elhagyja? A pszichológusnak nem tetszenek a szélsőséges reagálások, kórosnak tartja, ha felakasztja magát, szeretetképtelen pszichopatának nyilvánítja, ha fütyörészve új partner keresésére indul. Hogy kell egészségesen reagálni szerelmi csalódások, ideálvesztések, egzisztenciális tönkremenések, csonkulások vagy halálos betegségek, világnézeti krízisek esetén? Netán úgy, ahogy az emberek többsége viselkedik? Melyik történelmi korszakban? Melyik kultúrában és szubkultúrában? Hogy viselkedik az emberek többsége Adolf Hitler Harmadik Birodalmában? Ez lenne az egészség? A homoszexualitás bűncselekmény-e, betegség-e vagy az erotikus vonzódás egyik lehetséges variációja? Melyik kultúra ítélete a mérvadó? A kizsákmányoló gazember-e vagy impozáns vállalkozó? Honi normáimmal deviáns vagyok a bráhmínok között, ők pedig ugyancsak azok a „B-közép” szurkolói táborában. Azzal a viselkedésmóddal, amivel jól beilleszkedem színészek közé, megbotránkoztatást keltek egy tantestületben. Vagyis a személyiség, a karakter, az erkölcsi-társadalmi magatartás vonatkozásában nem állítható elő statisztikai standard.

Marad tehát a társadalmi vagy szakmai konvenció. És ez már metapszichológia a javából. Íme egy eléggé népszerű lelki egészségről szóló „megegyezés”. Nevezzük A modellnek.

— A képességeknek megfelelő teljesítmény

— Az életörömrre való nyitottság

— A szociális beilleszkedés

Nem rossz, sőt használható. Beilleszthető bármelyik kommersz nosológia alapján az egész pszichopatológia a neurotikus teljesítménygátlástól a depresszió és a pszichózisokon át a deviációkig. Sőt, az ember rokonszenvét még az is fokozza, hogy nem szorítja túl szűk keretek közé az emberi viselkedés végtelen számú, de még mindig normális variációit, teret ad a gondolkodásbeli és viselkedési alternatíváknak, vagyis nem stigmatizál patológusként értékelve minden olyan magatartást és életvezetési stílust, ami eltér a nyárspolgári ideáloktól. Ez lenne tehát a pszichés egészség? *Füst Milán* szavaival: „Lehet mondani.” Csakhogy ő azt is hozzáteszi, hogy ennél megvetőbb minősítést nem ismer a tudomány. Igen, ezt is lehet mondani. Meg mást is.

Játékképpen bemutatnék még néhány egészségmodellt, nem titkolva, hogy intézmények és vállalatok „egészséges” működésének közgazdasági modelljeit adaptáltam a pszichológia fogalomrendszeréhez.

B modell:

— Adaptivitás

— Az áttekintésre való képesség (önmaga és a környezet megértése)

— A pszichés működések stabilitása

— A produktivitás (a belső lehetőségek kibontakoztatása)

C modell:

— A személyiség autonómiája

— Cselekvés az értékekre, saját pszichés nyereségére orientált. (Közel van Csernisevszkij „értelmes egoizmusához”)

— Kockázatvállalás döntések és választások esetén

— Funkcióképesség valóságos élethelyzetekben. (A pszichoterápiás csoport ebből a szempontból steril helyzetnek tekintendő)

D modell:

- A szükségletek kielégítése
- Célok és értékek megvalósítása
- Együttműködésre való képesség

E modell:

- A formális és a szubsztantív,
- a célracionális és az értékrationális,
- az egoista és az altruista cselekvés egyensúlya.

Az E modell megértéséhez némi fogalmi tisztázás szükséges. Érdemes elvégezni, mert talán ez a modell a legérdekesebb.

14. Az E modell kategóriái, avagy a közgazdaságtan segítségével a cselekvés lélektani értelmezéséhez.

*Polányi* különböztet meg formális és szubsztantív gazdálkodást. Ennek analógiájára a formális cselekvés a rendelkezésre álló meghatározott lehetőségek közötti választásra korlátozódik; míg a szubsztantív cselekvés a környezettel való olyan produktív együttműködést tételez fel, amely megteremti az egyén pszichés szükségleteinek kielégítési módját.

*Max Weber* szerint a célracionális cselekvés a környezet várható reakcióját eszközül használja fel az egyéni célok elérése érdekében. Értékrationális a cselekvés akkor, ha a cselekvést valamilyen előre elfogadott érték — legyen az vallási, etikai, intellektuális, egzisztenciális stb. — határozza meg. Még pontosabban az értékbe vetett hit a cselekvés motiválója. Ebben az esetben a cselekvés függetlenül attól, hogy eredménye az egyén sorsalakulása szempontjából objektíve hasznos-e, a sikert, a szubjektív pszichés nyereséget az érték képviselője jelenti.

Az egoizmus és az altruizmus *MacCrimmon* és *Messick* által kidolgozott, ám némileg „pszichologizált” fogalma, illetve az ebből fakadó fogalomrendszer a következőképpen alakulna:

I. alaphelyzet: Az egyén elsősorban önmagára figyel

a) egoizmus = cselekvésével saját előnyét növeli

b) lemondás = cselekvésével a saját előnyét csökkenti

II. alaphelyzet: az egyén elsősorban partnereire figyel

c) altruizmus = cselekvésével a partner előnyét növeli

d) agresszivitás = cselekvésével a partner előnyét csökkenti

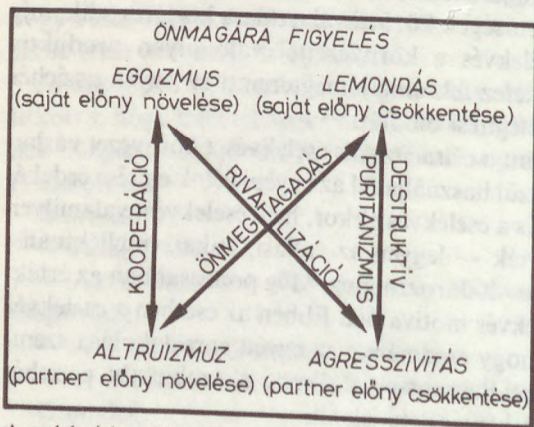
III. alaphelyzet: az egyén önmagára és partnereire is figyel

e) kooperáció = cselekvésével a saját és a partner előnyét növeli

f) rivalizáció = cselekvésével a saját előnyét növeli a partner rovására, akinek előnye csökken.

Ezek szerint a kooperáció = egoizmus + altruizmus; a rivalizáció = egoizmus + agresszivitás.

Eddig a modell közgazdaságtani alapja. Pszichológiai szempontból azonban a cselekvéskombinációk modellje teljesebbé tehető az alábbi ábra szerint:



A cselekvéskombinációk modellje

Mármost Zsolnai „valóságos gazdasági rendszerre” vonatkozó megfogalmazását „pszichologizálva”:

„Kimondható, hogy egyetlen egészséges pszichés organizmus sem működhet kizárólag formális, célracionális, egoista cselekvések alapján, és a szubsztantív, értékracionális, altruista cselekvések részaránya egyetlen egészséges pszichikumban sem lehet zérus.”

S ha valahol mégis zérus mutatkozna? Az ilyen embernek nincsen helye a társadalomban, hanem vagy a társadalom fölé emelkedik, vagy alája zuhan: szent lesz belőle vagy a szó tág értelmében bűnöző.

15. S ha már a statisztikai metodikák szóba kerültek, először is fejet kell hajtani ama módszertani kincshalmaz előtt, amellyel a matematikai statisztika ajándékozta meg a pszichológiai kutatást. Az már más kérdés, hogy a szünni nem akaró kisebbségi érzések által gyötört pszichológia ott is erőlteti a kvantifikálást, ahol ez még nem lehetséges — gyakran összetévesztve a megszámlálást a méréssel —, és a matematikai statisztikai módszerek akár öncélú „bevetését” a metodikai korszerűség nélkülözhetetlen követelményének tartja. Más szóval a kvalitatív elemzést megfosztja az „egzaktság”, vagyis a tudományosság rangjától. Ennek a szemléletnek számos, metapszichológiai tarthatatlan következménye van.

Egyrészt devalválja a kazuisztikát mint a tudományos megismerés egyik lehetséges eszközét. Megint egy ismeretelméleti félértéssel állunk szemben. Egy felfedezés ugyanis nem az összegyűjtött adathalmaztól igaz. Ha egyszer legurítok egy golyót a lejtőn, a jelenség elméletileg hordozza a lejtőn való gyorsulás valamennyi törvényét. Az már a megismerő szubjektum képességeinek korlátaiból fakad, hogy csak sok ezer ismételt, „feltételváltoztató” kísérlet nyomán dereng fel neki a törvény. Elvileg egyetlen szki-zofrén ember megfigyeléséből és megértéséből absztrahálható minden, ami e kórformában törvényszerű, mint ahogy *Piaget* három saját gyermekének megfigyeléséből tudományos hitelességű fejlődéslélektant alkotott. Egy felfedezés igazságát nem lehet

azzal az érveléssel vitatni, hogy kevés a vizsgálat elemszáma. Egy is elég lehet. Százezer is kevésnek bizonyulhat.

Másrészt fel kell tűnnie, hogy még senki sem bizonyította reprezentatív mintán azt, hogy mi történik, ha egy magasrendű emlős szívéét, agyát vagy máját eltávolítják. A következmény ugyanis belátható. A matematikai statisztika nagy missziója a pszichológiában éppen az, hogy az áttekinthetetlenül nagy mennyiségű biológiai és társadalmi determináns halmazatból, egy adott problémával kapcsolatban, kiemeli azokat a tényezőket, amelyek között lényeges oksági összefüggés valószínűsíthető. Ilyen összefüggést valószínűsíthet mondjuk a szülői alkoholizmus és a gyermekkori kriminalitás között. A baj ott van, hogy a pszichológus — alássan köszönve a matematikus segítségét — itt megáll, abban a hiszemben, hogy felismert egy törvényt. Holott erről szó sincsen. A statisztika ugyanis semmit nem mond arról, hogy a valószínűsített törvényszerű összefüggés miben áll? Erre már csak funkcionális elemzés felelhet, ami mindig is nélkülözhetetlen módszere marad a pszichológia igazságkeresésének. Mind ezt különben sokkal érdekesebben mondja el *Levin* az arisztotelészi és a *Galilei*-féle gondolkodásmódot elemezve. Érthetetlen, hogy miért maradt pusztába kiáltott szó! Ám az maradt *Lukács György* figyelmeztetése is: „... Szükség lenne már a matematikai ész kritikájára, mivel gyakori, hogy a matematikai formulák eltakarják, sőt egyenesen meg is akadályozzák a valódi jelenségek reális értelmezését.”

*Fraisse* is hiába élcelődött arról a „kutatóról”, aki mintát vesz egy nemzetközi pályaudvar WC-jéből, s úgy véli, hogy az európai ember átlagvizetét tartja a kezében.

Harmadrészt mindennek további kínos következménye, hogy kialakulnak a pszichológiai kutatás vakfoltjai. A kutató pszichológust ugyanis — saját jól felfogott érdekében — csak a mérhető lelki jelenségek érdeklik. Cikket, könyvet akar írni, tudományos fokozatot akar szerezni, de már egyetemi diplomamunkák téma-

választásakor gyakran hangoztatott szempont a diákok részéről: „Kell, hogy számok legyenek benne!” Ez az oka annak, hogy amíg könyvtárnyi irodalom foglalkozik például a fáradás és a telítődés jelenségével — mivelhogy ezek teljesítményromlásokból, vegetatív funkcióváltozásokból mérhető —, addig évtizedekre visszamenően nemigen találni közleményt az unalomról. Skálákkal „mérjük” a szorongást, de nem foglalkozunk a gyávasággal mint karakterproblémával. Legalább összeszámolhatom a depresszió tüneteit, míg tünetegyüttes nem lesz belőle, írnak is róia eleget, de ki foglalkozik a szégyennel „tudományos alapon”? Ha pedig ami nem mérhető, az nem is létezik a tudományos kutatás számára, akkor egyre tágul és mélyül az experimentális alapkutatások és az alkalmazott pszichológiák közötti szakadék. Mert a klinikus, a pedagógiai pszichológus, a szociális segítő mindig az aluljáróban unatkozó, önmagával tehetetlen, szerelmes, csalódott, megalázott, életgyáva emberekkel találkozik. A választási lehetőség leszűkül: vagy megpróbálunk segíteni rajtuk kezdetleges, sokszor „tudománytalan” eszközeinkkel, vagy könyvtárnyi statisztikai adatot gyűjtünk a bűnözőkről, öngyilkosokról, alkoholistákról, drogosokról „felméréseink” útján, anélkül, hogy a számuk eggyel is csökkenne. Költői kérdés, hogy melyik út kedvezőbb a társadalmi haszon és az egyéni karrierépítés szempontjából?

16. S ha már eljutottam a kutatáshoz, nem tudok ellenállni annak az újabb kísértésnek, hogy *Kornainak* azokat a megállapításait, amelyeket a túlságosan központosított irányítású vállalatok működési mechanizmusával kapcsolatosan tesz, idézzem itt, de adaptáljam a tudományos kutatás, illetve a tudományos kutatással foglalkozó intézmények világára, remélhetőleg, csak a látókörömbé eső területre való érvényességgel. Íme:

a) A kutatás zöme központi mecenatúrától függ (MTA, szakminisztériumok stb.).

b) A kutatót és a mecénást elsősorban nem az eredmény érdekli, hanem a „jelentés” és a tudományszervezési, tudománypolitikai nexus.

c) A jelentésben az elvégzett munka mennyiségi mutatói a döntőek. A jelentés legfontosabb eleme az adathalmazgyártás lesz.

d) A siker dicsősége és a kudarc felelőssége személytelenedik, megoszlik az intézet és a mecénás-hivatal vagy bizottság között.

e) A kutatás továbbélése nem függ az eredménytől. A kudarc bevállása nem érdeke sem a kutatónak, sem a mecénásnak.

f) Kutatási pénz pénzt vonz. A mecénás oda investál legszívesebben, ahová már pénzt fektetett be. Ez elősegíti kiváltságos „műhelyek” és tudományos monopóliumok kialakulását.

g) A kutatás bürokratizálódik, a támogató apparátustól válik függővé, hogy további pénzeket kapjon. Ennek érdekében esetleg korrumpálódhat, de mindenképpen hajlamos a „tupírozásra”. (Pl. látványos ankétokat, „tanácskozásokat” rendez, nagy tömegű kiadványt bocsát ki, tanulmányokat „vásárol” stb.)

h) A kutatás irányításában nem a kutató jut előnyökhöz, hanem az önmagát és intézetét jól reprezentáló bürokrata menedzser.

i) A kutató lassan érzéketlenné válik a gyakorlati hasznosság iránt.

j) A kutató igazi ellensége nem a kudarc, hanem a rivális másik kutató. Ezért halmozni akarja a rendelkezésre álló eszközöket, szervezetileg expanzívvá válik, egyre több műhelyt próbál a saját irányítása alá vonni, ha nem sikerül, munkájukat devalválni igyekszik.

k) A kutató pénze mindig kevés. Ezért — munkájában nem a valóság igényeihez, hanem a mecénás elvárásaihoz és az anyagilag „szűk keresztmetszetekhez” alkalmazkodik;



— pótforrásokat, újabb mecénásokat keres, akiknek igényeihez megint csak alkalmazkodnia kell, legalábbis megfelelő jelentések formájában.

17. *Péter Rózsa*, a híres matematikus egyszer elmesélte pályafutásának kezdetét. Tulajdonképpen pszichológusnak készült. Egy ízben azonban betévedt *Kalmár* professzor halmazelméleti előadására. *Kalmár* azt a kérdést fejtegette, hogyan lehet egy halmazat minden tagjához egyszerre közeledni? Ha messziről közeledünk a halmazat felé. *Péter Rózsa* felsikított: Hiszen ez tiszta pszichológia! Az emberekkel is csak úgy lehet jóban lenni, ha távolságot tartunk! És elment matematikusnak. Így jártam én is a közgazdászokkal. Megakadt a szemem *Zsolnai László*: Mit ér az ökonómia, ha magyar? című könyvecskéjén, mert zavart a cím ritmustörése. Elolvastam — átugorva a matematikai részeket — és felkiáltottam: Hiszen ez tiszta pszichológia! És így jártam *Kornaival*, *Liskával* is. A kétharmadát nem értettem, de amit megértettem belőle — a közgazdasági gondolkodásmód —, az arra inspirált, hogy — bár ma már nem megyek el közgazdásznak — asszociálni kezdjek saját szakmám szorító kérdéseire. Kísérletképpen írtam le ezeknek az asszociációknak egy töredékét, a többin még elspekulálgatok. Remélem, *Zsolnai* nem tart ezért plagizátornak, én csak megköszönni tudom a szellemi örömet, amit könyve jelentett.

## KIS CSOPORTOK DINAMIKUS STRUKTÚRÁJA

P. Liebermann Lucy

A Budapesti Orvostudományi Egyetem I. sz. Gyermekklinikáján hosszabb idő óta kísérletezünk sajátos csoportterápia módszerrel. Erről a módszerről két közlemény és egy kongresszusi előadás jelent meg. Az általunk kialakított technikának sok rokon vonása van *Bowlbynak* a házassági tanácsadásban alkalmazott módszerével — bár tőle teljesen függetlenül, korábban és egyéb megfontolások alapján alakítottuk ki azt. Csoportterápiás módszerünk közvetlenül a nevelési tanácsadó munka tapasztalataira és az abból leszűrhető elméleti megfontolásokra épült, ti. arra az általános érvényű gyermekgyógyászati és nevelési tanácsadó tapasztalatra, hogy magatartási vagy akár egyéb betegségben szenvedő gyermek gyógykezélése lehetetlen a szülők, felnőttek kooperációja nélkül. Fokozott mértékben áll ez a tétel, ha magatartási, emocionális eredetű panaszról van szó —, miután a gyermek élettani és pszichológiai kialakulatlansága, hosszú gyermekora miatt gyakorlati, érzelmi és jogi tekintetben is függő helyzetben élő lény. Ezért megnyilvánulásait értelmetlen elszigetelten, mintegy önmagából kiinduló módon mérlegelni és megítélni; feltétlenül szükséges a gyermeket közvetlen környezetével együtt, az azzal való összefüggésének rendszerében megfigyelni és a felmerülő jelenségeket ebben az összefüggésben értékelni. Miután a személyiség kialakulásában első és legfontosabb kondicionáló tényező az anya—gyermek kapcsolat, régi nevelési tanácsadó tapasztá-

lat, hogy a gyermek magatartási panaszainak megoldásában szükséges az anya személyével való foglalkozás — azaz, az anya pszichoterápiája is. Ezt általában úgy igyekeztek megoldani, hogy az anyával egyénileg foglalkoztak (mégpedig ugyanaz a személy, aki a gyereket kezelte vagy másvalaki); megkísérelték ezt oly módon is (és ez nyugati országokban általánosan elfogadott szokás), hogy magatartási panaszokkal küszködő gyermekek anyját hasonló problémájú asszonyokból álló terápiás csoportban kezelik. Miután klinikai tapasztalataink során azt láttuk, hogy a gyermek panaszában nemcsak az anya, hanem igen gyakran az apa, egy másik testvér, esetleg a nagyanya is döntő szerepet játszik, és a panasz kiváltásában és fenntartásában szerepel az egész családi környezet és az abban megnyilvánuló erőviszonyok, amelyek a család dinamikus struktúráját meghatározzák, felmerült annak szükségessége, hogy a kezelés során az alapvető családi konstellációt kell a gyermek kedvezőbb alkalmazkodási lehetősége érdekében befolyásolnunk. Azaz, a következő logikai lépés az volt, hogy meg kell kísérelni a családi csoport terápiáját.

Tehát olyan csoportot, amelyben az összes, a gyermek konfliktusában érdekelt egyének együtt vannak.

Ez a módszer rendkívül érdekes elméleti problémákat is felvetett.

Ezek egy része az általános csoportterápiára vonatkozik. Egyéb, sokkalta fontosabb problémák, amelyek ebből a módszerből közvetlenül következnek, az egyének a csoportban megnyilvánuló magatartási sajátosságaira és az ezeket a megnyilvánulásokat determináló tényezőkre vonatkoznak.

Gyermekekkel folytatott pszichoterápia során igen sokféle tapasztalatot gyűjtöttünk az egyének egyéni kezelési helyzetben vagy csoportterápiás keretben felmerülő eltérő magatartási sajátosságaira vonatkozóan. Sokféle magatartási probléma megoldására alkalmaztunk csoportterápiát. Különböző csoportformákkal kísérleteztünk munkánk során. Mindezen kísérletből egy általán-

nos érvényű tanulságot sikerült levonni: ez pedig, hogy minden egyénnek alapvetően megváltozik a magatartása, ha a csoport kettőnél több személyből áll. Csoporton *Bion* által meghatározott alakulatot értünk, akinek a csoportok szerkezetére vonatkozó elméleti konklúzióit saját munkánk megerősítette. Munkánk során, amely igen behatóan foglalkozott a személyek közötti kapcsolatok kialakulásának genezisével, azt találtuk, hogy az ember alap-csoporttípusa az első kétszemélyes csoport, az anya—gyermek kapcsolat dinamikus sztereotípe szerint alakul. Jelen tanulmányomban nem kívánok részletesen kitérni az anya—gyermek kapcsolatot meghatározó tényezők taglalására; csupán utalni kívánok néhány tényezőre, amely azt meghatározza: elsősorban az anya személyiségstruktúrájára és az egyes gyermeknek az anya életében való helyére, érzelmi szerepére és érzelmi jelentőségére. De munkánk során minden esetben kivétel nélkül azt tapasztaltuk, hogy az alapvető kétszemélyes kapcsolat — az anya—gyermek kapcsolat szerkezetének döntő befolyása volt a magatartási panasz tartalmára és struktúrájának kialakulására, a gyermeknek a családi közösségben elfoglalt helyzetére és más emberekhez való kapcsolatainak kiépítésére.

Hangsúlyozni kívánom, hogy minden egyén életében többé-kevésbé széles skálájú eltérés van a tudatos, az egyén által elfogadott magatartási mértékek és a többé-kevésbé öntudatlan magatartási és cselekvési síkon jelentkező megnyilvánulások között. A gondolkodás, az összes intellektuális funkciók, amelyek a pavlovi terminológia szerint a második jelzőrendszer területére tartoznak (ugyanezeket a megnyilvánulásokat a nyugati pszichológiai iskolák a tudatos én ellenőrzése alatt állónak tekintik), kortikális ellenőrzés alatt állanak, kivéve intenzív érzelmi állapotban. A magatartást, tágabb értelemben a cselekvést, magatartási sémák vezérlik, amelyeket a szovjet pszichológiában dinamikus sztereotípek, a nyugati pszichológiában „pattern”-nek neveznek. Miután az emberi magatartás és cselekvés kondicionált reflexre épü-

lő struktúrát jelent, és ezek automatikusan játszódnak le, mindkét szemléleti módból természetesen következik az a tény, hogy minden egyén cselekvési szférája csak részben tudatosan vezérelt. Ez a tény eredményezi a tudatosan vállalt magatartási ideálok és a cselekvés síkján jelentkező magatartásmódok és tendenciák közötti eltérést. A gondolkodás és a cselekvés közötti összefüggési rendszernek egyéni jellemzői vannak, ami divergenciához, esetleg kifejezett ellentétességhez is vezethet.

Pszichológiai diagnózis során, amikor megkíséreljük meghatározni vagy értékelni a beteg személyiségét és személyiségstruktúrájának sajátos jegyeit, valójában az egyén által kifejlesztett funkcionális módszer struktúráját igyekeztünk megérteni. A különféle pszichológiai iskolák, bár sokféle terminológiát, különféle értelmezési árnyalatokat és módszereket alkalmaznak, megegyeznek abban, hogy a személyiségstruktúrát a tudatos (elsődlegesen kortikális) és affektív (szubkortikális) személyiségrétegek integrálási módszerének sajátosságaival és a kialakított struktúra jellemzőinek segítségével igyekeznek meghatározni. Ennek a struktúrának speciális egyéni jegyeit sokféle tényező határozza meg: biológiai, szomatikus, energetikai, pszichológiai és kulturális tényezők. A személyiség magját jelentik azok a módszerek, amelyeket az egyén a külső és belső ingerek feldolgozása során, az élet során a tudati és érzelmi sémák integrációjára dolgozott ki és a cselekvési sémák, amelyek ezeken a struktúrákon alapulnak. Azonban ez a struktúra valójában egyetlen energiaegységet jelent, funkcionális sémát, tehát változó egységet — és változik is a belső és környező energetikai tényezők hatása alatt.

Miután az integráció mérve az egyén aktuális érzelmi szintjétől függ és aszerint változik, igen sokféle tudati és affektív koordinációs integrálási szint lehetséges minden egyén számára, minden életszakaszban. Ugyanez vonatkozik az egyéni fejlődésmenetre is, azaz a longitudinális fejlődésmenetre. Ezen sémák mindegyike sajátos élethelyzethez való alkalmazkodás során alakult ki és

annak a sajátos élethelyzetnek felel meg. Hasonló élethelyzetben az analóg integrációs séma a megfelelő érzelmi feszültség azonosága következtében felidéződik. Más terminológiával: a különféle élethelyzetek az egyénnek különböző funkcionális Gestalt információit idézik fel.

Mind az egyéni, mind a csoport-pszichoterápiának az a célja, hogy az egyénben a tudatos és affektív rétegek integrációjának koordinációs sémáját megváltoztassa és ezáltal új alapot teremtsen a funkcionális magatartás számára. Ez valójában egyértelmű a személyiségstruktúra alapvető és maradandó változásával, azaz az egyén személyi struktúrája „Gestalt”-jának változásával.

A személyiség struktúrája sokféle változást szenved az élet folyamán. Az élet korai szakaszában, a gyermekkorban a személyiség szubkortikális — azaz affektív — rétegei predominálnak. Tudatos és affektív reakciós sémák az élet folyamán fokozatosan fejlődnek ki, és vagy a cselekvés, vagy a magatartás útján külvilágból jövő kiváltó ingerek hatására rendeződnek. Ha a gyermeknek más személyekkel való kapcsolatai — főként ha az anya—gyermek kapcsolat kedvezőtlen és az affektív terhelés meghaladja az egyén toleranciájának határát, akkor regresszió jön létre, amely a személyiségfejlődés többé-kevésbé primitív fokának felel meg.

Úgy tűnik fel, hogy a tudati és affektív integráció egy bizonyos fokú, meghatározott szintje elválaszthatatlanul kapcsolódik egy olyan affektív intenzitásszinthez, amely egy meghatározott fejlődési fázist jellemez. Más szavakkal: minden fejlődési fázisnak más-más funkcionális „Gestalt”-formáció felel meg.

Egyéni pszichoterápia közben sokkal könnyebb az affektív intenzitási szintet irányítani, mint csoporthelyzetben, miután az affektusok megjelenését és lezajlásuk módját csak két személy egymásra hatása váltja ki. Ezek: a túlnyomórészt passzív terapeuta és az aktív beteg. Csoportterápia során az affektív reakciónak sokkal szélesebb skálája jelenik meg; ezek jellege, minősége és

színezete a csoportalkotó személyek személyiségstruktúrájától és azok sokrétű egymásra hatásától függenek. Ezenfelül, az egyénnek a csoportban való magatartását olyan tendenciák is jellemzik, amelyekkel egyéni terápia során, azaz kétszemélyes csoporthelyzetben ritkán vagy sohasem találkozunk.

Miután a csoporthelyzetben mindig nagyobb intenzitásúak az affektív megnyilvánulások, ezért minden csoportban természetes tendencia van regresszió létrejöttére. Ez ugyanakkor azt is jelenti, hogy a regresszió egyértelmű a személyiség tudatos réteghatárainak eltolódásával; azaz megváltozik az énhatár. Magas affektusokkal terhelt csoporthelyzetben az egyéni tudat határai elhomályosulnak és összeolvadásra hajlamosak. Ez magyarázza a csoporthelyzetekben manifesztálódó sokféle szuggesztív jelenséget, ugyanakkor amikor kedvez magas intenzitású affektusokkal telített új azonosítási módszerek kialakulásának is.

Mindezek következtében a csoporthelyzetnek legfontosabb jelleme a korai személyiségfejlődési fázisra való regresszió, ami egyértelmű a tudatszint csökkenésével és a cselekvési potencia növekedésével. Ez az oka annak a jelenségnek, hogy csoporthelyzetekben minden fontos, személyek közötti történés elsősorban a cselekvés és a magatartás síkján jelenik meg, nagyon hasonló módon, mint gyerekek játékterápiája esetében, amikor is a konfliktus anyagát a gyermekek közvetlenül dramatizált játék formájában jelenítik meg, ahelyett, hogy verbális módszerrel, tudati síkon fogalmaznák meg azt.

A regresszió szintjét a csoportrésztvevők személyiségstruktúrájának egymásra hatása és az aktuálisan felidézett és megtárgyalt affektív problémákban foglalt tendenciák szabják meg.

A családi csoportokkal folytatott csoportterápiás munkánk során néhány érdekes következtetésre jutottunk. Ezek a következők:

Az affektív befolyások csoporthelyzetben nem összegeződnek — hanem kifejezett hatványozódási tendenciájuk van. Ez gyors

kifejlésű, magas affektusokkal terhelt helyzeteket hoz létre. Ez viszont közvetlenül regressziós helyzeteket teremt — ami egyértelmű azzal a tétellel, hogy a csoportterápiás helyzetnek a regresszió domináns jegye és az egyének a csoportban való magatartása szükségszerűen regressziós szinten való cselekvés és magatartás.

A csoportban való regresszió egyértelmű a cselekvés túlsúlyával és az intellektuális jelenségek háttérébe szorulásával. Ebből a megállapításból néhány, csoporthelyzetek irányítására és értékelésére vonatkozó következtetés származik:

Magas affektusokkal telített csoporthelyzetben a csoportmegnyilvánulásmódok értékelése alapvető módon megváltozik. A megértésnek, tudatnak, tudati jelenségnek stb. másodlagos szerep jut, és a magatartás és cselekvés játssza a főszerepet. Ebből az következik, hogy a csoportterápia során nem annyira a tudatos megnyilvánulások és reakciómódok feldolgozásán és értelmezésén van a hangsúly, hanem elsősorban a csoportrésztvevők cselekedetei és magatartása képezik az értelmezés, megbeszélés (tudatosítás) tárgyát. Ha az egész csoport magatartását és az egyes résztvevőknek a csoportban való szereplését elemezzük, megdöbrentő felfedezést tehetünk: az egész csoport úgy viselkedik, mint ha egyetlen személy lenne. Különleges csoportkohézió alakul ki, csoportöntudattal és a kívülről jövő ingerekkel szemben egységes, a csoporttudat által meghatározott elutasítási módszerekkel.

A családi csoport struktúrája rendkívül érdekes adatokat szolgáltat a csoportstruktúra tanulmányozására, miután meghatározott szerkezete által a csoportstruktúra lehetőségei világosan kirajzolódnak.

A családi csoportterápia során általában a *Bion* által „vezető köré centrált” csoportforma jön létre. A csoport közös szintje az összes résztvevőben az anya—gyermek kapcsolat egyéni szintjének megfelelő módon regrediál. Ebben a regressziós helyzetben az anya—gyermek kapcsolat a közös nevezője a csoportrésztvevők magatartásának; bár ennek a magatartásnak egyéni variációi



vannak az egyének tapasztalatai szerint, mégis, az egész csoport mindvégig egységesen mint egyetlen egyén viselkedik.

Ezen csoportterápiás munka során a csoportvezető az egyéneknek egyéni tapasztalataiknak megfelelő reprezentáló személlyé válik; legtöbbször a saját emlékének megfelelő anyát jelképezi, és ily módon a csoportban a felnőttek és a gyerekek vagy gyermek közötti reális korkülönbség és a belőle származó távolság elmosódik, és ezáltal lehetővé válik a felmerült érzelmi problémák azonos szinten való megbeszélése és tudatosítása.

## IRODALOM

- Ackermann, N. L.*, 1944, Dynamic Patterns in Group Psychotherapy. *Psychiatry* 7. 7341—348.
- Bender, L.*, Group Activities in a Children's Ward as methods of Psychotherapy. *Amer. J. Psychiat.* 93. 1151.
- Bowlby, J.*, 1951, The Aims and Methods Of Child Guidance. *Health Education*. Apr.
- Bion, W. R.*, 1950, Experiences In Groups I. *Human relations Vol I. No.3.*
- Bion, W. R.*, Experiences In Groups, II. *Human relations Vol I. No. 4.*
- Bion, W. R.*, Experiences In Groups, V. *Human relations Vol III. No. 1.*
- Bion, W. R.*, Experiences In Groups, VI. *Human relations Vol III. No. 4.*
- Bion, W. R.*, Experiences In Groups, VII. *Human relations Vol IV. No. 3.*
- Cartwright, D., Zander, A.*, 1953, *Group Dynamics, Research and Theory* Rower Petersen and Comp.
- Jones, M.*, 1946, Group Treatment with particular reference to Group Projection Methods. *Amer. J. Psychiat.* 101—296—99.
- Klapmann, J. W.*, 1959, *Group Psychotherapy Theory and Practice*. Bruce and Stratton New York, London.
- Leary, T., Coffey, H.*, 1957, The Prediction Of Interpersonal Behavior in Group Psychotherapy. *Group Psych.* th. 7. 751.
- Liebermann L.*, 1956, Csoportterápia a nevelési tanácsadásban. *Gyermekgyógyászat*. 10. 289—296.
- Liebermann, L.*, 1957, Joint Interview Technique, An Experiment in Group Therapy. *Brit. J. Med. Psych.* Vol. XXX. Part 3. 202—207.

---

Megjelent: MTA Pszichológiai Tanulmányok, IV., Akadémiai Kiadó, Budapest, 1962. 597—603.

## A GYÁSZ PSZICHOGÉN, SZOMATIKUS ÉS MAGATARTÁSBELI TŰNETEI GYERMEKKORBAN

Geiger Ágota

Gyakori orvosi megfigyelés, hogy gyermekek közeli hozzátartozójuk halálát követő időszakban organikus megalapozottság nélküli szomatikus tüneteket produkálnak. Az emócióknak a vegetatív idegrendszerre gyakorolt ismert hatása folytán a panaszok pszichogén eredete a modern orvos számára evidens. A „pszichogén” fogalma azonban túl általános, ezért indokoltnak találtuk konkrétabb — speciálisan a gyászállapatra jellemző — pszichogén mechanizmusok vizsgálatát és a létrejöttükben szerepet játszó pszichodinamikai tényezők feltárását.

Az I. sz. Gyermekklinikán részben osztályra, részben ambuláns vizsgálatra beutalt gyermekek közül huszonekét 4 és 14 év közötti gyermekkel végeztünk pszichológiai vizsgálatokat az egyik szülő halálát követő egy éven belüli időszakban. A 8 leány és 14 fiú közül 5 az édesanyját, 17 pedig az édesapját veszítette el. 18 gyermek különböző szomatikus panaszok, 4 pedig magatartási rendellenességek miatt került a klinikára.

A nagyobb gyermekeknél anamnézist, exploratiót, rajz- és álomelemzést, valamint projektív tesztvizsgálatokat (Rorschach-és Szondi-teszt) végeztünk, a kisebbeknél főleg játékdiagnosztikai módszereket alkalmaztunk.

A korban és tüneteiben igen vegyes gyermekanyag vizsgálata alapján a következő jellemző pszichogén jelenségek emelhetők ki:

A legáltalánosabb szimptóma: a depresszió mind a 22 esetben

kimutatható volt. A gyermekkori depresszió ritka jelenség. A különböző szerzők csak a későbbi depresszió alapkonzstellációit vélték felismerni a gyermekeknél.

*Karl Abraham* felnőttek pszichoanalízise alapján egy gyermekkorban fellépő „elsődleges parathímiát” ír le, mely szerinte a felnőttkori pszichotikus depressziós epizódok prototípusa.

*Melanie Klein* elmélete szerint minden csecsemő 6 és 12 hónapos kora között egy ún. „depressziós pozíción” megy keresztül, mely alapja lehet későbbi depresszióknak.

*René Spitz* és *Katherine Wolf* általuk „anaklytikus depresszió-nak” nevezett tünetet ismertettek olyan csecsemőknél, akik egy-éves korukig hosszabb időre elszakadtak anyjuktól.

Az általunk vizsgált kisebb gyermekeknél a felnőttkori depresszió jellemző tünetei, mint étvágytalanság, alvászavarok, pszichomotoros retardáció, nem mindig voltak fellelhetőek. A gyermekek némelyike látszólag közönyösen fogadja a halálesetet. A felnőttek gyakran panaszkodnak a gyermek „szívtelen” magatartására, arra, hogy éppen úgy szaladgál, játszik, mintha semmi sem történt volna. Ugyanakkor az álom- és játéktartalmak, valamint projekciós tesztek a háttérben álló, gyakran mély depresszióra engednek következtetni. A rajz- és álomtartalmakban elmagányosodás, szorongás, halálvágy tükröződik, s projektív tesztekben típusos depressziós tünetek találhatók. Nagyobb gyermekeknél már gyakoribbak az alvászavarok és a diszthímia.

Ami a depresszió pszichodinamikai jellemzőit illeti, azok megegyeznek a felnőttkori depressziós mechanizmusokkal, csak bizonyos kifejeződési módokban térnek el attól. Ilyen eltérés például — mint azt már *Paul Schilder* és *David Wechsler* is megállapította —, hogy a gyermek számára a halál reverzibilis folyamat. Számára a meghalt szülő csak elment és bármikor visszajöhet.

Példának felhozom egy 5 éves fiú és 4 éves kislány testvérpár beszélgetését 8 héttel apjuk halála után. A kislány telefonál apjának, mint ezt ezelőtt is tette, a

munkahelyére és hívja, hogy jöjjön haza. A kisfiú figyelmezteti: „A temetőbe telefonálj.”

A halál reverzibilis voltába vetett hit kisebb korban a gyermeki világrépre jellemző, nagyobb korban elhárítás a depresszió ellen; menekülés egy számára elviselhetetlen tény elől. Ugyanez vonatkozik arra a jelenségre is, amikor a gyermek határozottan állítja, hogy szülője nem halt meg, vagy ha meg is halt, fel fog támadni.

*Anna Freud* és *Dorothy Burlingham* a háború alatt apjukat elveszített gyermekeknél figyelték meg a haláleset letagadását és a feltámasztásba vetett hitet.

A gyermek mágikus szemléletmódja miatt saját gondolatainak varázserőt tulajdonít. Így — mint *Margaret Mahler* is megállapította — a gyermek élményvilágában a szülő ellen még életében táplált haragindulat és halálkívánság okozza annak a halálát, amit omnipotens hatalmának bizonyítékaként él át. Ugyanennek fordítottjaként tartja magát képesnek a feltámasztására is.

Mindkét folyamat mögött az elveszett szülővel való fantáziabeli reunio (újraegyesülés) vágya húzódik meg, ami a depresszió után a gyermeki gyász másik jellemzője.

A meghalt szülővel való identifikáció 16 esetben motiválta a gyermek reakcióit. Az azonosítás módja háromféle volt:

1. azonosítás magával a halálesettel,
2. a halált okozó betegséggel,
3. a szülő személyi tulajdonságaival.

Megjelenési formája a vizsgált esetekben hisztériás (tünetátvétele) vagy acting out (sziucidium, obesitas, manifeszt agresszió) jellegű volt, leggyakrabban azonban az újraegyesülésre vonatkozó vágyfantáziák szintjén maradt. (Az acting out fogalmát *Leopold Bellak* által leírt értelemben használjuk, amennyiben a gyermek viselkedése egyszerű tudattalan tartalmakat fejez ki, cselekvésben vezeti le frusztrációit.) Kétféle fantáziabeli sziucidium (baleset és éhhalál), valamint a haláleset fogadásának szép példája egy 7 éves kisfiú esete:

Apja autóbaleset során halt meg. A gyermek annak ellenére, hogy apját holtan látta, kijelenti, hogy él és kórházban van. Ugyanakkor elmeséli saját fantáziabeli motorbicikli-balesetét, melyben nekimegy egy fának és meghal. Ugyanez a gyermek játék közben rámutat a kisujjára és azt mondja: „Ha nem eszik az ember, ilyen kicsi lesz, azután egyre kisebb és ezután elfogy.”

A meghalt szülő betegségtüneteinek átvételére példa egy 4 éves kisfiú:

Apja ulkuszos volt és gyomorvérzésben halt meg. A gyermek hasi panaszok miatt került a klinikára. Hasfájása apja halála után egy héttel kezdődött. Az organikus vizsgálat eredménye negatív; a tünet természetéről áruklodik az egyéb vizsgálati anyagon kívül a gyermeknek egy közömbös arccal elejtett mondata is. Játék közben megkérdeztük tőle: „Szereted ezt a babát?” A váratlan válasz: „Élni szeretnék.”

A kisfiú úgy gondolta, hogy mivel neki is fáj a hasa — számára a has és a gyomor nem elkülöníthető szervek —, éppúgy meg kell halnia, mint apjának. A válaszban az apa utáni vágy, halálával való identifikáció és a halálfélelem ambivalenciája tükröződik.

A szülő személyi tulajdonságaival történő identifikáció vizsgálati anyagomban háromféle formában jelentkezett.

Az agresszív szülő iránti negatív indulatok és halálkívánság miatti büntudat mind a 4 magatartási panaszokkal beutalt fiúnál létrehozta az identifikációt az agresszorral. Ehhez az elhárító mechanizmushoz hozzájárult az apa szerepének átvételére irányuló vágy is. Ezek a fiúk az apa halála után agresszív zsarnokká váltak anyjukkal és testvéreikkel szemben, mindenben át akarták venni a férj és az apa szerepét. A másik identifikációs forma a meghalt szülő túlidealizálása volt. Ezek a gyermekek nem viselték el egy „rossz” szülővel való azonosítás élményét, mert akkor önmagukat is „rossznak” kellett volna tartaniuk. Ezért a szülő tulajdonságait ellenkező előjelűvé változtatták.

7 éves kislány példája. Anyja a gyermek születésétől várta rossz házassága megjavulását és mivel ebben a reményben csalódott, elfordult tőle. A gyermek

egyetlen érzelmi támasza iszákos és gyakran durva apja lett, aki a családból egyedül őhöz volt kedves. Amíg apja élt, anyja nem merte megverni, de állandóan hangoztatta, hogy mindenben éppen olyan, mint az apja. A kislány tehát már apja életében ambivalens identifikációs helyzetbe került: egy objektíve iszákos és durva, szubjektíve gyengéd és kedves apával azonosított. Halála után egyrészt továbbra is úgy beszélt róla, mintha élne, azt álmodta, hogy kiugrott a sírból és hazajött, másrészt többször fejezte ki halálvágyát, szeretne apja után menni. Ugyanakkor további elhárító mechanizmusként az apa személyének túlidealizálása indult meg (mindenkihez kedves és jó volt, jó férj volt, igazságos stb.), hogy az introjiciált (beépített) apakép önértékelését alá ne ássa.

A szülő tulajdonságaival történő identifikációs formák közül vizsgálati anyagomban meglepően nagy számban szerepelt az obesitas. Hat fiú kezdett el rohamosan hízni a szülő halála utáni időszakban, egy másik, addig kövér fiú pedig hirtelen fogyott. A polifágia a halálesetet követő időben valószínűleg a kielégítetlen szeretetigény miatti pótkielégülés szerepét töltötte be, de identifikáció jellege is kimutatható volt.

13 éves fiú példája. Apja alkoholista, csavargó és pénzügyekben megbízhatatlan volt. Kövérségét fia szerint mértéktelen táplálkozása és alkoholizmusa okozta. Halála után az identifikáció több jelenségben mutatkozik. A fiú csavarogni kezd, pénzt vesz ki anyja tárcájából, mértéktelenül kezd enni és főleg inni — egyelőre csak teát és tejet. A halálesetet követő 3 hónap alatt 6 kg-ot hizott.

Másik 12 éves fiúnak édesanyja halt meg, akivel igen szoros érzelmi kapcsolatban volt. A kövér anyával történt azonosítás kb. fél évvel halála után a nőies munkák és kedvtelések átvételében, valamint 7,5 kg-os hízásban nyilvánult meg. Itt az identifikáció az egész női nemre terjedt ki, a fiú a családban átvette a női szerepet.

Részletesebben szeretném ismertetni egy 14 éves fiú esetét, kiemelve a családi érzelmi kapcsolatok, identifikációk szerepét az anya halála előtt és az ezekben beállott változást az anya halála után.

A fiú erős anyakötöttségben élt, anyja kedvence volt. Apja saját bevallása szerint fia születése utáni időszakban sokat szenvedett attól, hogy felesége minden

gyengédségével a gyermek felé fordult. Érzelmi kielégítetlensége miatt a gyermeket hibáztatta, akivel a rivalizálás során igen rossz kapcsolatba került. A kisebbik, 12 éves fiú esetében az apa már nem mint rivális, hanem mint az anya—fiú kettős ellen érzelmi szövetségest kereső lépett fel és igen pozitív kapcsolatot épített ki vele. A nagyobbik fiú kövér volt, mint az anyja, a kisebbik sovány, mint az apja.

Az anya halála után a nagyobbik fiú súlyos depresszióba esett, de jó étvágya megmaradt, súlyvesztés nem állt be. A klinikára régebbi szívpanaszok kivizsgálása miatt került. A negatív eredményű vizsgálat után a fiú hazament, és két hónappal később kontrollvizsgálatra jött újra, amikor a család megváltozott emocionális helyzetéről szereztünk tudomást. A nagyobbik fiú és az apa között — nyilván az anya halála folytán megszűnt rivalizálás következtében — szoros, sőt, ha ennek ágybabújás és általában testi kedveskedésekben megnyilvánuló jellegét tekintjük, túl szoros érzelmi kapcsolat létesült, melynek során az anya-identifikáció apa-identifikációvá változott. A fiú négy hét alatt 4 kg-ot fogyott, a normálisnál nem nagyobb étvágyú. A kisebbik fiú azonban csavarogni kezdett és szorongási tüneteket produkált. A tünetek az apa szeretetében eddig fennálló privilegizált helyzetének elvesztése és a meghalt anya visszatérésétől való szorongás motiválta. Az anyja elleni agresszív indulatai ugyanis, melyeket a testvérféltékenység indukált, annak halála után súlyos büntudatot és büntetési szorongást váltottak ki, amit az apai védelem csökkenése a kiszolgáltatottságérzésig fokozott. A csavargások a menekülési vágyat fejezték ki.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A gyermekkori gyász szomatikus panaszok és magatartási rendellenességek formájában megjelenő tünetei mögött a felnőttkori gyász pszichodinamikájával azonos mechanizmusok működnek, csak bizonyos megnyilvánulási formákban térnek el attól. Legjellemzőbb eltérés a halál reverzibilis voltának hiedelmében tapasztalható. A depresszió, fantáziabeli reünio és identifikáció jelenségei a gyásznak több szerző által megfigyelt jellemzői. Az általunk ismertetett 22 gyermek pszichológiai vizsgálati eredményeiből a betegség és obesitas útján történő identifikáció emelhető ki, mint a szakirodalomban eddig nem szereplő jelenség. Természetesen a tünetválasztás módja multikauzális, függ a gyermek korától, személyiségfejlődési fokától, a család haláleset előtti és utáni emocio-

nális légkörétől, minden hatástól, ami a gyermeket éri. Éppen a miliőhatások sokrétősége teszi lehetetlenné teljes figyelembevételüket, ha általános törvényszerűségeket kívánunk levonni. Az ismertetett jelenségek általános érvényűségének vizsgálatára további — korcsoportokra és tünetekre leszűkített — megfigyelések szükségesek.

## IRODALOM

- Abraham, Karl*: Selected Papers on Psycho-Analysis. VI. Notes on the Psycho-Analytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions. 1911. pp. 137—157.
- Bender, Laretta*: A Dynamic Psychopathology of Childhood. Ryerson Press, Toronto, 1951.
- Freud, Anna and Burlingham, Dorothy*: War and Children. New York, Medical War Books, 1943.
- Freud, Sigmund*: Mourning and melancholiz (1917). Collected Papers IV. London, Hogarth Press, Institute of Psycho-Analysis, 1948.
- Klein, Melanie*: Contributions to Psycho-Analysis: 1921—1945. London, Hogarth Press, Institute of Psycho-Analysis. 1948.
- Klein, Melanie*: A contribution to the theory of anxiety and guilt. Internat. J. Psychoanal. 29: 114—123, 1948.
- Mahler, Margaret*: Helping children to accept death. Child Study, Fall: 98—99, 119—120, 1950.
- Schilder, Paul, and Wechsler, David*: Attitude of children towards death. J. Genet. Psychol., 46: 406—451, 1934.
- Spitz, Rene A. and Wolf, Katherine M.*: Analytic depression. Psychoanal. Study of the Child, 2: 313—343, 1946.

---

Megjelent: Gyermekgyógyászat, 22. 1971. 159—162.



## AZ ANTISZOCIÁLIS SZEMÉLYISÉGFEJLŐDÉS

Popper Péter

A kriminális személyiségzavar sajátosságai, a kriminális személyiségzavar lényege: az egyén egyáltalán nem vagy csak hiányosan tud adaptálódni a társadalmi együttélés követelményeihez, az emberi viselkedést szabályozó, társadalmilag elfogadott erkölcsimogatartási normarendszerhez.

Az emberi együttélést szabályozó normarendszereket vizsgálva konstans és variáns elemeket találunk. Vannak olyan viselkedési szabályok, amelyek általában feltételei minden társadalmi együttélésnek. Ezek hiányában az embercsoportok minden szociális szerveződése ab ovo lehetetlenné válik. Ezeket a normákat minden társadalmi rendszer kisebb-nagyobb módosításokkal elismeri, és az azokhoz történő ragaszkodást megköveteli a társadalom tagjaitól. Pl. lehetetlenné válna mindenfajta emberi együttélés akkor, ha semmilyen büntetőjogi szankció nem védené az emberéletet, a személyes tulajdont stb.

Ezeken az általános normákon kívül azután vannak olyan együttélési szabályok, amelyek csak egy bizonyos társadalmi rendszer fennmaradása szempontjából lényegesek; ez utóbbiak feladata, hogy védjék az adott társadalmi formát, annak termelési viszonyait stb. Ezek a normarendszerek társadalmi formánként változnak. Ismerünk tehát olyan normákat is, amelyek csak a rabszolgatartó társadalom, csak a feudalizmus, csak a kapitaliz-

mus vagy csak a szocializmus társadalmi berendezkedését hivatottak védeni.

Ennek megfelelően az antiszocialitás, illetve a kriminalitás tartalma jelentős mértékben változik a társadalmi formák fejlődésével.

A modern személyiséglélektani, kriminálpszichológiai és pszichopatológiai kutatások egyértelműen alátámasztják azt, hogy a kriminális személyiségzavar pszichológiai szempontból is összetett, komplex jelenség, és semmiképpen sem vezethető vissza csupán egyik vagy másik személyiségfaktor vagy pszichikus folyamat sérülésére, torzulására. A kriminális vagy legalábbis a kriminalitás szempontjából súlyosan veszélyeztető személyiségzavart a következő tényezők együttes megléte hozza létre:

1. A kriminális személyiség általános éretlensége a személyiségfejlődés elakadása (fixáció) következtében.

2. A morális defektus, vagyis a viselkedést szabályozó saját erkölcsi normák hiányos vagy torzult volta.

3. A nagy intenzitású agresszív telítettség, melynek társadalmilag elfogadható megoldási lehetőségei hiányoznak.

A továbbiakban e három tényezőt külön-külön, részletesen is megvizsgáljuk.

1. *A kriminális személyiség éretlensége.* Amikor egy ember megszületik, még semmiféle nyomát nem látjuk annak, hogy az újszülött vagy a csecsemő bármiféle erkölcsi-magatartási normarendszerrel rendelkezne, vagyis, hogy képes lenne bármilyen csekély mértékű szociális adaptációra. Ez a képesség még kisgyermekkorban is rendkívül alacsony fokon áll, és csak fokozatosan fejlődik ki a gyermek-, a serdülő- és az ifjúkor éveiben. A társadalmi együttélésre, a szociális adaptációra való képességet tehát az ember fokozatosan szerzi meg a felnőtté válás érési folyamatában.

A társadalmi adaptációra való képesség tehát távolról sem veleszületett, hanem szerzett; még pontosabban: egyrészt érzelmi, másrészt tanulási folyamatok során fejlődik ki és gyakorlódik be.

Elsősorban az egyént körülvevő környezet az, amely a felnövekvő egyedet megtanítja a különböző szociális csoportokban — családban, bölcsődében, óvodában, iskolában, baráti körben, sportegyesületben, a különböző társadalmi és tömegszervezetekben, munkahelyen, férfi- és női kapcsolatokban stb. — a harmonikus életvitelre, az alkalmazkodási-együttélési formákra. Ezt a folyamatot nevezzük szocializációnak. Ez az oka annak, hogy a szociális adaptációra való képesség megszervezésében vagy az arra való képtelenségben, más szóval az antiszocialitás kialakulásában a környezeti tényezők konkrétan a kedvező hatások, ellenkező oldalon az ártalmak, tehát a szocializációs folyamatok sajátosságai játsszák a döntő szerepet.

Éppen ezért az újszülöttől pl. nem várhatunk el semmiféle szociális alkalmazkodást; a felnőttől viszont teljes joggal elvárhatjuk azt, hogy képes legyen zavartalanul beleilleszkedni a társadalmi együttélésbe. Úgy is megfogalmazhatjuk, hogy a szociális adaptációra való képesség beletartozik a normális felnőtté válás, tehát a személyiség érettségének fogalmába. Minél érettebb a személyiség, annál jobban és mélyebben szocializált, viszont minél éretlenebb, annál kevésbé képes a társadalmi beilleszkedésre. Ez az oka többek között annak, hogy a gyermek vagy a serdülőkorú egyén még igényli a speciális védeltséget jelentő milióket — családot, az iskolát stb. —, amelyek egyrészt szocializálják őt, másrészt ez idő alatt megfelelő védelmet és külső irányítást nyújtanak számára ahhoz, hogy élni tudjon a társadalomban.

Tehát ha a szociális adaptációra való képességet az egyén az újszülöttkortól a felnőtté válásig tartó fejlődési út során szerzi meg, akkor joggal feltételezhetjük, hogy annál a felnőtt embernél, akinél a társadalomba való beilleszkedés képessége egyáltalán nem vagy csak hiányosan, torzultan alakult ki, e fejlődési út során következett be valamilyen zavar, elakadás, tehát a szocializáltság alacsonyabb fokán rekedt meg, vagyis személyiségfejlődése szempontjából éretlennek tekinthető.

Ez az általános meggondolás azonban számunkra nyilvánvalóan nem elégséges, amely döntő módon bizonyítja a személyiség éretlenségét, s egyben módszereket adhatnak számunkra a kriminális emberrel való bánásmódhoz; továbbá körvonalazzák azokat a feladatokat, amelyeket a társadalmi visszailleszkedésre való képesség kifejlesztése (a reszocializáció) érdekében meg kell oldanunk.

a) A hosszan tartó pszichés feszültségek rossz toleranciája és a rövid ideig tartó, nagy intenzitású feszültségek igénylése. Induljunk ki egy primitív modellből!

Van két ember, „A” és „B”. Egyiknek sincs órája, sem elegendő pénze, hogy vehessen egyet. Viszont mindkettő szeretne órát. Mi ennek a helyzetnek a társadalmilag elfogadható megoldása?

„A” a következőket csinálja: Minden hónapban félretesz 50 forintot, és egy év múlva rendelkezik azzal az összeggel, amelyen megveheti az órát. Ez társadalmilag korrekt megoldás.

Mi kell ahhoz, hogy valaki ezt meg tudja valósítani?

Elsősorban az, hogy egy éven keresztül kibírja azt az állandó pszichés feszültséget, amelyet az óra kívánásának kielégítetlensége hoz létre. Szaknyelven az ilyen vágyteljesülési kielégítetlenségeket, „megfosztottságokat” frusztrációnak nevezzük, s a kielégületlenség feszültségének kibírását, tűrőképességét frusztrációs toleranciának.

A helyzet elfogadható megoldásának feltétele a hosszan tartó frusztrációs feszültség kibírása.

Mármint, ha valaki erre nem képes, pl. „B” esetében, akkor az előbbi megoldás nem jöhet szóba, hanem valami mást fog tenni, esetleg órát vagy pénzt lop.

Elérkeztünk tehát az alapproblémához, a pszichés feszültségek tűrőképességéhez. Mint a példából is látható, adott esetben nem is annyira nagy intenzitású pszichés feszültségről van szó, hanem ennél fontosabb a pszichés feszültség hosszan tartó fennmaradása, állandósága. Ez a hosszú időtartam az, amely a tűrőképességet

maximálisan igénybe veszi, s amelynek elviselésére a kriminális ember nem képes. Ezt a modellt a legtöbb bűncselekmény esetében alkalmazhatjuk. Pl. az anyagi haszonszerzés által motivált bűncselekmények esetében nyilvánvalóan az anyagi igény szint és a valóságos lehetőségek közötti különbségből adódnak azok a feszültségek, amelyeket a bűnöző nem tud elviselni, sem szociálisan megoldani. Az erőszakos-indulati bűncselekménynél az emóciók (harag, féltékenység stb.) feszültségének elviselésére, illetve társadalmilag elfogadható levezetésére képtelen. A nemi erkölcs elleni bűncselekményeknél (pl. megrontás vagy nemi erőszak) a szexuális vágy feszültsége áll a kérdés középpontjában.

A társadalmi együttélés természetesen nemcsak a frusztrációs jellegű feszültségek elviselését követeli meg.

A rendszeres munkavégzés ugyancsak jelentős mértékben igénybe veszi az egyén fizikai, érzelmi és értelmi teherbíró képességét. Feltűnő és az antiszocialitás felé sodródás egyik jellegzetes tünete a munkahely gyakori változtatása, mely kettősen értelmezhető. Egyrészt a munkahelyek gyakori váltogatása kriminogén hatású, amennyiben meggyengíti az egyén közösségi beilleszkedését, lehetetlenné tesz lényeges szocializációs hatásokat és olyan aktivitásformákat, amelyekben rendkívül sok pszichés energia vezethető le, illetve hasznosítható; s végül megfosztja egy olyan emberi közösségtől, amelynek kritikus helyzetekben megtartó ereje van, és segítséget nyújthat a csábításokkal szembeni ellenálláshoz. Másrészt a munkahely gyakori változtatásai a kialakuló antiszociális személyiségzavar következményeként is értékelhetők, amennyiben nem eléggé érett, tehát nem eléggé feszültségbíró személyiség képtelen elviselni a napi rendszeres munkát, a fölé-, illetve alárendeltségi viszonyt, a siker és a kudarc, a kritika s az elkerülhetetlenül előadódó, kisebb-nagyobb munkahelyi konfliktusok feszültségét. Ezekkel a terhelésekkel szemben újra meg újra csődöt mond, s ez állandó vándorlásra, a munkahelyi környezet váltogatására készíti.

Hasonlóképpen kettős értelmezési lehetősége van a bűnözők közismert rendezetlen családi életének. A család szerepe a szocializációs folyamatok és az egyén pszichés stabilitásának, ellenálló képességének biztosításában még a munkahelynél is nagyobb jelentőségű. Tehát a rendezetlen családi élet ugyancsak kriminogén hatású lehet. Ugyanakkor látni kell a másik aspektust is; a családba való beilleszkedés ugyancsak folyamatos terheléseket, pszichés feszültségbírást igényel, hiszen a család számos vonatkozásban helytállást, áldozatvállalást követel, időnként érzelmi problémák, megoldandó konfliktushelyzetek jelentkeznek stb. Az éretlen személyiség nem képes ezeket a feszültségeket hosszú időn át elviselni.

Ebből a szempontból is érdemes megvizsgálni a bűnözők között nagymértékben elterjedt alkoholizmust. A kettős értelmezés szükségessége itt is fennáll. Az alkoholizmus kriminogén hatása közismert; statisztikailag kimutatható, hogy a bűncselekmények jelentős részét alkoholos befolyásoltság hatására követik el. Másrészt azonban, ha az alkoholizmus pszichés okait vizsgáljuk, vagyis az alkohol iránti igény keletkezésének kérdését tesszük fel, személyiséglélektanilag elgondolkoztató eredményhez jutunk. Az alkoholizmus rendszeres kábulatot hoz létre, vagyis a tudat éberségét, az önkontrollt csökkenti. (Éppen ezáltal nyújt teret az érzelmek és az indulatok gátlástalan kiélése számára). Mármost nyilván azoknak van szükségük arra, hogy rendszeresen elkábítsák magukat, tudatilag ködös állapotot teremtsenek, akik nem képesek elviselni pszichés feszültségeiket, és az alkohol mámorában ezektől próbálnak egy időre szabadulni. Nagyon jól illusztrálja ezt a köznapi szólás: „Bánatában leitta magát.” Vagyis a szomorúság feszültségétől igyekezett az alkohol segítségével megszabadulni. Az alkoholizmus — mint általában a narkomániák — tehát kettős gyökerű. Egyrészt a pszichés feszültségek rossz tűrőképessége tartja fenn a kábulat iránti vágyat; másrészt az alkohalmámor megszokása mint kondicionáló faktor támasztja

fel újra meg újra az ital iránti igényt. A jól vezetett alkoholelvonó kúránál ezt a kettősséget szem előtt is tartják, amennyiben különböző átkondicionálási módszerekkel (pl. gyógyszer vagy hipnózis segítségével) igyekeznek áttörni a megszokás által fenntartott alkoholigényt; ezenkívül pszichoterápiával igyekeznek a személyiség feszültségbírását növelni.

A kriminális személyiségnek azt a sajátosságát, hogy rosszul tűri a hosszan tartó pszichés feszültségeket, tapasztalatilag már régen felismerték, és a bűnüldözés során alkalmazzák is. Vizsgáljuk meg ebből a szempontból a kihallgatás folyamatát!

Feltehető a kérdés, hogy milyen tényezők készítetik végül is a bűnözőt részleges vagy teljes beismerő vallomásra. Egyáltalán miért tesz vallomást, kezdetben akár hamisat is? Könnyű belátni, hogy a gyanúsított a nyomozási eljárást leginkább úgy nehezítheti meg, ha a kihallgatása során nem szól egy szót sem. Már a hazug vallomás is lehetőséget ad ugyanis a további kérdések feltételére, cáfolatokra, amelyek mind elősegíthetik a tényállás tisztázását. Mégis az összes törvényességi kautélák megtartása mellett is hosszabb vagy rövidebb idő után, az esetek többségében sor kerül a részleges vagy teljes beismerő vallomásra. Mi ennek az oka? Elsősorban az, hogy az éretlen, rossz feszültségbírású kriminális személyiség nem bírja elviselni a kihallgatási helyzet hosszan tartó pszichés feszültségét, amely egy idő után meghaladja tűrőképességét, és vallomásra készíti.

Ezt a tapasztalatot a kihallgatási taktikában messzemenően felhasználják. Empirikusan kidolgozottak az olyan módszerek, amelyek alkalmasak arra, hogy a kihallgatási helyzet pszichés feszültség szintjét művileg felfokozzák; ilyen pl. a kihallgatási hangnem váltogatása — akár egy, akár több kihallgató közreműködésével; a bizonyítékok fokozatos feltárása, amely a gyanúsítottat védekezési pozícióinak ismételt feladására és új védekezési taktika kidolgozására kényszeríti; nagy pszichés feszültséggel járó orientációs válság előidézése pl. azáltal, hogy hosszú ideig ismert

tények felől faggatják a gyanúsítottat, majd egy idő után elétárják a bizonyítékokat. A következőkben a gyanúsított már nem tudja, hogy a feltett kérdéseket mi indokolja: valóban nem ismerik a nyomozók a tényállást, vagy csak próbára teszik őt, igazat mond-e vagy hazudik.

Gyakori tapasztalat, hogy makacs tagadás esetében hatásos módszer a kihallgatások néhány napos szüneteltetése. Ez sokszor elég ahhoz, hogy a várakozási feszültség meghaladja a gyanúsított tűrőképességét és vallomásra bírja.

Az elmondottak plasztikusan jellemzik azt, hogy a bűnözők valóban rosszul tűrik a tartós pszichés feszültségeket. Ellentétes oldalról élesen rávilágít erre az a tapasztalat, hogy nem kriminális, hanem szociálisan jól adaptált személyek milyen messzemenő ellenállást tudnak kifejteni a kihallgatás során; pl a kommunista mártírok pereinél mindennél erőteljesebb tiszteletet vált ki a velük azonos elveket vallók körében az a feszültségbírási, amellyel a legdurvább fizikai és pszichés inzultusokkal, terhelésekkel szemben is hallgatni tudtak (vagy tudnak) és megtagadtak (adott esetben ma is megtagadnak) minden, az illegális mozgalmat veszélyeztető vallomást.

Természetesen nem állítjuk azt, hogy a bűnözők vallomásának kialakulásában egyedül az előbb vázolt faktor játszik szerepet. Annyi azonban bizonyos, hogy a hosszan tartó pszichés feszültségek gyenge tűrőképessége, mint egyik tényező, jelentősen közrejátszik a vallomás kialakulásában.

Igen érdekes ebből a szempontból a rejtőzködések alakulása is. Gyakori tapasztalat, hogy a kitűnő búvóhellyel rendelkező bűnözők is elhagyják egy idő után a rejtkehelyet, és többször visszavisszatérnek a büntett helyszínére vagy annak közelébe. Úgy tűnik, hogy nem bírják kiállni a rejtőzködés tartós feszültségét sem, mely elsősorban a kényszerű inaktivitásból, tétlenségből, másrészt pedig az információ hiányából ered. Az elrejtőző bűnöző legtöbbször nem tudja, hogy milyen fázisban tart a nyomozási



munka, felfedezték-e egyáltalán a bűncselekményt, ráterelődött-e a gyanú stb. Ezért egy idő után elhagyja rejtekhelyét és a helyszínen vagy annak közelében igyekszik információt szerezni. Tapasztalati alapon minden nyomozó számol azzal a lehetőséggel, hogy egy idő után az elkövető felbukkan a helyszín közelében, és ott sokszor feltűnő érdeklődést tanúsít a bűncselekmény iránt. A helyszínre való visszatérésnek természetesen ez csak egyik, de nem elhanyagolható motívuma. Az a tény, hogy a zsákmány rejtekhelyét gyakran áthelyezi, megváltoztatja, részben szintén hasonló okra vezethető vissza.

Ugyancsak tanulságos, ha a folyamatos elkövetési módszerrel járó bűncselekmények lelepleződési körülményeit vizsgáljuk. A tapasztalatok szerint feltűnő az, hogy a lelepleződés okául szolgáló elkövetett „hibák” durvasága, primitívsége nincs arányban a körütekintően megvalósított bűncselekmény magas értelmi színvonalat követelő megszervezési módjával. Az a bizonyos „banánhéj”, amelyen ezek a bűnözők elcsúsznak, mindig rendkívül egyszerű. Úgy tűnik, mintha a folyamatos elkövető egy idő után pszichés feszültségbírásának végére ért volna, kritikai érzéke „kihagy”, primitív hibát vét és lelepleződik.

Az eddigiekben a tartós pszichés feszültségek rossz tűrőképességét bizonyítottuk mint a kriminális személyiség egyik jellemző sajátosságát. Viszont már a címben jeleztük, hogy ez a személyiségvonás kiegészül a rövid ideig tartó, nagy intenzitású pszichés feszültségek igényével. A kriminális személyiségzavar esetében ez a két sajátosság egymást feltételezi, és mindkettő a személyiség éretlenségének a jele.

Már a bűncselekmény elkövetése is — bár rövid ideig tartó, de — nagy pszichés feszültségek átélését jelenti. Folyamatos elkövetés esetében pedig ezek a feszültségperiódusok mozaikszerűen sorakoznak egymás mellé. A szokásos bűnözők kriminális aktivitásának alakulását vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy legtöbbször sorozatosan követnek el bűncselekményeket — pl. több betörést

vagy lopást; majd a bűncselekmények elkövetésében hosszabb vagy rövidebb ideig tartó szünet áll be, amelyet újabb bűncselekmény-sorozat követ. Ha grafikusan próbálnánk ábrázolni a kriminális aktivitás alakulását, periodikus hullámgörbét kapnánk, amelynek csúcsai a bűnözés szempontjából aktív periódusokat, a hullámvölgyek pedig az intervallumokat jelzik.

A rövid ideig tartó, nagy intenzitású pszichés feszültségek igénye mint másik motiváló tényező játszik szerepet a vallomások kialakulásának szempontjából. A vallomás ugyanis egyben az elkövetett bűncselekmény újra átélését is jelenti, melynek során a bűnözőben — többek között — újra létrejönnek azok az emocionális feszültségek is, amelyek a bűncselekmény elkövetésekor fennálltak. Ugyanez a feszültségigény játszik további motiváló szerepet a helyszínre való visszatérésben is, amely ugyancsak felidézi a bűncselekmény során átélt feszültségeket.

A munkahelyi, a családi s általában az emberi kapcsolatokból adódó konfliktusoknak a bűnözőknél gyakori túlzottá válása, a rendkívül indulatos reagálás ugyancsak ennek a feszültségigénynek a manifesztációjaként fogható fel.

Bennünket elsősorban a kérdés pszichológiai vetülete érdekel, nevezetesen az, hogy a leírt személyiségajátosságok miképpen értékelhetők, pontosabban miért tekintjük azokat a személyiség éretlenségét bizonyító tüneteknek.

Vizsgáljunk meg először egy, ugyancsak modellként értékelhető, tapasztalatot!

A század első felében *Albert Schweitzer*, világhírű orgonaművész és orvos dzsungelkórházat alapított Gabonban. Ápolói munkára a társadalmi munkamegosztás alacsony fokán levő primitív törzsi életformában élő embereket, bennszülötteket alkalmazott. A társadalmi termelésnek ezen a szintjén a munkaaktivitás erősen hullámzó periodicitást mutat. Ha a törzs vadászatra indul, a vadászoknak egy ideig rendkívül nagy fizikai és pszichés terheléseket, feszültségeket kell elviselniük — nemegyszer életveszélyes

helyzeteket is. A vadászat befejezésével azután hosszabb nyugalmi periódus következik, amely időtartamban a törzs feléli a zsákmányt, pihennek, ünnepeket rendeznek stb. Az életformából adódó pszichés feszültségek alakulását ugyancsak hullámzó görbével fejezhetjük ki, amely hasonlít a kriminális aktivitás görbéjéhez.

*Albert Schweitzer* azt tapasztalta, hogy ha ezeket a nagy erőfeszítésekhez szokott embereket huzamosabb ideig mint ápolókat foglalkoztatta, néhány hónap után a súlyos kimerültség jelei mutatkoztak rajtuk, és a teljes személyzetet le kellett váltania. Az ápolói munka távolról sem igényelt olyan erőfeszítéseket, mint pl. a vadászat. Mi volt tehát a kimerültség oka? Úgy tűnik, hogy a munka állandósága, a bár alacsonyabb feszültség szintű, de naponta ismétlődő, permanens igénybevétel.

Levonható a következtetés, hogy a társadalmi munkamegosztásnak minél alacsonyabb szintjén áll egy közösség, annál inkább kimutatható életformájában a nagy intenzitású terhelések és a nyugalmi periódusok szélsőséges váltakozása.

Vizsgont minél fejlettebb a társadalmi munkamegosztás, vagy a termelés minél magasabb technikai színvonalon áll, annál kevésbé követeli meg az emberektől a nagy intenzitású feszültségek elviselését; helyette az alacsonyabb feszültség szinten álló, de állandó terhelés elviselését igényli.

Fokozottan jelentkezik ez a probléma a modern ipari társadalomban pl. az automatizálással kapcsolatban, ahol az emberrel szemben a követelmény szinte csak annyi, hogy periodikusan egy-egy mozdulatot tegyen, vagy csak műszereket figyeljen, de azt állandóan, kihagyás nélkül, az egész munkaidőn keresztül. Ezek a terhelések egy speciális telítődés- vagy fáradtságformát hoznak létre, amelyek megviselhetik az embert. Ezeket a problémákat nevezzük monotóniás ártalmaknak.

Első összehasonlításunk alapján tehát megállapíthatjuk, hogy a bűnözők életformája a feszültség szint ingadozása szempontjára

ból erősen hasonlít az archaikus, primitív kultúrában élő személyiségek életviteléhez. Úgy tűnik, hogy a kriminális személyiségzavar eddig elmondott sajátosságai is már eleve problematikussá teszik a modern, magas technikai színvonalon álló termelésbe való beilleszkedést.

Az állandó jellegű pszichés feszültségek rossz tűrőképessége és a rövid ideig tartó, nagy intenzitású feszültségek igénye viszont nemcsak a primitív személyiségstruktúrát jellemzi, hanem sajátossága az éretlen gyermeki személyiségnek is. Minél fiatalabb a gyermek, annál kevésbé képes a hosszan tartó pszichés feszültségeket elviselni.

Pl. amikor az ún. iskolaérettséget vizsgáljuk, nemcsak arról van szó, hogy a gyermek értelmileg eléggé fejlett-e már ahhoz, hogy az iskolai tananyagot megértse, hanem arról is, hogy eléggé érett-e már a személyisége ahhoz, hogy elviselje a napi iskolába járást, a házi feladat megoldását, a feleltetés, illetve a siker és a kudarc állandó lehetőségeit, és a több órán át tartó intellektuális terhelés feszültségeit. Ha erre még nem képes, akkor bármilyen értelmes is legyen, mégsem iskolázható be, mert nagy a valószínűsége annak, hogy iskolai beilleszkedésében, magatartásában zavarok lépnek fel.

Mindezek visszautalnak arra, hogy a kriminális személyiségzavar leírt sajátosságait valóban a személyiség jegyeként értékelhetjük.

A feszültségek toleranciája szempontjából nem érdektelen a háborús időszakok tanulmányozása.

Általános tapasztalat, hogy háborúk idején a hátszágok kriminálstatisztikája átmenetileg kedvezőbb képet mutat. Kézenfekvő lenne a magyarázat: miután a bűnözők többsége az aktivitás teljében lévő férfi, nyilván katonai szolgálatot teljesítenek, és ezért csökken a hátszágban elkövetett bűncselekmények száma. Elképzelhető-e, hogy az olyan antiszociális személyiség, aki nem tudott beilleszkedni a békés társadalmi élet keretei közé, eleget

tud tenni a katonaság összehasonlíthatatlanul súlyosabb fegyelmi, adaptációs követelményeinek? Nem valószínű, mint ahogyan az sem, hogy ezt a szigorú szankciókkal lehetne magyarázni, hiszen közsímert, hogy drákói rendszabályok — pl. a középkorban — sem befolyásolták lényegesen a kriminalitás alakulását. Másról van itt szó. Arról, hogy a katona életvitele a háborúban a feszültség ingadozás szempontjából adekvát az antiszociális személyiség igényeivel; rövid ideig tartó, nagy intenzitású feszültségeket kell átélnie és vállalnia, pl. egy támadáskor, amelyet relatíve nyugodt periódus követ. Sőt, ebbe az életformába nagyon sok, eredetileg nem kriminális ember is beleszokik, akik a háború után nagyon nehezen vagy egyáltalán nem tudnak visszailleszkedni a társadalmi termelés megszokott rendjébe. Ez is egyik oka lehet annak, hogy a háborúkat követően a kriminálstatistika romlik, az elkövetett bűncselekmények száma növekszik.

A hosszú ideig tartó pszichés feszültségek rossz toleranciája és a rövid ideig tartó, nagy intenzitású feszültségek igénylése azonban csak egyik tünete a személyiség éretlenségének. A továbbiakban a kriminális személyiség egyéb éretlenségi jegyeit vizsgáljuk meg.

b) Fokozott jelenidejűség a viselkedés szabályozásában. Az érett személyiséget az jellemzi, hogy a viselkedés regulációjában, pontosabban a cselekvés motívumai között az aktuális helyzet készítésén kívül a múltbeli tapasztalatok és ennek nyomán az anticipált jövő egyaránt szerepet játszanak. A múltban lejátszódott helyzetek és cselekvések következményeit mint pozitív és negatív visszajelentéseket az érett személyiség feldolgozza, és hasonló helyzetek esetében már önmagában előrevetíti cselekedeteinek várható következményeit; s ha szükséges, korrigálja azokat a viselkedésformákat, amelyek a múltban kudarccal vagy negatív eredménnyel zárultak.

A visszaeső bűnözőknél az a tapasztalat, hogy ez a regulációs mechanizmus nem működik ilyen formában, a múltban átélt

negatív tapasztalatok hiányosan vagy egyáltalán nem kerülnek feldolgozásra, sőt még az átélt büntetésvégrehajtás sem fejt ki érdemleges motiváló hatást a bűnözéstől való visszatartás szempontjából.

Közismert tapasztalat pl. a kriminálisok fogadkozása a rendőrségen vagy a szabaduláskor, hogy soha többé nem követnek el deliktumot. E fogadkozások nagy része őszinte, s az aktuális helyzet által meghatározott. A probléma ott van, hogy rövid idővel később, kriminális körbe kerülve, valamilyen csábítással vagy alkalommal szembetalálkozva ismételten csak a jelen készletei motiválnak döntően, s elköveti az újabb deliktumot.

Ezt a jelenséget a pszichológiai oldaláról részben leírta *Cleckly*, aki a „nem szorong, nem tanul, nem szeret” sajátosságokat tartja a pszichopátiás személyiségfejlődés fő jellemzőjének.

Ebben a fejezetben a kérdés személyiséglélektani jelentőségét vizsgáljuk, és ebből a szempontból a jelenidejűség fokozott szerepe a viselkedés regulációjában ugyancsak az éretlenség határozott jegyének tekinthő.

A fejlődéslelektanban ismert az időpercepció kialakulásának menete. A fejlődés kezdeti szakaszán az időpercepció még tagolatlan, tulajdonképpen időérzékelésről még nem is beszélhetünk; a kisgyerek számára csak a jelen létezik. A jelenidejűség tehát kezdetben kizárólagos. Ezt követi a kétdimenzionális időpercepció kialakulása, amely az időt a „most” és a „nem most” kettős tagoltságában éli meg; de még nem differenciál olyan vonatkozásban, hogy a „nem most” azért nem most-e, mert múlt, vagy azért nem most-e, mert jövő. A háromdimenzionális időérzékelés — múlt, jelen és jövő — csak ezután fejlődik ki. Témánk szempontjából azonban nemcsak az időpercepció ténye a lényeges, hanem az élmények időbeliségének hatása is a viselkedésre.

Minél éretlenebb a személyiség, annál inkább jellemző rá — mint ezt *Liebermann* különösen hangsúlyozta — a fokozott jelen-

időben élés. Viselkedésének, reakcióinak döntő feltétele mindig az aktuális jelen élményanyaga.

c) Az ösztönkielési formák változékonysága. A szexuális érés folyamataként a felnőtt korú érett személyiségnél a szexuális kielési formák — mint az autonóm reguláció által szabályozott funkciók — igen mélyen és mereven kondicionálódtak.

Ha pl. valakinél kialakult a heteroszexuális kielési forma, azt rendkívül taszítja (undorítja) a biszexuális vagy a homoszexuális aktivitás minden formája; és fordítva: a megszilárdult homoszexualitás pszichoterápiás eredményei azért kedvezőtlenek, mert a mereven kondicionálódott ösztönkielési formán az érett személyiség rendkívül nehezen tud csak változtatni.

A szexuális ösztön kielési formáinak stabilitása ezért rendkívül lényeges mutatója a személyiség érettségének vagy éretlenségének.

A bűnözők esetében viszont azt tapasztaljuk, hogy szexuális kielési formáikat meglepő plaszticitással tudják változtatni. Pl. szabadlábban heteroszexuális életet élnek, a börtönbe kerülve átváltanak homoszexualitásra, szabadlábbra helyezés után heteroszexuális életet folytatnak.

A szexuális kielési formáknak ilyen gyors változtatására az érett személyiség nem képes.

További általános tapasztalat, hogy a bűnözők között az átlagpopulációhoz viszonyítva nagyobb arányú a biszexuális személyiség — különösen pl. a prostituáltak között —, amely ugyancsak arra mutat, hogy az ösztönkielési formák nem szilárdultak meg, plasztikusak és változékonyak, vagyis éretlenek.

A bűnözők között gyakori a biszexualitás, vagy legalábbis hetero-, illetve a homoszexuális kiélések könnyű váltogatása, amelyre érett személyiség nem képes.

Az elmondottak általában jellemzik a krónikus bűnözők személyiségét. Még plasztikusabban kidomborodnak azonban ezek

a sajátosságok a nemi erkölcs ellen elkövetett leggyakoribb bűncselekményekben.

d) Az ellentétes szociális szerepek egyidejűsége. A társadalmi élet folyamán a felnőtt embernek különböző konstans szociális szerepei alakulnak ki. Ezekre a szerepekre a szocializációs folyamatok készítik fel, s azok a személyes környezet által vele szemben támasztott elvárások során formálódnak meg. A különböző környezeti feltételek között — család, munkahely, baráti kör stb. — kialakult szociális szerepek az egyén életében ún. szerepstruktúrát alkotnak. A szerepstruktúrán belül integrálódott szociális szerepek lehetnek különbözőek; pl. a gondos apa, a családfő szerepe, a szigorú és igazságos főnök szerepe, a társasági jópofa szerepe stb. Az érett személyiség azonban nem képes arra, hogy hosszú időn át ellentétes szociális szerepeket valósítson meg. Különösen az etikailag ellentétes tartalmat hordozó szociális szerepek között támad olyan intenzitású szerepfeszültség, amely legtöbbször meghaladja az egyén toleranciáját, konfliktussá mélyül, és valamilyen feloldást igényel. Az etikai egyértelműsége törekvés a jellemzője a mi kultúránkban élő felnőtt embereknek.

Más a helyzet a személyiségfejlődés koraiabb, éretlenebb fázisában, pl. a kamaszkorban. A serdülés a szociális szerepek próbálgatásának korszaka, amelynek során a serdülő a legvégletesebb ellentétes szociális szerepeket is „magára próbálja”, s tapasztalatokat igyekszik szerezni arról, hogy személyiségének melyik szociális szerep elfogadása a legkedvezőbb. Azonban ebben az életkorban is még csapong a serdülő az ellentétes szociális szerepek között, bár nem ritka, hogy ideig-óráig ezeket párhuzamosan is tudja folytatni.

Még fiatalabb korban, amikor a valóságot át- meg átszínezi a gyermek mágikus fantáziája, és a képzeletnek valóságértéke van, a különböző ellentétes szerepeknek párhuzamos átélése még nem okoz konfliktust.

A krónikus bűnözőknél az a feltűnő, hogy képesek hosszú időn



keresztül teljesen ellentétes szociális szerepeket megvalósítani. Miután a kriminális létforma illegalitást követel, két ellentétes szerep megvalósítása a bűnözők jelentős részénél elkerülhetetlen. Egyrészt meggyőzően ki kell alakítani a társadalomba való beilleszkedés látszatát, másrészt adott számára egy másik szerep a kriminális szubkultúrában. Az ellentétes szerepek párhuzamos vitelére csak plasztikus, laza személyiségstruktúrájú, vagyis éretlen személyiség képes.

A bűnözőknek mindezek mellett van egy olyan csoportja is, akiknél a különböző szociális szerepek meggyőző átélése magának a bűncselekménynek az elkövetési eszköze; ilyenek a csalók, a szélhámosok. Általános tapasztalat, hogy az ellentétes szerepek egyidejűsége hangsúlyozottan jellemző az intellektuális bűnözőkre, s ez jelentős mértékben meg is nehezíti leleplezésüket.

2. *A morális defektus.* A kriminális személyiségzavar másik sajátossága a viselkedést irányító saját morális normarendszer gyengesége vagy torzulása, amit összefoglalóan morális defektusnak nevezhetünk. Az egészséges erkölcsi fejlődés menetéről és a morális zavarok kialakulásáról a különböző pszichológiai irányzatok álláspontja bizonyos mértékig eltér egymástól.

a) Az Énfunkció zavara a morális defektus szempontjából. E fejezetrészben a dinamikus pszichológiai irányzat eredeti álláspontját foglaljuk össze, amely szerint a morális defektus keletkezésének három alaptípusa különíthető el:

— A kórosan felfokozott ösztöndinamizmusok következtében keletkező antiszocialitás. Ebben az esetben arról van szó, hogy az átlagost meghaladó erejű ösztöndinamizmusok (Ösztön-én) áttörnek a Felettes-én és az Én regulációs törekvéseit, és gáttalanul érvényesülnek. Ebbe a csoportba sorolható az ún. patológiás bűnözés, a pszichotikusok és a pszichopatak által elkövetett bűncselekmények.

— A gyenge Felettes-én következtében kialakult antiszociali-

tás. Ebbe a csoportba tartozik a krónikus bűnözők többsége. A kriminalitás végső oka, hogy a gyenge Felettes-én és az Én nem képes az ösztöndinamizmusokat a realitás elvének megfelelően regulálni. A Felettes-én gyengességének kétféle oka lehet. Az egyik: a gyermeki és a fiataalkori fejlődés során nem alakult ki olyan mélységű és intenzitású pozitív érzelmi kapcsolat a környezet tagjaival, elsősorban a szülőkkel, amely megfelelő alapot adhatott volna az identifikációnak és a környezet által közvetített erkölcsi normák interiorizálásának. A másik lehetőség, hogy a gyermek antiszociális egyénnel azonosult, és tőlük kapott normákat, amelyek torzok, társadalomellenesek.

— A neurotikus bűnözők típusa. E harmadik típusnál az alapprobléma a túl erősen fejlett Felettes-én. Ez pedig az ösztönkiéléseknek még szocializált formáit sem tűri el, s ezért az egyén állandó irreális büntudati szorongások között él annak ellenére, hogy semmilyen, morális szempontból negatív cselekedetet nem követett el.

A freudi mélypszichológia álláspontja szerint mindig az irreális, irracionális szorongások feszültsége a legnagyobb, s ha az irracionális szorongásnak valamilyen, értelmileg is belátható oka támad, a megértés ténye csökkenti a szorongás feszültségét, miután alkalmat ad a szorongásos energiák egy részének intellektuális feldolgozására. Ezért, mint szorongást csökkentő mechanizmus előfordul az, hogy az eredetileg irracionális szorongást az egyén utólag valamilyen tárgyhoz köti, racionalizálja, s ezzel csökkenti a szorongás feszültségét.

Ennek a példának az analógiájára jöhet létre a neurotikusok ún. kényszeres bűnözése. A túl erős Felettes-én által fenntartott irracionális büntudat feszültségét az egyén úgy csökkenti, hogy elkövet valamilyen deliktumot. Ez magyarázza büntudatát, amelyre okot is szolgáltat. Ilyen módon az eredeti irracionális büntudat érthetővé válik, feszültsége csökken és könnyebben elviselhető. A neurotikus bázisú bűnözésnek ez a fajtája rendkívül ritka.

Az eredeti freudi elméletet az antiszocialitás kialakulása szempontjából *Alexander* és *Aichhorn* fejlesztette tovább.

*Aichhorn* az antiszociális személyiség fejlődési fixációját emeli ki. A freudi személyiségelmélet szerint az ontogenetikus fejlődés kezdeti fázisában a magatartást az örömelv (Lustprinzip) regulálja. A magatartás egyedüli szabályozói a „nekem jó” és a „nekem rossz” élménye, az öröm keresése és a kín kerülése, tehát lényegében a vele született ösztöntörekvések korlátozás nélküli, egyenes kiélése. Normális fejlődés esetén — éppen a Felettes-én és az Én működésének hatására — az örömelvet a realitáselv (Realitátsprinzip) váltja fel, amely az ösztöntörekvéseknek a környezet által nyújtott kiélési lehetőségekkel való koordinációját jelenti, vagyis lényegében szublimált, szocializált ösztönkieléseket, illetve fékentartást.

A bűnöző tehát olyan ember, kinél az örömelv felváltódása a realitáselvvvel nem következett be, képtelen szublimációra és szocializált kiélésekre, cselekedeteit kizárólag a „nekem jó” élmény determinálja, tehát fejlődésében alacsonyabb szinten fixálódott személyiség. A bűnöző magatartása tehát sok tekintetben analóg a kisgyermekével, és ezt az analógiát *Freud* követői nemcsak a deliktum megvalósításával, hanem az érzelmi-indulati élet sajátosságaival is bizonyítják. A kriminálisoknál pl. szerintük gyakran megtalálható a gyerekekre jellemző hangulati labilitás, szélsőséges impulzivitás stb. Továbbá a szexuális fejlődés tekintetében is azt tapasztalták, hogy a kriminálisok jó része nehezen alakít ki a genitális fejlődési foknak megfelelő, rendezett szexuális életet, közöttük számos perverz, anális vagy orális szinten fixálódott ösztönfejlettségű egyén található. Mindebből azt a következtetést vonják le, hogy a bűnöző lényegében személyiségfejlődésében fixált, infantilis-archaikus fejlődési szakaszon megrekedt személyiség.

A fiatalok bűnözőkre vonatkoztatva *Freud* elméletét, *Aichhorn* szerint a fixációt vagy a túlzott szeretet, vagy a túlzott szigor

hozza létre. Mindkét nevelési helyzet alkalmas arra, hogy megzavarja a normális fejlődést, és alacsonyabb fejlődési fokon való fixációt eredményezzen. A túlzott kényeztetés konzerválja az infantilis érzelmi kötődési állapotot a szülőkhöz, tehát a tágabb környezetben (barátok, iskolatársak, nevelők stb.) könnyen konfliktushelyzetbe kerül, sérelmek érik. A család túl kényeztető, túl védett légköréhez képest ugyanis minden más környezetet ridegnek, a normális reakciókat bántónak érez, amelyek elől visszamegynek a családhoz, ugyanis egyedül itt érzi magát biztonságban. Mindez a kisgyermeknél az attitűd és az érzelmi reakciómód korai rögzüléséhez vezet. A túlzott szigor és a brutalitás viszont alapvetően megzavarja a szülőkkel való identifikációs lehetőségeket, agressziót szül, és sok esetben regresszív tendenciákat eredményez a személyiség fejlődésében.

*Aichhorn* vonalát *Alexander* folytatja és felismeri azt, hogy ugyanezek a tényezők neurotikus tüneteket is előidézhetnek. Megkísérli elhatárolni azt a patomechanizmust, amelynek során az azonos jelleg egyik esetben neurotikus reakciókhoz, másik esetben kriminalitáshoz vezet.

A kriminális irányú személyiségfejlődés létrejöttéhez az említett ártalmakon kívül még a következő tényezők szükségesek:

bizonyos alkati hajlam,

rossz szociális helyzet,

fokozott tudatosság, racionalitás.

A konstitucionális adottságoknak *Alexander* viszonylag nem nagy jelentőséget tulajdonít, azokat csupán diszpozícióként értékeli. A rossz szociális helyzetet nemcsak az abszolút anyagi szükségállapotok értelmében használja, hanem ide sorolja mindazokat a relatív hiányállapotokat, amelyeknek azért tulajdonít jelentőséget, mert szerinte a neurotikus tünetképződés lényege bizonyos szimbolikus kielégülési formák kidolgozása. Anyagi szükségleteket viszont nem lehet szimbolikus formában kielégíteni.

Ezért a kriminálisoknál ehhez csatlakozik még a nagymérvű szociális elégedetlenség motívuma is.

A fokozott tudatosság és a racionális beállítottság ugyancsak gátolja a neurotikus tünetképződést, mert az egyént a hiányérzések reális megoldásának irányába tereli.

b) A respektabilitás és az interiorizációs folyamatok összefüggései a morális defektus szempontjából. *Piaget* az erkölcsi ítéletek és az erkölcsi magatartás fejlődésének vizsgálatakor abból indult ki, hogy a morális értékrend kizárólagosan az ontogenetikus fejlődés során, társadalmi-környezeti hatásokra alakul ki. Mint-hogy az erkölcs társadalmi produktum, ezért nem örökölhető.

A megszületett csecsemő, a kisgyermek szociális motívumokkal még nem rendelkezik, cselekedeteinek, magatartásának motívumai kezdetben kizárólag a saját személyes létezéséből fakadó élményekből táplálkoznak, kezdeti fokon az elemi, vegetatív kín- és örömezésekből, a kielégülésekből, illetve kielégületlenségekből. Ezt a helyzetet tartották tévesen született szociálabnormitásnak. Ez a terminus technicus azonban értelemszerűen a normálistól eltérőt jelent, és feltételezi a vele született szociabilitás fogalmát is. Tovább menve, a szociálabnormitás fogalma valamiféle oppozíciót tartalmaz, vagy legalábbis adaptációs képtelenséget a társadalmi együttéléshez. Ezzel szemben a normális gyermek éppen potenciálisan képes a társadalmi adaptációra, és fejlődésének kezdeti szakaszán csupán hiányoznak még a szociális motívumok, amelyek csak a társadalomban való élés során szerezhetők meg. Ezt az állapotot nevezte *Piaget* gyermeki egocentrizmusnak, kifejezve vele a szociális motívumok hiányát.

Az egocentrikus alappozíció egyben azt is jelenti, hogy fejlődésének kezdeti szakaszán a gyermek képtelen beleélni magát más személyek helyzetébe, vonatkoztatásainak középpontjában kizárólag önmaga áll, s a világ minden folyamatát és jelenségét csak saját személyétől, önmagához való viszonyának szempontjából tudja átélni, illetve megítélni. Ezt a kezdeti állapotot *Piaget* kísér-

letileg is bizonyította. Emellett számos pszichológiai megfigyelés ugyancsak egyértelműen dokumentálja a kezdeti egocentrizmus állapotát (pl. a kisgyerekek, ha eltakarják a szemüket, azt hiszik, hogy őket sem látják, így játszanak bújócskát stb.).

Ebből az alapkoncepcióból kiindulva a felnőtté válás folyamata erkölcsi vonatkozásban nem más, mint a kezdeti egocentrizmus fokozatos leépülése, miközben egyre inkább szociális motívumok épülnek be a viselkedés regulációjába. Az erkölcsi fejlettség tekintetében normálisan fejlődöttnek tekinthető az a felnőtt ember, akinél az egocentrizmus leépülése és a szociális motívumok beépítése a személyiségbe olyan fokot ért el, hogy spontán eleget tud tenni a társadalmi együttélés követelményeinek. Ezen a spontaneitáson azt értjük, hogy külső fenyegetések és pressziók determináló hatása nélkül, az önmagával szemben támasztott erkölcsi követelmények elegendőek ahhoz, hogy magatartása, cselekedetei megfeleljenek a társadalmi együttélés szabályainak.

A *piaget*-i elmélet további gondolatmenete az erkölcsi magatartási szabályok interiorizálásának, a személyiségbe való beépülésének problémáival foglalkozik. Amennyiben a korai kisgyermek-kort és a szociális adaptációra képes felnőttiséget összehasonlítjuk, azt tapasztaljuk, hogy kisgyermekkorban a magatartási normák külső követelményként jelennek meg a gyermek számára, és ezeket személyes környezetének tagjai támasztják vele szemben. Felnőttkorban viszont azt tapasztaljuk, hogy az optimális fejlődés esetén ezek a hajdani külső követelmények az egyén önmagával szemben támasztott belső követelményeivé válnak.

Nyilvánvaló, hogy a kezdeti külső magatartási követelmények — amelyek a primer ösztönkielési formákat gátolják és szabályozzák — a gyermek számára kellemetlenek. Ezért joggal tehető fel a kérdés: milyen tényezők idézik elő az interiorizálás folyamatát, és készítetik az egyént arra, hogy e külső követelményeket elfogadja és beépítse személyiségébe?

*Piaget* felismeri és kísérletileg igazolja, hogy az erkölcsi követelmények interiorizálásának alapja az érzelmi életben keresendő. A gyermek élete azonban nem absztrakt módon létezik, hanem interperszonális kapcsolatok formájában; az érzelmek tehát kezdetben nem a magatartási szabályokhoz fűződnek, hanem azokhoz a személyekhez, akik e szabályokat képviselik. Az erkölcsi és magatartási követelmények elfogadása, interiorizálása vagy elutasítása tehát attól függ, hogy e követelmények kiktől származnak, ki támasztja azokat a gyermekkel szemben.

E gondolatmenet szerint respektábilis személynek nevezzük azt, akinek magatartási követelményeit, utasításait és tiltásait a gyermek fokozatosan a sajátjaként éli át.

A következő kérdés így hangzik: Mi által válik respektábilis személlyé a gyermek számára, érzelmileg mi jellemzi azt az interperszonális kapcsolatformát, amely a gyermekeket a respektábilis személyhez fűzi?

Kísérletileg igazolható, hogy e kapcsolatot kettős érzelmi kötöttség határozza meg: Egyrészt a szeretet, amely a gyermek élete szempontjából — testi, pszichés és szociális-jogi kiszolgáltatott helyzete miatt — létfontosságú, másrészt a félelem, amelynek motívuma, hogy e szeretet nem feltétel nélküli, tehát elveszthető. A gyermeknek ez a kettősen motivált érzelmi kötöttsége a felnőttet — a legtöbb esetben elsősorban a szülőket — avatja számára respektábilis személlyé.

Nem válik a felnőtt respektábilissá a gyermek számára, ha szeretete feltétel nélküli, tehát követelményekhez nem kötött. Ebben az esetben hiányzik a szeretet elvesztésétől való félelem motívuma, amely a gyermeket a magatartási szabályok interiorizálására készíti, hiszen a szabályok elutasítása sem veszélyezteti érzelmi biztonságát.

Ha pedig a szülő—gyermek kapcsolatban a félelem motívuma — pl. brutalitás, érzelmi ridegség stb. — dominál, ez aláássa a gyermek biztonságérzetét, agressziót szül, ami a felnőttel szembe-

ni oppozíciót, az általa támasztott követelmények érzelmi elutasítását eredményezi. A brutalizált, drillel nevelt gyermekeknél gyakori a látszat, hogy elfogadja a rákényszerített magatartási szabályokat, a valóságban azonban e követelményeknek csak a megtartásáról, de nem valódi elfogadásáról van szó, amely azonnal nyilvánvalóvá válik, ha a gyermek kikerül a presszió közvetlen hatása alól, vagy adott esetben egyenesen lázad ellene.

Mindezek alapján az antiszociális személyiségzavar kialakulásához a következő helyzetek vezethetnek:

a gyermek életében a követelmény nélküli szeretet következtében nem alakul ki a respektábilis személy;

a gyermek életében a brutális, rideg bánásmód következtében nem alakul ki respektábilis személy;

a respektábilis személy nem a társadalmilag elfogadott erkölcsi magatartási normákat közvetíti a gyermek számára (pl. kriminális környezet esetében).

3. A szociálisan megoldatlan agresszív telítettség. Az agressziót, ha definiálni akarjuk, akkor elsősorban a magatartás aspektusában ragadhatjuk meg: támadó, destruktív viselkedésnek tekinthetjük, mely célra irányuló, és megvan a reális lehetősége, hogy elérje a céltárgyat; a szociális interakciók egyik formája, konfliktusmegoldási lehetősége, amely a kriminalitás esetében hibás és sikertelen.

A bűncselekményekben igen erős oppozíciós, agresszív tendenciák nyilvánulnak meg a társadalmi közösséggel szemben. Ez az agresszivitás lehet egyrészt reaktív állapot, begyakorolt mechanizmus, amely a környezeti ártalmak hatására alakult ki; másrészt azonban utalhat a személyiségfejlődés általánosabb jellegű zavarára is, pontosabban olyan személyiségstruktúrára, amely nem szilárdult meg a felnőtt szintnek megfelelően.

Elgondolkodtató ugyanis, hogy fejlődéslélektanilag olyan életkori fázisokban találkozunk sokszor generalizáltan megnyilvánuló agresszív mechanizmusokkal, amikor valamilyen szinten és



formában a személyiség önállóvá, szuverénvé válásáról van szó. Ilyen fázis a két-három éves korban bekövetkező ún. „első dacorszak”, amikor az Én-tudat alakul ki, illetve a pubertás, amikor viszont a szuverén felnőtt személyiség kialakulása kezdődik meg.

Mindkét fejlődési fázist a környezettel szembeni oppozíció, agresszivitás jellemzi.

Fejlődéslélektani megközelítésben ezeket a korszakokat az jellemzi, hogy az egyénnek mintegy újra kell értékelnie saját helyzetét a környezetben, újra kell értékelnie lehetőségeit és határait a környezetével való viszonyában. E folyamatban számára segítségnek tűnik az oppozíció, az ütközés, amely világosan körvonalazza a személyiség helyét, lehetőségeit és határait az interperszonális kapcsolatok rendszerében.

Az oppozíció, a környezet tagjaival való ütközés tapasztalati és élményszinten megnyilvánuló segítség ahhoz, hogy az ember önmagát elhelyezze az interperszonális kapcsolatok rendszerében, a tendenciájában megfigyelhető új kapcsolatban a közösségváltások idején stb. A legtöbb új tanárt például provokálják a diákok, és legalább egy alkalommal kipuhatólják, hogy meddig mehetnek el az agresszivitásban, a figyelmetlenségben, vagyis hol vannak a tanár toleranciájának határai. A kirobbant konfliktus, „ütközés” erre megnyugtató választ ad. Ugyanez tapasztalható a páros, intim kapcsolatokban is — nyíltan agresszív vagy burkolt formában. Gyerekeknél megfigyelhető, hogy valóságos agressziós örvény alakul ki, ha a szülők részéről semmilyen ütközést, határmegvonást nem tapasztalnak. Ennek egyik oka, hogy megzavartá válik saját helyük, hatáslehetőségük értékelése a család struktúrájában, s ez aláássa biztonságérzetüket, szorongást mobilizál, újabb és újabb provokációra, „határkeresésre” indít.

A biztonságélmény egyik alapvető kritériuma, hogy az ember pontosan körvonalazottnak tudja saját helyét és hatáslehetőségeit az interperszonális kapcsolatok rendszerében.

Az a feltételezésünk, hogy az ontogenetikus fejlődésükben megzavart kriminálisok az átlagosnál lazább személyiségstruktúrával és főleg határokkal rendelkeznek; másként kifejezve: személyiségfejlődésük retardálnak tekinthető, és ez az állapot — analóg módon a korábbi fejlődési fázisokban tárgyaltakkal — már magában véve fokozhatja a társadalmi környezetükkel szembeni oppozíciós tendenciájukat, agresszivitásukat.

Ezt bizonyítja továbbá az az ismert tény is, hogy a visszaeső bűnözők a börtönviszonyokhoz — ahol a helyük, a szerepük és az életmódjuk óráról órára megszabott és határozottan körvonalazott — jól alkalmazkodnak. Ez azonban a szó *piaget*-i értelmében inkább asszimilációnak tekinthető, tehát az alkalmazkodás alacsonyabb szintjének, és nem valódi adaptációnak. A börtönélet fő jellegzetessége ilyen tekintetben mégiscsak az, hogy a fölérendelt személyek határozzák meg az életvitel minden mozzanatát, s ez analóg a kisgyermekkorai élményanyaggal. Ezzel párhuzamosan megszűnik minden egyéni felelősség is, a bűnözők sorsát mások irányítják. Ezt a helyzetet időszakosan is csak olyan ember tudja jól tolerálni, aki személyiségfejlődésében éretlen.

Statisztikailag kimutatható, hogy a börtönben a különböző fegyelmi konfliktusokba — leszámítva a pszichopata bűnözőket — inkább az első büntényesek kerülnek, mint a többszörösen visszatérő kriminálisok.

A probléma lényege abban foglalható össze, hogy azok a generalizált oppozíciós reakciók, amelyek fiziológiásnak fogadhatók el a gyermekkor és a pubertás bizonyos fázisaiban, a bűnözőknél a felnőttkorban is megmaradnak, éppen az éretlen szinten rögzült, laza struktúrájú és határú személyiség következtében.

## IRODALOM

- A deviáns viselkedés szociológiája. (Szerk. *Andorka R.—Buda B.—Cseh-Szombathy L.*) Gondolat, 1974.
- Bűnöző fiatalok. (Szerk. *Münnich I.—Szakács F.*) Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1977.
- Gegesi Kiss P.—P. Liebermann L.*: Személyiségzavarok gyermekkorban. Akadémiai Kiadó, 1965.
- Gödöny József*: Társadalmi-gazdasági fejlettség és bűnözés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1976.
- Gönczöl Katalin*: A visszaeső bűnelkövető tipológiája. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1980.
- György Júlia*: Az antiszociális személyiség. Medicina, 1967.
- György Júlia*: A nehezen nevelhető gyermek. Medicina, 1978.
- Huszár Tibor*: Fiatalkorú bűnözők. Tankönyvkiadó, 1964.
- Kertész Imre*: A kihallgatási taktika lélektani alapjai. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1965.
- Marcsekne Klaniczay Sára*: Prepubertásos csavargás esete. Magyar Pszichológiai Szemle, 1976, 395—401.
- Mérei F.—Szakács F.*: A klinikai pszichológia gyakorlata. Medicina, 1974.
- Molnár József*: Galeribűnözés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1971.
- Münnich Iván*: Az emberölést elkövetett személyek lélektanáról. Kriminológiai Tanulmányok, 1973, X.
- Münnich Iván*: Visszaeső bűnözők személyes tere, perceptuális orientációja, szorongásos színvonalá mint a nyílt támadó viselkedés jelzései. Magyar Pszichológiai Szemle, 1977, 245—257.
- Münnich I.—Rózsa J.*: Deviáció, tanulás, kriminalitás. Kriminológiai Tanulmányok, 1977, XIV.
- Münnich Iván*: Szociális tanulás és agresszió. Kriminológiai Tanulmányok, 1978, XV.
- Pertorini Rezső*: Személyiségzavarok. Medicina, 1972.
- Popper Péter*: Fiatalkorú bűnözők személyiségvizsgálatának néhány tapasztalata. Pszichológiai Tanulmányok, Akadémiai Kiadó, 1962, IV.
- Popper Péter*: A kriminális személyiségzavar kialakulása. Akadémiai Kiadó, 1970.
- Popper Péter*: Kriminálpszichológia. In: Alkalmazott pszichológia. (Szerk. *Lénárd Ferenc*) Gondolat, 1972.
- Popper Péter*: Antiszociális csoportok keletkezése fiatalokban. Pszichológiai Tanulmányok, Akadémiai Kiadó, 1975, XIV.
- Ranschburg Jenő*: Félelem, harag, agresszió. Tankönyvkiadó, 1973.

- Raskó Gabriella*: A szociológia és a kriminalitás. I. Kriminológiai Tanulmányok, Akadémiai Kiadó, 1973, X.
- Raskó Gabriella*: A szociológia és a kriminalitás. II. Kriminológiai Tanulmányok, 1974, XI.
- Raskó Gabriella*: A női bűnözés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1978.
- Rózsa J.—Münnich I.*: Az erőszakos nemi közösülés kriminológiája. Kriminológiai Tanulmányok, 1972, 51—104.
- Rózsa János*: Szexuális bűnözés. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1977.
- Szabó András*: A fiatalok és a büntetőjog. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1961.
- Szegedi Márton*: A gyermekkori alkoholfogyasztás szociálpszichológiai vonatkozásai. Magyar Pszichológiai Szemle, 1976, 232—242.
- Szvjatoszov, N.*: A vádlott személyiségének tanulmányozása. Szocialista Törvényesség 11. 1958.
- Vermes Miklós*: A kriminológia alapkérdései. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1974.
- Vigh József*: A fiatalkori bűnözés és a társadalom. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, 1964.
- Vigh J.—Földvári J.*: Kriminológiai alapismeretek. Tankönyvkiadó, 1979.
- Vikár György*: Fókuszterápia lehetőségei a serdülőkorban. Magyar Pszichológiai Szemle, 1977, 611—623.
- Vikár György*: Az ifjúkor válságai. Gondolat, 1980.

---

Megjelent: Alkalmazott pszichológia. Kriminálpszichológia (részlet). Szerk: Lénárd Ferenc, 4. átdolgozott, bővített kiadás. Gondolat, Budapest, 1984. 470—498.

## II. MÓDSZERTAN

### AKULÁSA AZ ÚJSZÜLT- ÉS A KORAI CSECSEMŐKORBAN

Makó Zita—Göge Kiss Pál—Popper Péter—Schmidgall Iván

#### I.

Az újszülött jó közérzetét nyugodt alvással, a más valamennyire fejlettebb korú csecsemő mozgásával, jellegzetes arcra-kénné, gyöngösmé, az „örvös” mozgásával és mindet egyetemes testi fejlődéssel, vagyis eurófiával és eurófiával jele. A sírás viszont észlelhető és csecsemőkorból a kellemetlen, rossz közérzetnek, valamelyes hiányérzetnek, lényegében a kellemetlen érzés „nekem rossz”-nak a jele. Ezen egészen fiatal életkorban a sírás, a hangzárattal jelzés nem egyetlen és főleg nem szabad érzelmileg jellegű „nekem rossz” jele, hanem a csecsemő a környezeti kellemetlen közérzet, a „nekem rossz” többféle okáról a fő közérzet megjelölésére szolgál. A különböző okok által kiváltott sírások jellege már az első életnapokban a aromatikussá, különösen az érzékzervi, a mentális és főként az orvosi fejlődéssel párhuzamosan változik. A csecsemőkori sírások jellegét a szűkebb vizsgálati módszerrel korábbi tanulmányunkban foglaltuk össze (Makó Z. és társai, 1960).

Jelen vizsgálatunkban a különféle jellegű sírások jellegzetességével, valamint a sírásnak a környezet számára adott információ tartalmával foglalkozunk. Vizsgáljuk, hogy mit jelent a sírás az érdeklődő-gyermek szempontjából. Azért tartjuk ezt fontosnak, mert a sírásnak a környezet által a csecsemőnek sokféle jellegű alapja a szülőket választó reakciókhoz is, illetve annak, hogy a csecsemő az anyja, de általában a szülő, a környezetet érzékeli.



# A SÍRÁSOKOK ALAKULÁSA AZ ÚJSZÜLÖTT- ÉS A KORAI CSECSEMŐKORBAN

Makói Zita—Gegesi Kiss Pál—Popper Péter—Schmideg Iván

## I.

Az újszülött jó közérzetét nyugodt alvással, a már valamennyire fejlettebb korú csecsemő mosolygással, jellegzetes arcmimikával, gügyögéssel, ún. „repeső” mozgással és mindenekelőtt egyenletes testi fejlődéssel, vagyis eutrófiával és eufóriával jelzi. A sírás viszont újszülött- és csecsemőkorbán a kellemetlen, rossz közérzetnek, valamilyen hiányérzésnek, lényegében valamilyen aktuális létezési „nekem rossz”-nak a jele. Ezen egészen fiatal életkorban a sírás, a hangzással jelzés nem egyetlen és főleg nem csupán érzelmi jellegű „nekem rossz” jele, hanem a csecsemő a sírással a kellemetlen közérzet, a „nekem rossz” többféle okáról ad a környezet számára jelzést. A különböző okok által kiváltott sírások jellege már az első életnapokban a szomatikus, különösen az érzékszervi, a mentális és főként az érzelmi fejlődéssel párhuzamosan változik. A csecsemőkori sírásnak általunk használt vizsgálati módszereivel korábbi tanulmányunkban foglalkoztunk (Makói Z. és mtsai, 1970).

Jelen vizsgálatosorozatunkban a különböző jellegű sírások alakulásával, valamint a sírásnak a környezet számára adott információtartalmával foglalkoztunk. Vizsgáltuk, hogy mit jelent a sírás a szülő—gyermek kapcsolatban. Azért tartjuk ezt fontosnak, mert a sírásnak a környezet általi értelmezése sok más mellett alapja a szülők válaszreakcióinak is, illetve annak, hogy elsősorban az anya, de általában a szülők, a környezet felnőttjei

a csecsemő sírására mennyire reagálnak adekvátan (megetetik-e, tisztába teszik-e, foglalkoznak-e vele stb.).

*Gardiner* már 1832-ben leírta, hogy a csecsemők a sírással könnyen jelzik kívánságaikat, örömeiket, fájdalmukat — már jóval a szavak használatának megtanulása, vagyis a szóval beszélés funkció kialakulása előtt. *Aldrich* és munkacsoportja (1945, 1946) 42 csecsemőnél vizsgálta az anyák segítségével 8—22 napos életkorukig otthoni körülmények között a sírások mennyiségét, okát. A különböző okok között számszerűleg az éhség-sírás vezetett. Sírást kiváltó okok lehetőségeként feltüntették még a hideget, a túlmelegedést, a széklet-, vizeletürítést, a fürdetést, a fény- és hangingert, továbbá ismeretlen tényezőket. Foglalkoztak a szülészeti újszülöttszályon levők sírásával is. Megállapították, hogy az ilyen újszülöttek sírásmennyisége csökken a nővéri ápolás javításával. A légnyomás változásának jelentős hatást nem tulajdonítottak. Az újszülötteknél a sírásokok között leginkább az éhség szerepelt, a vizeletes pelenka a sírásokoknak csak kis részét adta. *Brazelton* (1962) 80 anya által az első 12 élethéten feljegyzett sírásokkal foglalkozott. Az anyák naponta regisztrálták a sírások vélt okát, idejét, a sírások kezdetének jellegét. Megfigyelték, hogy 6—7 hetes korban sírnak legtöbbit a csecsemők. A 8. héten észlelt sírásmennyiség csökkenésével egybeesik más funkciók megnyilvánulásának emelkedése (cumizás, gügyögés, kéznézés). *Illingworth* (1955) az empiria alapján a csecsemőkorban különböző okok (így éhség, fény, felvevés kívánása) által kiváltott sírások előfordulásával foglalkozott.

## II.

1. Saját vizsgálatainkban az *éhségsírás* megjelenésének idejét a II. sz. Női klinikán 1972—1973-ban született 100 egészséges, érett újszülöttnél jegyeztük fel.

Éhségsírásként értékeltük azt a sírásfajtát, amelyet az újszülött



szopó-kereső mozdulatokkal kísért, amelynek hangzását a gyakorlott ápoló személyek éhségsírásnak vélték, amely etetés után teljesen megszűnt, és amelynél más sírásokok biztosan kizárhatók voltak. A csecsemők éhségsírásának életkorra jellemző sajátosságait korábbi közleményeinkben részletesen leírtuk (*Gegesi Kiss P. és mtsai, 1972*). Anyagunkban az újszülöttkori éhségsírás vagy éhségordítás (ahogy az újszülöttekkel foglalkozó szakemberek a jellegzetes éhségsírást szintén nevezik) megjelenésének ideje szerint két kiugrást mutatott: a megszületés utáni 4—7. és 13—16 óra között. Ez a tény azért is figyelemre méltó, mert a gyermekgyógyászati klinikum tapasztalatát követve általában a születés után betöltött 12 órás életkor után szokás először mellre tenni az újszülötteket.

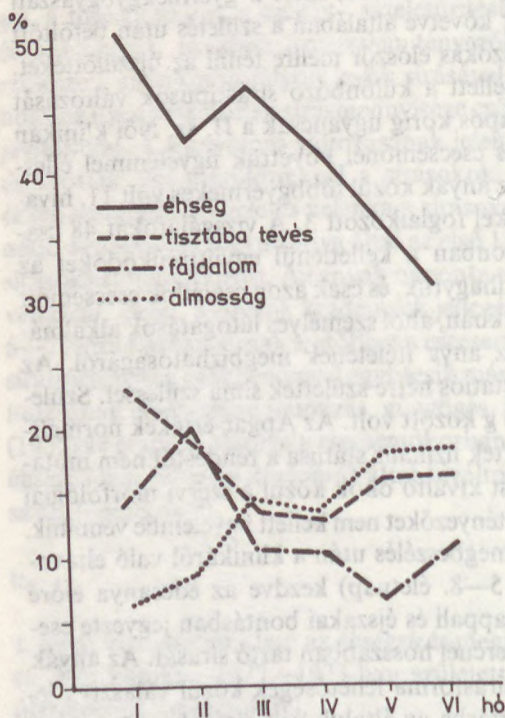
2. Az éhségsírás mellett a különböző sírástípusok változását újszülöttkortól 6 hónapos korig ugyancsak a II. sz. Női klinikán született 30 egészséges csecsemőnél követtük figyelemmel édesanyjuk segítségével. Az anyák közül többgyermekes volt 11, hivatásszerűen gyermekekkel foglalkozott 3. A vizsgálatokat 48 családnál kezdtük el, azonban a kelleetlenül együttműködőket az anyagunkból később kihagytuk, és csak azon családok csecsemőit hagytuk benn anyagunkban, ahol személyes látogatások alkalmával meggyőződünk az anya ítéletének megbízhatóságáról. Az újszülöttek 37—42. gestatiós hétre születtek sima szüléssel. Születési súlyuk 2500—4600 g között volt. Az Apgar-értékek normálisak voltak. Az újszülöttek fizikális státusa a rendestől nem mutatott eltérést. Így a sírást kiváltó okok közül a szervi morfológiai és szervi patofiziológiai tényezőket nem kellett figyelembe vennünk.

A szülőkkel történt megbeszélés után a klinikáról való eltávozás napjától (átlag az 5—8. életnap) kezdve az édesanya előre elkészített táblázaton nappali és éjszakai bontásban jegyezte csecsemőjének minden 2 percnél hosszabban tartó sírását. Az anyák az általunk megadott sírásforma lehetőségek közül választva jegyezték fel a nyilvántartásba az általuk vélt sírásokokat.

Az anyák által választható sírásokokat két csoportba osztot-

tuk: A) a testi-szervezeti szükségleteket, illetve szomatikus diszkomfortot, „nekem rossz” állapotot kifejező sírásokok: éhség, fájdalom, álmodás és tisztába tevés kívánása: B) az emocionális-szociális diszkomfortot, illetve a pszichés igényt, a pszichés jellegű hiányt jelző sírásokok: unatkozás, anya és tárgyi jelenlétmegvonás, anya vagy tárgy utáni vágyakozás, ijedtség, nyugtalan környezet.

Az egyhónapos, tehát a tágabb újszülöttkorban az összes sírásfajták 50,8%-a éhségsírás volt. Ez az arány hathónapos életkorra 30,5%-ra csökkent.

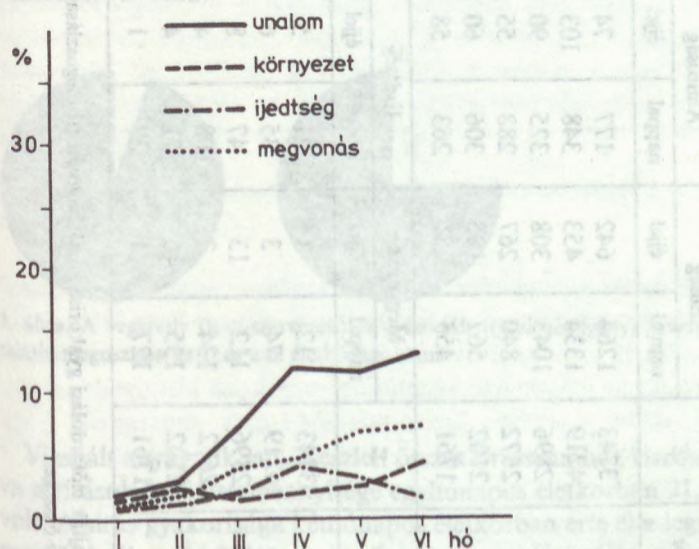


1. ábra. A sírásfajták közül a testi-szervezeti szükséglet, illetve a szomatikus diszkomfort relatív gyakorisága

Hathónapos életkorra viszont az álmoság okozta sírások száma jelentősen emelkedett (6,7%-ról 18,2%-ra). A tisztába tevés kivánása ezen idő alatt nem mutatott jellegzetes változást.

A fájdalom miatti sírás a 2. élethónapban mutatta a legmagasabb értéket (19,8%), majd számuk fokozatosan csökkent (9,5%, 1. ábra).

Az emocionális-szociális jellegű diszkomfort, illetve a pszichés igény, a pszichés jellegű hiány miatti sírásokok közül az unalom az újszülöttkortól a 6 hónapos életkorig 2,1%-ról 13%-ra, a megvonás 0,25%-ról 7,25%-ra emelkedett. Az ijedség és a környezeti kedvezőtlen változások által kiváltott sírások száma nem változott jellegzetesen (2. ábra).



2. ábra. A sírásfajták közül az emocionális-szociális diszkomfort, illetve pszichés igény relatív gyakorisága

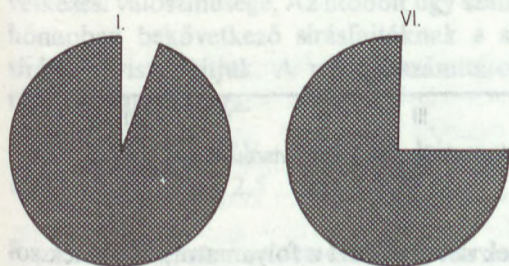
Sírásokok alakulása újszülött- és korai csecsemőkorban

Életkor	$\Sigma$	Éhség		Álmosság		Fájdalom		Unatkozás	
		nappal	éjjel	nappal	éjjel	nappal	éjjel	nappal	éjjel
I.	3743	1264	642	177	74	349	196	64	15
II.	4219	1334	453	348	103	591	243	129	11
III.	2896	1043	308	325	90	244	61	199	4
IV.	2672	840	267	288	55	216	45	266	54
V.	2102	567	185	306	60	91	45	217	20
VI.	1761	455	81	263	58	105	63	224	5
Életkor	$\Sigma$	Megvonás		Ijedtség		Környezet		Tisztába tevés igénye	
		nappal	éjjel	nappal	éjjel	nappal	éjjel	nappal	éjjel
I.	3743	12	1	21	5	43	9	628	242
II.	4219	74	3	35	6	64	41	621	163
III.	2896	112	13	47	8	50	1	315	76
IV.	2672	134	3	108	4	49	6	271	66
V.	2102	135	15	71	4	30	25	265	70
VI.	1761	127	1	27	1	27	52	226	46

A sírásfajták előfordulási gyakoriságának havonkénti megoszlása (születéstől VI. hóig.)  $\Sigma$  = a sírások számának havonkénti összege.

Az éjszakai sírások leggyakoribb oka egyhónapos életkorban (újszülöttkor) az éhség volt (17,1%). Hathónapos életkorra az éjszakai sírások száma jelentősen csökkent (az éhségsírás 0,6%-ra). Az éjszakai és más sírásokok csaknem egyenletesen oszlottak meg. A sírásfajták előfordulási gyakoriságának havonkénti megoszlását (születéstől VI. hóig) a táblázat mutatja.

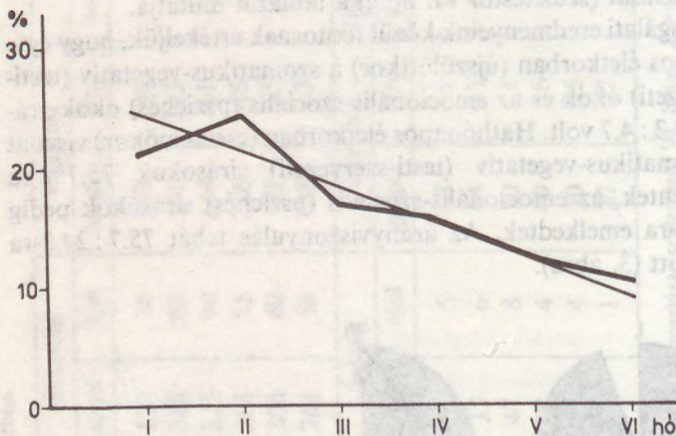
Vizsgálati eredményeink közül fontosnak értékeljük, hogy egyhónapos életkorban (újszülöttkor) a szomatikus-vegetatív (testi-szervezeti) okok és az emocionális-szociális (pszichés) okok aránya 95,3 : 4,7 volt. Hathónapos életkorban (csecsemőkor) viszont a szomatikus-vegetatív (testi-szervezeti) sírásokok 75,7%-ra csökkentek, az emocionális-szociális (pszichés) sírásokok pedig 24,3%-ra emelkedtek. Az arányviszonyulás tehát 75,7 : 24,3-ra változott (3. ábra).



3. ábra. A vegetatív (testi-szervezeti) és a szociális (pszichés igény) sírásfajták relatív megoszlása az 1. és a 6. élethónapokban

Vizsgált anyagunkban az észlelt összes sírásszámhoz viszonyítva a sírások havi összmenyisége egyhónapos életkorban 21,5% volt. A sírás gyakorisága kéthónapos életkorban érte el a legmagasabb értéket (24,25%), majd ezen életkor után a sírás gyakorisága egyenletesen csökkent, és hathónapos korra már csak 10,1% volt (4. ábra).

3. Vizsgáltuk, hogy a csecsemő sírásával miként jut át az információ a külvilágba. A csecsemősírásnak mint jelzőfunkciónak információt hordozó jellegéről korábbi eredményeinket már közzöltük (Popper P. és mtsai, 1972).



4. ábra. A sírások havi száma az összes síráshoz viszonyítva

Információátvitelnek nevezzük azt a folyamatot, amelynek során az információt adó (jelen esetben a csecsemő) az információ segítségével csökkenti az információt vevőnek (jelen esetben az anyának) az információ jelentésére vonatkozó bizonytalanságát. Esetünkben a jelentés bizonytalansága arra vonatkozik, hogy vajon miért sír a csecsemő. Az átjutott információk által hordozott tartalomnak nyilván akkor kell a legintenzívebbnek lennie, ha az adott szituációra vonatkozó két információjelentés lehetőségének előfordulási valószínűsége azonos. Az információ átvétele előtt ugyanis ebben az esetben a legnagyobb az átvevőben a bizonytalanság.

Azt az információmennyiséget, amely két egyformán valószínű lehetőség közül az egyik megtörténtéről ad jelet, az információ egységének tekintjük. Neve: bit.

Abban az esetben, ha  $N$  számú lehetőség közül az  $i$ -edik lehetőség bekövetkeztének a valószínűsége  $p_i$  (feltéve, hogy a lehetőségek közül az egyik és csak az egyik biztosan bekövetkezik), az átvitt átlagos információ mennyisége ( $H$ ) ebben a rendszerben a következő összefüggéssel írható le:

$$H = - \sum_{i=1}^N p_i \log p_i.$$

$H$ -t akkor kapjuk bitben, ha log 2-es alapú logaritmust jelent. A példaként hozandó vizsgált eseteinkben az  $N$  (a csecsemősírások fajtáinak száma) = 8, a  $p_i$  pedig valamelyik sírásfajtának bekövetkezési valószínűsége. Az utóbbit úgy számoljuk ki, hogy az egy hónapban bekövetkező sírásfajtáknak a számát a havi összes síráshoz viszonyítjuk. A példák számításeredményét az alábbi táblázat tartalmazza:

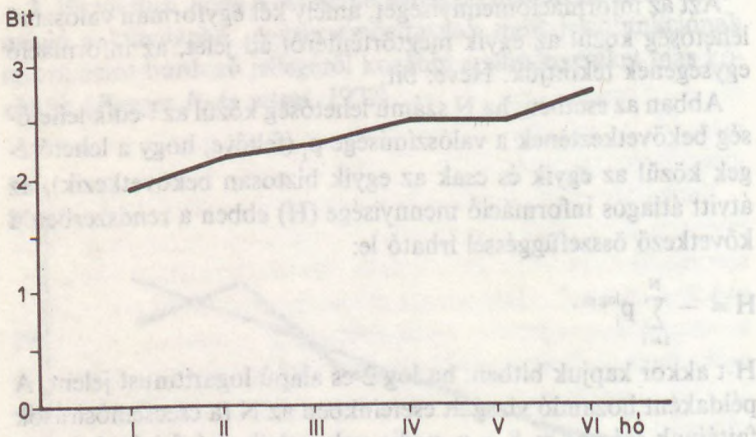
I.	II.	III.	IV.	V.	VI. hónap
1,925	2,2	2,32	2,5	2,56	2,78

E számítás szerint a csecsemősírásban hordozott információtartalom az első élethónapig (újszülöttkor) közel 2 bit. Ez a 6. élethónap végére (csecsemőkor) közel 2,8 bit-re növekszik (5. ábra).

III.

Vizsgálataink eredményeiből a következőket emeljük ki:

1. Amíg a sírások száma az újszülöttkortól a csecsemőkorig (az 1. élethónaptól a 6. élethónapig) átlagban havi 2%-kal csökken, addig ezen idő alatt a sírással átvitt információ tartalma mintegy havi 9%-kal nő.



5. ábra. A sírás információtartalma

2. A sírásokok jelentős változása azt bizonyítja, hogy a szocializációs folyamat már az első hat élethónapban megindul. Különösen az emocionális-szociális (pszichés) sírásokok számának megötszöröződése mutat arra, hogy az emberi lény már ebben a korai újszülött—csecsemő életszakaszban kezd átalakulni a korábban csupán biológiai jellegű lényből biológiai-szociális ötvözetű lényé. Adataink arra mutatnak, hogy már az ilyen fiatal csecsemők közérzetét és funkcionális fejlődését jelentősen befolyásolják az érzelmi és más társas kapcsolatok is.

3. E vizsgálataink is alátámasztják a modern gyermekgyógyászatnak klinikánk által már régen képviselt azon álláspontját (*Gegesi Kiss P.* 1967), hogy a korszerű emberré nevelésben a helyes orvosi jellegű csecsemőgondozás mellett már az egészen fiatal életkorban elengedhetetlen a pszichológiai ismeretek megfelelő alkalmazása.

Az adatok feldolgozásában nyújtott segítségért köszönetünket fejezzük ki *Jákó Rékának*.



## IRODALOM

- Aldrich, C. A.: J. Paediat. 27, 428 (1945)
- Aldrich, C. A., Sung, Ch. és Knop, C.: J. Paediat 26, 313 (1945)
- Aldrich, C. A., Norval, M. A., Knop, C. és Fenegas, F.: J. Paediat. 28, 665 (1946)
- Brazelton, T. B.: Paediatrics. 29, 579 (1962).
- Doluhanov: Bevezetés az információ elméletébe. Műszaki Könyvkiadó, Budapest (1959)
- Gardiner, W.: The music of nature (Human Cries). Chapt X. P. 195. London (1832)
- Gegesi Kiss P.: Pszichológiai Tanulmányok. 10, 29 (1967)
- Gegesi Kiss P., Makói Zita, S. Szöke Zsuzsanna, Sasvári L. és Popper P.: Act. Paed. Acad. sci.hung. 13, 323 (1972)
- Illingworth, R. S.: Br. Med. J. 1, 75 (1955)
- Makói, Zita, Popper, P. és Gegesi Kiss, P.: Act. Paed. Acad. sci.hung. 11, 281 (1970)
- Popper P., Makói Zita és Gegesi Kiss P.: Pszichológiai Tanulmányok, 13, 461 (1972)

# „ELRONTOTT” CSALÁDRAJZOK SZEREPE A GYERMEK-PSZICHODIAGNOSZTIKÁBAN

Feuer Mária

## BEVEZETÉS

Családrajzokkal a szakirodalomban először *Appel* foglalkozott, de ő a család mellé még házat és állatot is rajzoltatott. *Minkowska* és *Minkowski* az „Ez az én családom, ez az én házam” című tematikus rajzot készítette. *Porot* az 1950-es években önállóította a családrajzot mint a familiáris kapcsolatrendszer feltárásának egyik eszközét.

Ma a gyermek-pszichodiagnosztikában gyakori eljárás a családrajz készíttetése, amelyet mint egy projekciós folyamat képi megnyilvánulását értékeljük és értelmezzük. Értékes információkhoz juthatunk a családstruktúráról, a családon belüli interperszonális viszonyokról — a rajzoló szemszögéből nézve. A családrajzokon gyakran láthatóvá válnak nem tudatos elemek, olyan rejtett hierarchikus viszonyok, esetleges vágyak, fantáziák vagy aktuális érzelmek, indulatok, hangulatok, amelyek verbális megfogalmazására a gyerek nem képes.

*Schliebe* (*Sáray*, 1937) figyelt fel arra, hogy a gyerek is tud különféle emocionális állapotokat rögzíteni rajzain. *Sáray Juliana* (1937) is ezt tapasztalta kísérletei során. Fát rajzoltatott, majd arra kérte a vizsgált személyeket, hogy örülő, féltő, szenvedő és halott fát ábrázoljanak. A gyerekek sikerrel oldották meg e nehézségű feladatot. Vonalvezetéssel és/vagy színezéssel ki tudták fejezni a kért érzelmeket, képesek voltak ezen alapvető emoci-

onális állapotok megjelenítésére. Joggal feltételezhetjük tehát, hogy az efféle képi lehetőségek adott alkalommal az emberrajzokban is megjelennek.

## INSTRUKCIÓ

A többféle lehetséges instrukció közül mi minden esetben a „Rajzold le a családot!” — formulát használtuk. Véleményünk szerint ez a lehető legtágabb megfogalmazása kérésünknek, a legkevesebb szuggesztívot tartalmazza, s egyben arra készíti a rajzolókat, hogy lehetőleg a reális, aktuális helyzetet ábrázolja, ne tévedjen teljesen a vágyak, fantáziák birodalmába.

A „Rajzold le a családod tagjait!” — instrukció több lehetőséget enged arra, hogy az illető csak a „tagokat”, de saját magát ne rajzolja le (Harsányi, 1965). A „Rajzolj egy családot!” formula pedig inkább a vágyfantáziáknak nyit utat, s így a rajz értékelése-értelmezése is több szubjektivitást enged meg.

A gyerek bármilyen kérdésére megengedő-kitérő választ adtunk. Pl.: „Használhatok színeket is?”; „Magamat is lerajzoljam?”; „Együtt lakunk a nagymamával, ő is kell?” Az efféle kérdésekre metakommunikációval vagy verbálisan az „ahogy te gondold; ahogy akarsz; rád van bízva”-féle feleletet adtunk.

A rajzoláshoz minden esetben A/4-es papírt, színes ceruza- és filctollkészletet, valamint radírt tettünk a gyerek elé.

Munka közben nem tettünk fel kérdéseket a gyerekeknek, nem beszélgettünk velük, s korlátlan időt biztosítottunk számukra a rajzoláshoz. A vizsgálatok négy szemközti szituációban történtek, a vizsgálatvezető mindvégig a helyiségben tartózkodott.

A családrajz-instrukció általában a 3-4. ülésen hangzott el, tehát az ismerkedésen már túl voltunk, de az érdemi terápiás munka még nem kezdődött el; a paciens teherbírását figyelembe véve a diagnosztikus vizsgálatok vége felé jártunk.

Véleményünk szerint a 6—12 éves korosztály családrajzai használhatók leginkább a diagnosztikus munkában. Ugyanis 5 éves kor után kezdenek a gyerekek arra törekedni rajzaikban, hogy az „jó egész” legyen, s 6 éves kortól látszanak a szerkesztés kezdeti jelei. Vagyis ebben az életszakaszban már képesek primitív kompozíciót létrehozni. A gyerekraajz kifejezőképességét az érzelmvezéreltség határozza meg, a dolgokhoz — emberekhez — való aktív emocionális viszony a döntő (Székácsné, 1970). A vizsgált korosztály tehát fejlődéslélektani szempontból a leíró szimbolizmus, más néven képzeletszerű vagy szubjektív rajzolás (7—9 év) és az optikai realizmus, más néven jelenségszerű ábrázolás (10—12 év) szakaszának felel meg (Nagy, 1905; Schmidt, 1934; Székácsné, 1970).

A gyerekek túlnyomó többsége ebben az életkorban szívesen lát munkához a felszólítás elhangzása után, a feladat nem szokott gondot okozni számukra. A szabad, oldott légkör, a terapeuta és a paciens már kialakulófélben levő jó kapcsolata, az értékeléstől, a teljesítmény-kívánalmaktól mentes együttlétekben még azok a gyerekek is nagy ügybuzgalommal látnak a rajzolásnak, akik egyébként már tudják magukról, hogy „ügyetlenek”, rajzaik általában nem sikerülnek elképzeléseiknek megfelelően, s ezért nem is szeretnek rajzolni.

#### HA „CSÚNYA” LETT A RAJZ...

Tapasztalataink szerint, ha egy családtag ábrázolása nem sikerül, vagy „véletlenül elromlik”, a gyerek új papírt kér, néha a régit el is szakítja vagy összegyűri, s ismét elkezd a munkát. Ez azonban ritkán fordul elő, általában úgy hagyja a családtagokat, ahogyan azok sikerültek, s csak a munka befejeztével szokták hozzáfűzni,

hogy ez vagy az a figura ezért vagy azért nem sikerült, „csúnya” lett.

Szintén ritkák azok a rajzok, amelyekben a gyerek az „elrontott” figurát nem radírozza ki, meghagyja az éppen csak elkezdett vagy félig kész alakot a papíron, s áthúzással, összefirkálással próbálja eltüntetni, majd tovább folytatja a rajzot az előbbi sikertelen figura újrarajzolásával vagy más családtaggal. Néha a szemmel láthatóan esztétikus rajzolásra törekvő gyerekek is otthagyják az átfirkált személyt. Az otthagytott sikertelen figura helyére tehát mást már nem lehet rajzolni, az elrontás miatt újabb elhelyezési sorrendet kell kialakítani, s előfordul például, hogy aki korábban az első helyen lett volna, végül az utolsóra kerül, vagy az első sorból a harmadikba csúszik. Ezt az érdekes és ritka jelenséget megfigyelve kiderült, hogy az elrontott családtag a vizsgált személy számára érzelmileg kulcsfontosságú figura, s ez a tény alaposabb vizsgálódás után a diagnózis kialakításában esetleg döntő súllyal eshet latba.

#### HOGYAN KELETKEZIK AZ ELRONTÁS?

Az elrontott, majd korigált rajzok keletkezésének lelki mechanizmusát összefüggésbe hozhatjuk a Freud által feltárt elvétések pszichés mozgatórugóival (Freud, 1958, 1986).

A gyerekekben az instrukció hatására a kivitelezés során a családtagjaival kapcsolatos nem tudatos gondolatok is megérintődnek. Úgy tűnik, hogy a rajzoló az ábrázolás során nem képes kontroll alatt tartani a tudattalanból feltörő, a mindennapi életben általában nem közölhető, részben elfojtott érzelmeket, indulatokat, vágyakat. Ezeknek szándéktalan megjelenését csak utólag, a látvány hatására észleli, s csak ekkor képes kontrollálni, vagyis az elvétést követően, utólagosan cenzúrázni. Hogy ez a rajzban kifejeződő mechanizmus mennyire így van, bizonyítják a többszö-

rös elrajzolások. Jól ismert tény, hogy egy elszólást, elírást vagy tévcselekvést gyakran több is követ egymás után, szinte sorozatszerűen.

Feltételezzük továbbá, hogy azokban az esetekben, amikor a gyerek a rajzot nem tépi el vagy gyűri össze, hanem az elrajzolt alakot s a részben elrontott családot nyújtja át a terapeutának, ezt közlési szándékkal teszi. Ez a szándék — szintén nem tudatosan — jelentheti egyfelől azt, hogy paciensünk „jóban van” velünk, bizalommal van irántunk, vagyis megengedhetőnek tartja titkai közlését; másfelől gyógyulási szándékát is kinyilvánítja, vagyis hajlandónak mutatkozik a problémák megmutatására, feltárássá-ra. (A 4. rajzot [ld. később] készítő kislány szülei például többek között elmondták panaszként azt is, hogy a gyerek nem tűri, ha valami nem úgy sikerül, mint ahogy szeretné, házi feladatát képes háromszor-négyszer is leírni, amíg az a legkisebb hiba nélkül való lesz. A rendelőben mégis hajlandó volt úgy hagyni az elrontott családot.) Az összegyűrt, majd otffelejtt rajzok a „mondom is, nem is” ambivalenciájára utalhatnak.

A miszlikre szagatott vagy esetleg zsebre tett és hazavitt ábrázolásokat egyrészt az elrajzolás láttán — akárcsak az elszólás hallatán — hirtelen beálló nagyfokú zavar nyomán fellépő indulat hozhatja létre; másrészt a meg nem mutató, az elrejtés, eltitkolás szándéka. Ezekben az esetekben a nagyobb mértékű elfojtáson kívül feltételezzük, hogy a gyerekekkel való kapcsolatunk nem eléggé oldott, bizalmát még nem sikerült megnyernünk.

#### MEGFIGYELÉSI ÉS ÉRTÉKELÉSI SZEMPONTOK

A családrajzokat a legkülönbözőbb szempontok alapján szoktuk értékelni (*Gegesi Kiss—Liebermann, 1965; Harsányi, 1965*). Az alábbiakban a legfontosabbakat közöljük.

A látvány alapján, a megfigyelés szempontja:

- a rajz általános színvonala, az életkori átlagtól való eltérés mértéke akár pozitív, akár negatív irányban
- a rajzlap felületének felhasználása
- az elrendezés térhatása (szétesettség, ziláltság, ritmusosság stb.)
- mekkora a térköz az egyes figurák között
- a családtagok egymástól való elválasztására utaló vonalak vagy vonalhálózat
- kivel kezd és kivel zárja a rajzot
- melyik családtagot hányadiknak rajzolja
- kit ki mellé, esetleg alá-fölé rajzol
- önmaga elhelyezése
- méretbeli viszonyok a rajzon belül
- ki ki felé fordul, kinek fordít hátat
- ki kivel érintkezik
- egy-egy családtag különös, jellemző, másoktól megkülönböztető jegyei
- ki kire hasonlít a rajzon belül
- az egyes alakoknál produkált vonalvezetés közötti különbségek
- az egyes figurák arckifejezése
- a figurák ruházata
- mozdulatok
- az alakon egyes testrészek váratlan hiánya vagy indokolatlan kicsinyítése, vagy felnagyítása
- van-e olyan családtag, aki „viccesen” van ábrázolva, valamilyen feltűnő tulajdonság kiemelésével karikatúraszerűen hat
- díszítettség
- színezés
- esetleges más elemek, pl. tárgyak ábrázolása
- kit hagy ki a rajzról.

Az elrontott családrajzok különös megfigyelési szempontjai:

- kit ront el
- hányszor rontja el
- újra rajzolja-e az elrontott figurát vagy elhagyja
- az elrontás következtében honnan hová kerül a figura
- mi a különbség az elrontott és a jól sikerült alak között.

A megfigyelések alapján a családrajz értelmezésének néhány szempontja:

- az egész rajz összbenyomása (izgatottság, nyugalom stb.)
- milyen összefüggésben vannak ábrázolva a családtagok
- a családtagok közötti hierarchia
- családtagok és a rajzoló közötti rokon-, illetve ellenszenvek, indulatok
- saját szorongás és agresszió
- saját szükségletek, vágyak
- önértékelés
- a családstruktúra a rajzoló szempontjából.

#### NÉHÁNY ILLUSZTRÁCIÓ

Az alábbiakban illusztrációképpen saját anyagunkból bemutattunk néhány elrontott családrajzot, valamint azok értékelését és értelmezését. Olyan rajzokat választottunk ki, ahol egyfelől önmagáért beszél valamelyik családtag áthúzása, szinte tálcán kapjuk a probléma lényegét; másfelől olyanokat, ahol ez a vizsgálat diagnosztikus munkánkban igen jól alátámasztotta, megerősítette a más eljárásokból (egyéb projektív- és teljesítménytesztekből, explorációs beszélgetésekből, mélyinterjúkból) kapott részanyagokat. Természetesen itt is érvényes a szabály: egy teszt nem teszt;



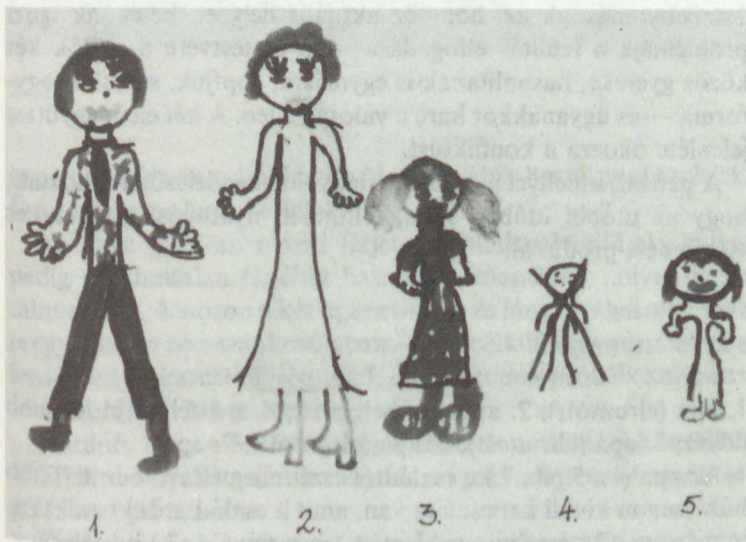
vagyis a családrajz önmagában véve nem alkalmas diagnózis felállítására.

A rajzokon a figurákat az ábrázolások elkészülési sorrendjében számoztuk meg, függetlenül a térbeli elhelyezéstől vagy az „elrontás” tényétől.

### 8 ÉVES LÁNY RAJZA

1. apa; 2. anya; 3. betegünk; 4. 5 évvel fiatalabb húga (elrontott); 5. hóg.

Betegünk (3.) hógára (4., 5.) féltékeny. A lap kitöltése, a családtagok elhelyezése és sorrendje tulajdonképpen egészséges, rendezett emocionális képet mutatna. Betegünk korának megfelelően



1. ábra

legerősebben anyjához kötődik érzelmileg, ezt fejezi ki, hogy ő áll hozzá a legközelebb, s egy kicsit nagyobb is, mint apja.

A dackorszakban levő, akaratát igen erősen érvényesíteni akaró húggal mint „kicsi”-vel szemben a család elnéző. Betegünk emiatt félti előjogait. Külön fájdalom számára, hogy amíg ő iskolába jár, anyja kettesben van riválisával. A rajzon húgát először egészen kicsinek, majdnem csecsemőnek rajzolja — amikor az még teljesen kiszolgáltatott volt, képtelen a saját elképzelések keresztülvitelére. A második hűg-rajz is kidolgozatlan, befejezetlen, ő az egyetlen figura, ahol a kontúron kívül csupán egy színt használ.

Az elrontással tehát betegünk részben kicsinyíti, részben távolítja húgát.

A testvérféltékenység első jelei akkor mutatkoztak, amikor a kicsi járni kezdett, s képessé vált akaratnyilvánításra. A rajzból összbenyomásunk az, hogy ez aktuális helyzet, betegünk igazi problémája a realitás elfogadása — ő és testvére a szülők két közös gyereke, hasonlítanak is egymásra, copfjuk, szájuk is egyforma — és ugyanakkor harc a valóság ellen. A két elem együttes jelenléte okozza a konfliktust.

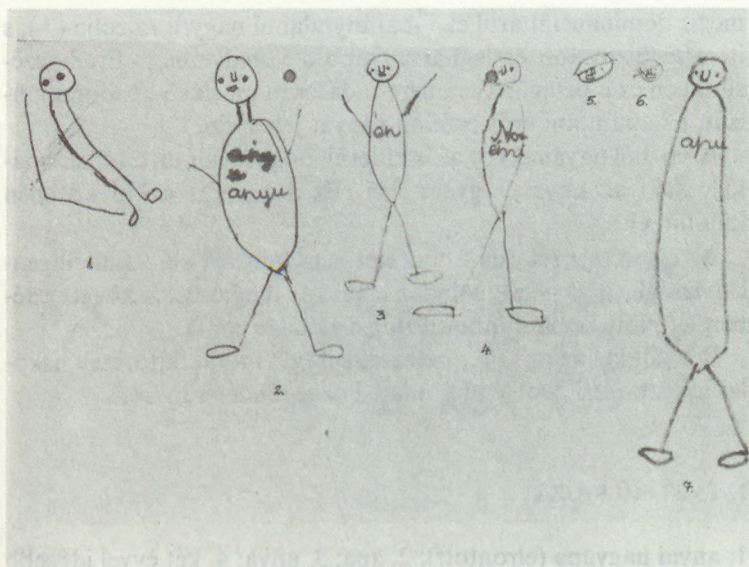
A panasz, amellyel a szülők kislányukat rendelésünkre hozták, hogy az utóbbi időben sírós, feltűnően nyafogós, kisgyerekes viselkedést produkál.

## 6 ÉVES FIÚ RAJZA

1. apa (elrontott); 2. anya; 3. betegünk; 4. másfél évvel idősebb nővér; 5. apa (elrontott); 6. apa (elrontott); 7. apa

Az apa (1., 5., 6., 7.) a családtól érzelmileg eltávolodott. Több házasságon kívüli kapcsolata van, amit a család „titokban” tart.

Az anya (2.) érzelmi problémáit „nagyfiával” (3.) beszéli meg, mert lánya (4.) az apával szolidáris. A rajzon csak az anyának és



2. ábra

betegünknek van szája, hiszen ők azok, akik beszélgetni szoktak. Így egymás mellé is kerültek.

Az anya gyakran nevezi férjét „tehetetlen báb”-nak, lányát pedig minduntalan férjéhez hasonlítja, mondván: „olyan vagy, mint apád”. A rajzon a két figura — apa és lánya — hasonlítanak is egymásra a néma cinkosságban — szájnélküliség — és a tehetetlenségben — karnélküliség. Az 1. elrontott apa-próbálkozásban a „bábszerűség” kifejezetten megnyilvánul.

Feltűnő, hogy a felső végtaggal ábrázolt családtagok is felfelé kitérítik a karjukat, ami bizonytalanságot, talajvesztettséget, segítségkérést jelenthet.

További információt nyújt még, hogy az elrontás miatt az apa az első helyről az igen távol ábrázolt utolsó helyre került, figurája

mégis dominanciát árul el. Őt aránytalanul nagyra rajzolja (7.), s itt a legbiztosabb és legharsányabb a vonalvezetés. Értelmezésünkben ez a betegünkben nem tudatosan meglévő apadominanciát, az apa utáni erős érzelmi vágyat jelképezi.

A rajzból ugyanakkor az is kiderül, hogy a valódi, a funkcionáló család az anya és gyermekei. Ez a hármast a lap közepén különül el.

Az egész rajz retardált, amelyet nem támaszt alá az intelligenciavizsgálat (IQ=98). Mindez a túlzott megterhelés következtében létrejött érzelmi infantilizmust támasztja alá.

Betegünket az anya „kezelhetetlenség”, indulatkitörések, iskolai magatartási problémák miatt hozta rendelésünkre.

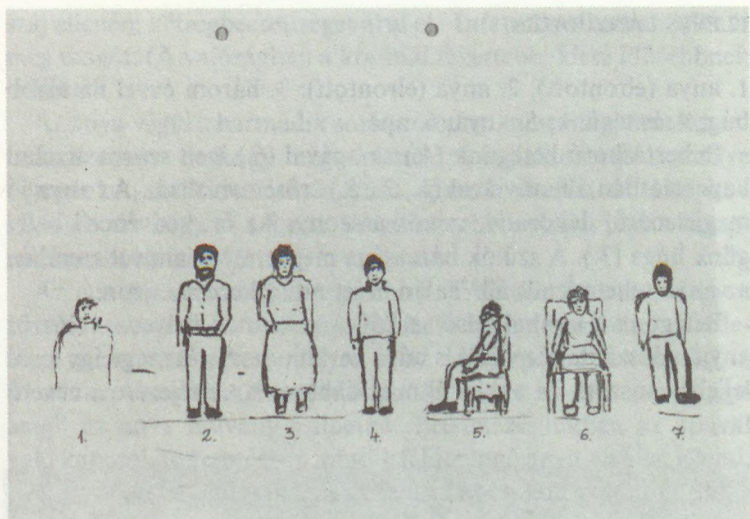
#### 12 ÉVES FIÚ RAJZA

1. anyai nagyapa (elrontott); 2. apa; 3. anya; 4. két évvel idősebb báty; 5. anyai nagyapa; 6. anyai nagyanya, 7. betegünk

Az autóbaleset következtében mozgásképtelen nagyapa (1., 5.) agresszivitásával uralja a családot. Betegünk (7.) a rajzot az „uralkodóval” akarta kezdeni, de végül jobbnak látta hátrább helyezni és profilból ábrázolni, így mintegy szemmel tartja a családot, akik szinte vigyázzállásba merevednek fürkésző tekintete előtt. A nagyapának betegünkkel való kapcsolata kezdetben igen jó és meleg volt, de a három évvel ezelőtt bekövetkezett baleset óta személyiségváltozás következett be nála, egyre agresszívebb lett, és paranoid vonások kezdtek kiütközni.

Paciensünk mint kedvenc unoka igen sokat segít a beteg ember ápolásában, ami szinte minden szabad pillanatát kitölti, s amit egyre nehezebben, indulatosabban, növekvő büntudattal lát el.

A problémát fokozza, hogy az apa (2.) el szeretné távolítani otthonról apósát, de az anya (3.) azt betegünkkel együtt ellenzi. Az érdekellentét a rajzon is megjelenik: férj és feleség egymástól



3. ábra

eltávolodó, zsebrevágott keze megakadályozza a két ember kapcsolódását. Az apa arckifejezése dühöt, az anyáé zaklatottságot árul el. A nagyapa zordan és keményen tekint rájuk. Betegünk a konfliktus elől elbújik, és a fáradtan ülő nagyanya (6.) mellett keres menedéket. Betegünk nem pusztán udvariasságból rajzolta magát utolsónak, hanem szélső helyzete, jobb lábának tartása is a szituációból való kifelé törekvést jelképezi.

A nagyapa székének díszítettsége, sokvonalúsága kiemeli a tárgy, és ezzel a benne ülő tulajdonos jelentőségét.

A rajzon ugyanakkor tükröződik a család eredeti  $2 \times 3$ -as tagolása is: szülők és a báty + nagyszülők és kedvenc unokájuk.

A szülők betegünket nagyfokú zárkózottság, magába fordulás, gyakori depresszív hangulatok miatt hozzák. (A rajzon nincs színezés, fekete filctollal készült.)

## 12 ÉVES LÁNY RAJZA

1. anya (elrontott); 2. anya (elrontott); 3. három évvel fiatalabb hűg; 4. betegűnk; 5. anya; 6. apa

Pubertáskorú betegűnk (4.) az apával (6.) igen szoros érzelmi kapcsolatban áll, anyjával (1., 2., 5.) erősen rivalizál. Az anya jó megjelenésű, dekoratív, csinos asszony. Az ő „kedvence” betegűnk hűga (3.). A szűlők házassága megromlott, amivel szemben az anya tehetetlenűl áll. Talán ezért nincs keze a rajzon.

Betegűnk a lap bal felső sarkát — a kiemelt helyet — először anyjának szánta, de végűl is hűga került oda. Saját maga így kissé lejjebb csűszott, de anyjánál magasabbra. Arc kifejezése a nevető



4. ábra

száj ellenére kétségbeesettséget árul el. Infantilis alkatban jeleníti meg magát. (A valóságban a koránál fejlettebb, kissé idősebbnek is látszik.)

Az anya végül a harmadik sorba tolódott mint a legjelentéktelenebb személy, de hogy mégis mennyire foglalkoztatja személye betegünket, az kiderül a kétszeri rosszul sikerült ábrázoláson kívül abból, hogy ez a figura a legdíszesebb, ruhája, haja a legapórlékosabban kidolgozott.

Az apa figurája sokkal nagyobb a többinél. Érdekes, hogy a karok tartása és a szem ábrázolása hasonlít betegünkéhez. Eredetileg paciensünk erre a helyre is az anyát próbálta rajzolni, a sikertelen vonalakat nem radirozta ki, így az apán mintegy „átleng” az anya halvány sziluettje. Értelmezésünkben az apával való kapcsolatteremtésben mindig felderengő anya-riválist jelenti.

Korábban betegünknek zavartalan kapcsolata volt anyjával, s úgy tűnik, most az apa az anya helyére került, felerősödtek a kisgyermekkorai tendenciák, emiatt anyjával ambivalenssé vált kapcsolata.

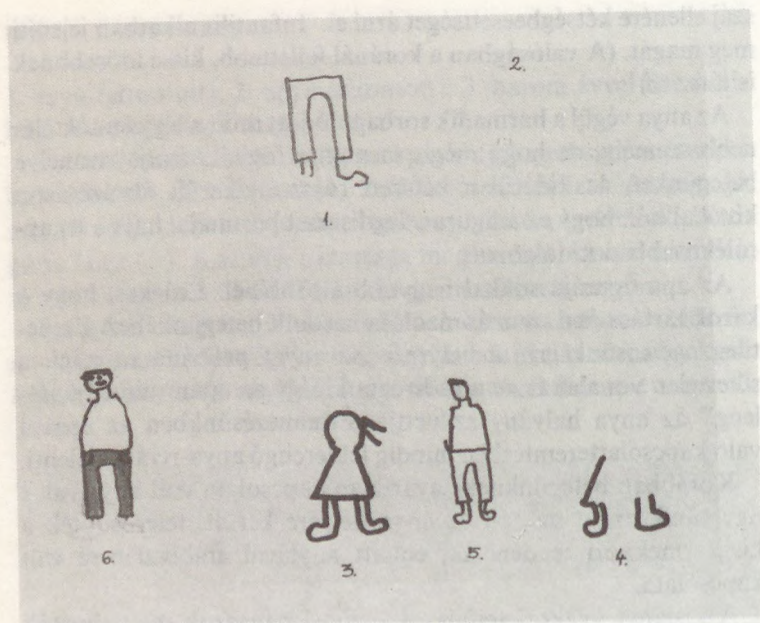
A kislányt gyakori fejfájások és hasi panaszok miatt hozták rendelésünkre.

## 7 ÉVES FIÚ RAJZA

1. apa (elrontott); 2. apa (elrontott); 3. anya; 4. anya (elrontott); 5. apa (elrontott); 6. apa

Széthulló, züllött miliő. Az alkoholista apáról a rajz csak negyedik próbálkozásra készül el, ott is hiányosan, kezek nélkül, tetetetlenül áll.

A prostituált, infantilis alkatú anya arcából semmi sem látszik, csupán egy hajszalag van a fején. Később betegünk megpróbált egy „jobb anyukát” rajzolni, de nem sikerült. Az egész rajz szét-esett, zilált, emberek közötti kapcsolatról szó sincs. Betegünk



5. ábra

saját magát le is felejtí, mint ahogy szülei is megfedezték róla.

A gyerek állami gondozásba került. Az apa (6.) végleges rajzá-  
nak kis színezése és kidolgozottabb volta is jelezheti, hogy bete-  
günk, ha lehetne, kapaszkodna bele.

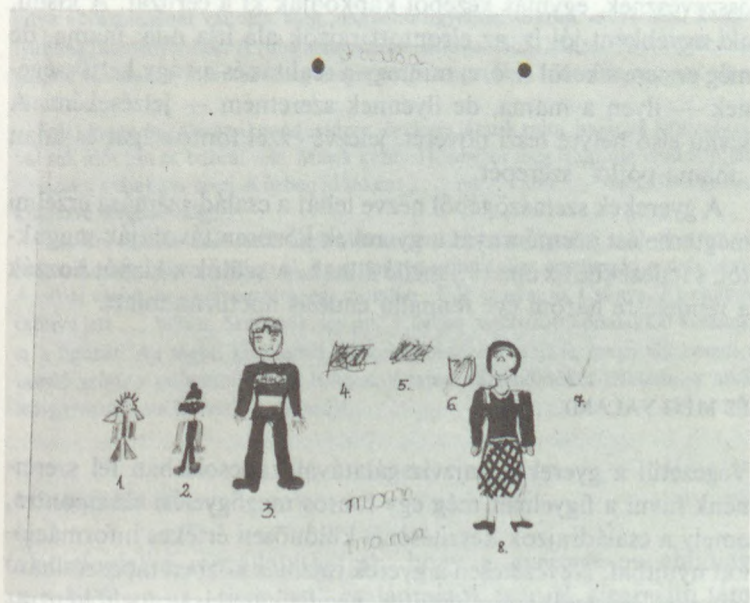
Paciensünket a belgyógyászati osztály utalja hozzánk veszé-  
lyeztetettség miatt.

Végül egy testvérpár közös családrajzát mutatjuk be. A gyere-  
keknek egy papírt adtunk, s felszólítottuk őket: „Rajzoljátok le  
közösén a családotokat!”



## 12 ÉVES LÁNY ÉS 7 ÉVES FIÚ KÖZÖS RAJZA

1. lány (fiú rajza); 2. fiú (közös rajz); 3. apa (közös rajz); 4. anya (elrontott, lány rajza); 5. anya (elrontott, lány rajza); 6. anya (elrontott, fiú rajza); 7. anya (elrontott, fiú rajza); 8. anya (közös rajz)



6. ábra

Az infantilis, betegségbe menekülő, mártírszerepet vivő anya (4., 5., 6., 7., 8.) terhesnek érzi a két gyerek (1., 2.) nevelését.

A gyerekek szerint: „anyu mindig beteg, mindig ugrálni kell körülötte”. Érdekes, hogy mindkettőjük bohóc benyomást keltő ruhában szerepel a rajzon, ami értelmezésünkben kettős jelentő-

séggel bír. Egyfelől az anya körül való „ugrálást”, bohóckodást, másfelől saját maguk vállalhatatlanságát fejezi ki. Érzésünk szerint nem lehetnek olyan „igazi” gyerekek, mint amilyenek szeretnének lenni.

A gyerekek, míg az apát első próbálkozásra is közösen és sikerrel oldják meg, addig az anya rajzolása közben többször összevesznek, egymás kezéből kapkodják ki a ceruzát. A kisfiú, aki egyébként jól ír, az elrontott rajzok alá írja oda: mama, de még ez sem sikerül elsőre, mintegy a realitás és a vágy kettősségének — ilyen a mama, de ilyennek szeretném — jelzéseként. A kisfiú első helyre teszi nővérét, jelezve ezzel fontosságát és talán „mama-pótló” szerepét.

A gyerekek szemszögéből nézve tehát a család számára érzelmi megterhelést jelentő anyát a gyerekek közösen távolítják maguktól, s fedezékbe az apa (3.) mellé állnak. A szülők a kisfiút hozzák a rendelésre három éve fennálló enuresis nocturna miatt.

#### ÉS MÉG VALAMI...

Végezetül a gyerekek rajzvizsgálatával kapcsolatban fel szeretnénk hívni a figyelmet még egy fontos megfigyelési szempontra, amely a családrajzok készítésénél különösen értékes információkat nyújthat. Nevezetesen a gyerek rajzolás közben tapasztalható mimikai és metakommunikatív megnyilvánulásaira s főként az azokban bekövetkező változásokra.

A gyerek, magát teljesen átadva az alkotásnak, egész lényével vesz részt a rajzolásban. Többek között ezért is tekinthető a rajz a verbalizáción és a játéktevékenységen kívül a gyermek egyik „nyelvének”, kifejezőeszközének; olyan tevékenységnek, amellyel valami belső pszichés tartalmat közöl környezetével.

Sok gyerek rajzolás közben fintonrog, hadonászik, keze-lába jár, nemegyszer apró hangokat — nyögéseket, csettintéseket stb. —

hallat vagy énekel, dúdol, néha beszél. Ezek a megnyilvánulások szoros összefüggésben vannak pillanatnyi lelkiállapotával.

Példaképpen bemutatjuk az 1. rajz készítőjének mimikaváltozásait, miközben családját ábrázolja.

Nyugodtan, fegyelmezetten fog a munkának. A filctollat biztosan, könnyedén tartja, nem turkál közöttük, azonnal kiemeli az elgondolt színt. Arc kifejezése az anya ábrázolásánál változik meg, nagyobb figyelmet tükröz, arcvonásai komolyabbak, keményebbek. A ruha színezésénél oldottá válik, látható élvezettel húzogatja a vonalakat, időnként meg-megszakítja a rajzolást, kedvtelve nézegeti alkotását.

Saját maga rajzolásánál gondosságra törekvés látszik rajta, hajának lerajzolásával sok időt tölt el, babrál vele. Másik kezével többször meg is simítja saját copfját, egyszer a szájába is veszi. Közben időnként „... na ... nna ...” hangokat hallat, kifejezve elégedettségét.

Testvére rajzolásánál lábát lógázni kezdi, nyelvét nyújtogatja, meg-megtorpan, gondolkodik, nehezen dönti el, hogy milyen színű tollat emeljen ki a dobozból. Amikor rájön, hogy elrontotta, ezt mondja: „Hát ez nem jó. Csúnya. Ez nagyon csúnya lett ... hihhi. Áthúzzuk, így ni!” Közben határozott vonalakkal keresztezi a figurát. Az újabb kísérletnél sokkal gyorsabban rajzol, maga elé készíti a bordó színt, s pillanatok alatt befejezi a rajtot. Szemöldökét felhúzza, s ajkát lebiggyeszi, „na késsz” — mondja.

## MEGBESZÉLÉS

Összefoglalva megállapíthatjuk, hogy a gyermek-pszichodiagnosztikában az „elrontott” családrajzok igen jó kiegészítő támpontot adnak; más vizsgálatok eredményeit alátámasztják, vagy kiegészíthetik; továbbá felhívhatják a figyelmet egy addig felszínre nem került problémakörre.

A rajzon a gyerek által elrontottnak nyilvánított, áthúzással vagy átfirkálással jelzett családtag a rajzoló számára kulcsfigura, vele súlyos érzelmi-indulati problémája van, gondolatban, fantáziában sokat foglalkozik vele, emocionális életében központi szerepet tölt be.

Az elrontott családrajz helyes és körültekintő értelmezése komoly segítséget nyújthat a terápiás terv kialakításában is.

## IRODALOM

- Eng, Helga* (1935): Gyermekrajz. A Kisdednevelés kiadása, Budapest
- Freud, Sigmund* (1958): A mindennapi élet pszichopathológiája. Bibliotheca Kiadó, Budapest
- Freud, Sigmund* (1986): Bevezetés a pszichoanalízisbe. Gondolat, Budapest, 9—63.
- Gegesi Kiss Pál—P. Liebermann Lucy* (1965): Személyiségzavarok gyermekkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest, 90—136.
- Harsányi István* (1965): Iskolások családrajza mint a családi relációk és az önértékelés feltárásának eszköze. In: Pszichológiai Tanulmányok, VIII., Akadémiai Kiadó, Budapest, 171—194.
- Nagy László* (1905): Fejezetek a gyermekrajzok lélektanából. Singer és Wolfner, Budapest
- Rouma, G.* (1913): Le Langage Graphyque de l'Enfant. Misch et Thron, Bruxelles
- Sáray Julianna* (1937): A gyermekrajzok lélektani vizsgálata. Közlemények a szegedi Ferencz József Tudományegyetem Pedagógiai-Lélektani Intézetéből. 17. szám. Ablaka György Könyvnyomdája, Szeged
- Schmidt Ferenc* (1934): A gyermekrajzok lélektanáról. In: Szülők Lapja, január. Franklin-Társulat, Budapest, 3—15.
- Székácsné Vida Mária* (1970): Firkától a személyes kapcsolatok kifejezéséig. In: Átmenetek iskoláskorig. Magyar Pedagógiai Társaság, Budapest, 111—137.
- Tölgyszéky Gyuláné* (1984): A kiegészítő iskolai tanulókat nevelő család szocializációs funkciója a családrajz vizsgálatok tükrében. Gyógypedagógiai Szemle, XII. évf. április—június, 2. szám. 121—132.
- Várkonyi Hildebrand* (1938): A gyermekkor lélektana, II. köt. A 6—12. életév. Szeged, 57—64.

---

Megjelent: Magyar Pszichológiai Szemle, 1989/4, 370—386.

## A KLINIKAI PSZICHOLÓGUS SZAKÉRTŐI MUNKÁJÁNAK MÓDSZERTANI KÉRDÉSEI

Popper Péter—Glauber Anna—Feuer Mária

### CÉLKITŰZÉS

A klinikai gyermekpszichológus, illetve a klinikai gyermekpszichológiai intézmény leggyakrabban az alábbi esetekben végez szakértői munkát:

- gyermekelhelyezési és láthatási ügyekben,
- gyermekek és fiatalkorúak sérelmére elkövetett bűncselekmények esetén,
- fiatalkorúak által elkövetett bűncselekmények esetén.

A szakértői tevékenység köre tehát elsősorban családjogi és büntetőjogi területet érint. A hazánkban szokásos bírói gyakorlat ezekben az esetekben legtöbbször klinikai pszichológiai vagy pedagógiai pszichológiai szakképzettségű szakértőket rendel ki, azonban számos esetben sor kerül gyógypedagógus és gyermekpszichiáter szakértő megbízására is. A szakértői kirendelés gyakorlata tehát messzemenően figyelembe veszi a fejlődépszichológiai és pszichopatológiai szakismeretet, amely gyermekek és fiatalkorúak esetében a kompetencia kritériuma.

Az elmúlt évtizedekben kedvező jelenséggént értékelhető a szakértői kirendelések számának növekedése. Ez a tény jelzi a bírói intézkedések és ítéletek körültekintőbbé válását; azt, hogy a gyermekek érdekében az ítélkezési gyakorlat egyre erősebben támaszkodik a pszichológia, a pszichiátria és a pedagógia tudományának korszerű eredményeire.

Ezenkívül azonban a pszichológus szakértő kirendelésének még egy gyakori motívumával találkozhatunk, elsősorban a fiatakorúak sérelmére elkövetett, legtöbbször szexuális jellegű bűncselekmények esetében. Ez a motívum a bizonyítási eljárás rendelkezésére álló személyi és tárgyi bizonyítékok hiányossága. Ilyenkor a pszichológus szakértő azt a feladatot kapja, hogy a rendelkezésére álló eszközökkel valószínűsítsen vagy kétségbe vonjon olyan eseményeket, amelyeket a gyermekek és hozzátartozóik vallomása állít vagy tagad. E kirendelések esetében tehát burkolt tényállás-diagnosztikáról van szó, bár a szakértőnek feltett kérdések legtöbbször nem erre, hanem pl. a szavahihetőségre, traumanyomokra stb. vonatkoznak. A pszichológiai szakértés ilyen ügyekben nélkülözhetetlen a bíróságok számára, azonban tudásunk mai színvonalán módszertanilag rendkívül ingoványos terület. Az utóbbi években mind a jog, mind a pszichológiai tudomány területéről egyre több probléma vetődött fel a pszichológiai szakértés korszerű módszertani követelményeivel kapcsolatosan. 1977-ben a Magyar Pszichológiai Társaság összevont szekcióülésén foglalkozott ezzel a témával, amely azóta ismételten napirendre került mind a gyermekpszichopatológiai és kriminálpszichológiai szekcióban, mind az Ideg-, Elmeorvosok Társaságának Igazságügyi Elmeszakértői Munkacsoportjában. E témakörben országos felmérő munkát végzett az ORFK és a Rendőrtiszti Főiskola Pszichológiai Szakcsoportja, amelybe bekapcsolódott a SOTE I. sz. Gyermekklinikája is. A SOTE Igazságügyi Orvostani Intézete külön bizottságot hívott életre e kérdések vizsgálatára, amely jelenleg is tevékenykedik.

A SOTE I. sz. Gyermekklinika Pszichológiai Osztálya — amely a felszabadulás óta végez rendszeres szakértői tevékenységet — a kiemelten támogatott deviációkutató program keretében évek óta anyaggyűjtést folytat a gyermekek és fiatalok ügyeiben végzett pszichológiai szakértői munka általános módszertani színvonalának megismerése érdekében. Ennek során eddig össze-

sen 260 szakértői vizsgálat anyagát tanulmányoztuk. A feldolgozott esetek az alábbi megoszlást mutatják:

Gyermekelhelyezés és láthatás	39 eset
Gyermekes és fiatalokúak sérelmére elkövetett bűncselekmény	144 eset
Fiatalkorúak által elkövetett bűncselekmény	77 eset

Területi megoszlás szerint:

Budapest	80 eset
Vidék	180 eset

A büntetőeljárás szakasza szerinti megoszlás:

Bírósági szakasz	230 eset
Nyomozási szakasz	30 eset

A vizsgálat jelenleg is tart. Eddig a családjogi vonatkozású és a gyermekek és fiatalokúak sérelmére elkövetett bűnügyekben készült összesen 183 szakértői véleményt dolgoztuk fel abból a célból, hogy adatokat nyerjünk a szakértői munka módszertani színvonaláról.

## MÓDSZER

Első feladatunk olyan szempontok, illetve paraméterek összeállítása volt, amelyek kérdés formájában megfogalmazhatók és alkalmasak arra, hogy támpontot nyújtsanak a múltban, esetleg több évvel ezelőtt végzett szakértői munka módszertani színvonalának megítélésére, a periratok és az írásban benyújtott szakértői vélemény alapján. Vizsgálatunk kérdéscsoportjait az alábbiak szerint állítottuk össze:

1. A szakértői kirendelésre vonatkozó szempontok:

a) A bírói, illetve a nyomozási eljárás melyik fázisában került sor szakértői kirendelésre?

b) Mi indokolta a szakértő kirendelését?

c) A feltett kérdések megválaszolására pszichológiai szakértő kompetens-e?

d) A kérdések egyértelműen, világosan megfogalmazottak-e?

e) A kérdések az ügy szempontjából lényegesek-e?

f) A kérdések a pszichológia mai vizsgálati eszköztárának ismeretében megválaszolhatók-e?

g) Mire vonatkoztak a kérdések?

— A személyiség, a karakter megismerésére

— A fejlettségi színvonal megítélésére

— Környezeti hatások és ártalmak megítélésére

— Egy cselekedet vagy magatartás motívumainak vizsgálatára

— Átélt események pszichés utókövetkezményeinek feltárása-

ra

— A szavahihetőségre általában

— Egy adott vallomás valóságértékére

— Közvetlenül egy feltételezett tényállás valószínűsítésére

— Pszichés zavarok, pszichopatológiai jelenségek kizárására vagy valószínűsítésére

— Egyéb.

2. A szakértői munkára vonatkozó szempontok:

a) A szakértő megoldható feladatra vállalkozott-e?

b) A szakértői munka egyéni vizsgálat vagy komplex team (pszichológus, orvos, esetleg gyógypedagógus stb.) által végzett vizsgálat eredményeire támaszkodik-e?

c) A vizsgálat a környezet, a hozzátartozók milyen körére terjed ki?

d) A szakértői vizsgálat egyszeri vagy több alkalommal történt-e?



e) A kiválasztott pszichodiagnosztikai eljárások alkalmasak voltak-e a feltett kérdések tisztázására? Milyen a módszertani komplexitás színvonala?

f) Milyen az alkalmazott vizsgáló eljárások, tesztek értékelésének színvonala?

3. Az írásban előterjesztett szakértői véleményre vonatkozó szempontok:

a) A szakértői vélemény tartalmaz-e egyértelmű választ a feltett kérdésre?

b) Információtartalom szempontjából a szakértői vélemény az igényeltnek megfelelő-e, vagy annál szegényesebb, illetve tartalmaz-e az ügy szempontjából felesleges információkat?

c) A szakértői vélemény tartalmaz-e az ügy szempontjából lényeges új szempontokat, a kirendelő hatóság által feltett kérdéseken kívül?

d) A szakértői vélemény stílusa érthető-e nem pszichológus szakember, elsősorban jogász számára? (Előfordul-e szakmai terminus technicusok indokolatlan zsúfolása?)

e) A szakértői vélemény megfogalmazása tömör-e vagy terjedős? Mekkora a terjedelme?

f) Szükségessé vált az eljárás folyamán újabb pszichológus szakértő kirendelése? Milyen mértékű és jellegű eltérések tapasztalhatók a vélemények között?

A vizsgálatok során fény derült arra, hogy a periratok alapján nem mindegyik kérdés válaszolható meg megbízhatóan. (Pl. a szakértői vélemények egy részéből nem rekonstruálható az alkalmazott vizsgálati eljárás; a vizsgálatokra fordított idő csak esetenként állapítható meg a szakértői díjjegyzék alapján.)

E nehézségek figyelembevételével alakítottuk ki a szakértői vélemények megítélésére hivatott három fokozatú értékelő skálánkat, külön a családjogi, külön a büntetőjogi ügyekre (1. és 2. táblázat).

1. táblázat. Az értékelés szempontjai családjogi esetekben

A kirendelés jellemzői	I. 1. A szakértőknek fel- tett kérdések meg- fogalmazása 2. A vizsgálatba bevont személyek köre 3. A kérdések megí- télése az ügy szem- pontjából 4. A kérdések realitása	Egyértelmű, konkrét  Valamennyi családtag vizsgálata Lényeges tényezőkre koncentrál  A pszichológia eszközei- vel megválaszolható
A szakértői vélemények módszertani színvonala	II. 1. A szakértő megold- ható feladatra vál- lalkozott-e 2. A vizsgálat alapossá- ga 3. A vizsgálat komple- xitása 4. A vizsgálatba a szak- értő által bevont személyek 5. A módszer adekvát- sága 6. Metodikai komple- xitás	Megoldható  Szakértői team  Teljes komplex kivizsgálás Teljes család  Alkalmasak voltak a kér- dések tisztázására Komplex
A szakértői vélemények használhatósága	III. 1. Stílus 2. Állásfoglalás 3. Informatív érték	Érthető, összefogott Egyértelmű Válaszol a feltett kérdés- re, új információt ad

Túlságosan általános	Homályos
A családtagok egy részének vizsgálata	Csak a gyerek vizsgálata
Csak egyes tényezőkre vonatkozik	Lényegtelen tényezőkre vonatkozik
A pszichológia eszközeivel csak részben válaszolható meg	Nem válaszolható meg
Részben megoldható	Nem megoldható
Szakértői konzultánsok bevonása	Egyéni vizsgálat
Több aspektusú vizsgálat	Csak pszichológiai vizsgálat
Gyermek és az egyik szülő	Csak a gyermek
Részben voltak alkalmasak	Nem megfelelő módszer
Többoldalú vizsgálat	Egyoldalú vizsgálat
Nehezen érthető, terjedős	Nem érthető, term. techn. zsúfolt
Túlságosan általános	Ellentmondásos
Csak a feltett kérdésre válaszolt	A válasz nem kielégítő

2. táblázat. Az értékelés szempontjai büntetőjogi esetekben

A kirendelés jellemzői	I. 1. A kirendelés indokoltsága 2. A szakértőnek feltett kérdések megfogalmazása 3. A kérdések megítélése az ügy szempontjából 4. A kérdések realitása	Nélkülözhetetlen  Egyértelmű, konkrét  Lényeges tényezőkre koncentrálnak  A pszichológia eszközeivel megválaszolható
A szakértői vélemények módszertani színvonala	II. 1. A szakértő megoldható feladatra vállalkozott-e 2. A vizsgálat alaposága 3. A vizsgálat komplexitása 4. A vizsgálatba bevont személyek köre 5. A módszerek adekvátsága 6. Metodikai komplexitás	Megoldható  Szakértői team  Teljes, komplex kivizsgálás Teljes személyes környezet vizsgálata Alkalmasak voltak a kérdések tisztázására Komplex módszerek
A szakértői vélemények használhatósága	III. 1. Stílus 2. Állásfoglalás 3. Informatív érték	Érthető, összefogott Egyértelmű Válaszol a feltett kérdésre, új információt is ad

Részlegesen segítő	Felesleges
Túlságosan általános	Homályos
Csak egyes tényezőkre vonatkozik	Lényegtelen tényezőkre vonatkozik
Részben válaszolható meg	Nem válaszolható meg
Részben megoldható	Nem megoldható
Szakértői konzultánsok bevonása	Egyéni vizsgálat
Több aspektusú vizsgálat	Csak pszichológiai vizsgálat
A környezet egyes tagjainak vizsgálata	Csak a felkérésben kijelölt személy vizsgálata
Részben voltak csak alkalmasak	Nem megfelelő módszerek
Többoldalú vizsgálat	Egyoldalú vizsgálat
Nehezen érthető, terjengős	Nem érthető, term. techn. zsúfolt
Általános	Ellentmondásos
Csak a feltett kérdésre válaszol	A válasz nem kielégítő

Az értékelő skála alapján minden esetben egymástól függetlenül több, a fejlődépszichológia, a klinikai pszichológia és a bírósági szakértés terén nagy tapasztalatokkal rendelkező pszichológus értékelt.

Matematikai statisztikai módszerekkel vizsgáltuk

— a skála szerint értékelhető szakemberek véleménye közötti azonosságokat és különbségeket;

— a leírt szempontok alapján elemzett 183 szakértői véleményt jellemző metodikai sajátosságokat a szórások, a szignifikánsan kiugró jellegzetességek szempontjából.

## EREDMÉNYEK

A terjedelem korlátozottsága miatt jelenleg eltekintünk a matematikai statisztikai elemzés adatainak részletes közlésétől. Csak az értékelő vélemények összesített eredményeit ismertetjük a 3. és 4. táblázatban.

A) A szakértői vélemények többségénél tapasztalt pozitív jellemzők

### Gyermekelhelyezési és láthatási ügyek

A szakértői kirendelések indokoltak.

A feltett kérdések megválaszolására a pszichológus kompetens.

A kérdések egyértelműen megfogalmazottak.

A szakértő által kiválasztott pszichodiagnosztikai módszerek alkalmasak a kérdések tisztázására.

A szakértői vélemény egyértelmű állásfoglalást tartalmaz.

Gyermekek és fiatalok sérelmére elkövetett bűncselekmények

3. táblázat. Családjogi eljárás. Az értékelők összesített véleménye

Kérdések Név, kor	Értékelések					
	A		B		C	
	szám	%	szám	%	szám	%
I/1	81	69	33	28	3	2,5
I/2	21	18	39	33	57	49
I/3	75	64	39	33	3	2,5
II/1	78	67	33	28	6	5
II/2	27	23	24	21	66	56
II/3	21	18	33	28	63	54
II/4	42	36	33	28	42	36
II/5	102	87	15	12,5	—	—
II/6	60	51	57	49	—	—
III/1	102	87	15	12,5	—	—
III/2	105	90	9	7,5	3	2,5
III/3	36	30	57	49	24	21

Esetszám: 39

Értékelések száma: 117

A szakértői kirendelések indokoltak.

A feltett kérdések megválaszolására a pszichológus kompetens.

A szakértő által kiválasztott pszichodiagnosztikai módszerek alkalmasak a kérdések tisztázására.

B) Széles szórást mutató jellemzők

Gyermekelhelyezési és láthatási ügyek

A kérdések fontossága az ügy szempontjából.

A kérdések megbízható megválaszolhatósága a pszichológia mai eszköztárának segítségével (mind a feladat kijelölés, mind a feladat elvállalása szempontjából).

4. táblázat. Büntetőeljárás. Az értékelők összesített véleménye

Kérdések	Értékelések					
	A		B		C	
	szám	%	szám	%	szám	%
I/1	396	92	36	8	—	—
I/2	297	69	108	25	27	6
I/3	249	58	177	41	6	1
I/4	66	15	366	85	—	—
II/1	75	17	357	83	—	—
II/2	258	60	129	29	45	10
II/3	255	59	147	34	30	7
II/4	108	25	98	23	225	52
II/5	324	75	108	25	—	—
II/6	270	63	159	36,5	3	0,5
III/1	327	75	102	24	3	0,5
III/2	354	81	36	9	42	10
III/3	165	38	246	57	21	5

Esetszám: 144

Értékelések száma: 432

A szakértői vélemények stílusa, érthetősége nem pszichológus szakember számára.

Gyermek- és fiatalok sérelmére elkövetett bűncselekmények

A kérdések fontossága az ügy szempontjából.

A kirendelő hatóság által feltett kérdések megfogalmazása.

A kérdések megbízható megválaszolhatósága a pszichológia mai eszköztárának segítségével (mind a feladatkijelölés, mind a feladat elvállalása) szempontjából.

A szakértő egyértelmű állásfoglalása.



A szakértői vélemények stílusa, érthetősége nem pszichológus szakember számára.

C) A szakértői vélemények többségénél tapasztalt negatív jellemzők

### Gyermekelhelyezési és láthatási ügyek

A vizsgálat általában a gyermekre koncentrálódik, ritkán terjed ki a szülőkre és a környezet más tagjaira. Ezt általában a szakértői kirendelések sem kéri.

A pszichológus szakértő általában egyedül vizsgál, legtöbbször még konzultatív szinten sem von be a vizsgálatba más szakembert.

A vizsgálat általában egy-két alkalommal történik. Ez legtöbbször nem ad kellő lehetőséget a kontaktus elmélyítésére, a körülmintő, sokoldalú tájékozódásra.

Bár a kiválasztott vizsgáló módszerek adekvátak, azonban ritkán alkalmaznak komplex metodikát, ami lehetőséget nyújtana egy-egy teszteredmény kontrolljára.

A szakértői vélemények a kérdések megválaszolásán túl alig vetnek fel önállóan új szempontokat, amely elősegítené az ügy tisztázását.

A véleményeket általában a terjengősség jellemzi, leletszerű megfogalmazásban készülnek, azaz az ügy szempontjából számos felesleges információt tartalmaznak.

### Gyermekek és fiatalkorúak sérelmére elkövetett bűncselekmények

A vizsgálat általában a gyermekre koncentrálódik, ritkán terjed ki a szülőkre és a környezet más tagjaira. Ezt általában a szakértői kirendelések sem kéri.

A pszichológus szakértő általában egyedül vizsgál, legtöbbször még konzultatív szinten sem von be a vizsgálatba más szakembert.

A vizsgálat általában egy-két alkalommal történik. Ez legtöbbször nem ad kellő lehetőséget a kontaktus elmélyítésére, a körülteintő, sokoldalú tájékozódásra.

Bár a kiválasztott vizsgáló módszerek adekvátak, azonban ritkán alkalmaznak komplex metodikát, ami lehetőséget nyújtana egy-egy teszteredmény kontrolljára.

A szakértői vélemények a kérdések megválaszolásán túl alig vetnek fel önállóan új szempontokat, amely elősegíthetné az ügy tisztázását.

A véleményeket általában a terjengősség jellemzi, azaz az ügy szempontjából számos felesleges információt tartalmaznak.

A vélemények többségénél az állásfoglalás nem egyértelmű, hipotézisek felállítása, vélekedésszerű megfogalmazás a jellemző.

## MEGBESZÉLÉS

Mint látható, a családjogi és büntetőjogi ügyekben adott szakértői vélemények jellemzői nagyfokú hasonlóságot mutatnak. Ennek oka az, hogy mindkét esetben általában azonos szakértői gárda dolgozik, illetve azonos intézményeket jelölnek ki szakértőnek.

Lényeges eltérést találunk abban a vonatkozásban, hogy a fiatakorúak sérelmére elkövetett bűncselekmények esetén a kérdések és ennek következtében a válaszok megfogalmazása kevésbé egyértelmű, mint a családjogi ügyekben. Ennek oka az, hogy — mint a bevezető részben említettük — gyakran burkolt tényállás-diagnosztikáról van szó, a bizonyítási eljárás sokszor elkerülhetetlen hiányosságainak pótlására.

Külön kell szólnunk a szavahihetőségre vonatkozó rendkívül

gyakori kérdésfeltevésről. Ezek egyes kétséges vallomások hitelének erősítését vagy gyengítését célozzák. Ezen keresztül megint csak a tényállás rekonstrukciójáról van szó. A szavahihetőségre vonatkozó általános kérdésfeltevést azért tartjuk problematikusnak, mert még ha erre a szakértő tudományosan megalapozott választ képes is adni — bár e tekintetben is kétségeink vannak —, a válasz informatív értéke az ügy szempontjából labilis. Adott esetben szavahihető ember is hazudhat, és pszudológiára hajlamos is mondhat valóságot.

A B) pontban felsorolt tapasztalatok arra utalnak, hogy hiányos a kirendelő hatóság alapvető pszichológiai tájékozottsága abban az értelemben, hogy tulajdonképpen milyen kérdések tisztázására használható a pszichológus szakértő. A kérdések többsége a már említett szavahihetőségre, az üggyel sokszor érdemi kapcsolatban nem levő intelligenciaszínvonalra és traumatikus élmények utóhatására vonatkozik. A kérdések variabilitása tehát meglehetősen szűk. Szinte alig fordul elő, hogy kérdéseket tennének fel a vizsgált személy ösztön-érzelmi-indulati életére, szocializációs szintjére, a személyiségfejlődés sajátosságaira vonatkozóan. Ugyancsak szinte teljesen hiányoznak olyan kérdések, amelyek az elkövetett cselekmény nyílt vagy rejtett motívumainak feltárásához kérnek segítséget.

Ugyanakkor a szakértők is mereven ragaszkodnak a feltett kérdések megválaszolásához, új gondolatot, ötletet nemigen vetnek fel, tehát szaktudásukkal nem segítik kellőképpen a bíróság munkáját.

A szakvélemények többsége leíró jellegű lelet, amely adatokat közöl, és legtöbbször megelégszik egyes tesztvizsgálatok kvantitatív eredményeinek közlésével. Legtöbbször hiányzik azonban a szintetizált kvalitatív elemzés, nem tárja fel a személyiség struktúráját az ügyben szereplő család és más érintett személyek között zajló pszichodinamikai folyamatokat.

Különösen kedvezőtlen jelenségnek tartjuk, hogy a szakértői

vizsgálatok módszertani színvonala mind a team-munka, mind a metodikai komplexitás és a ráfordított idő szempontjából messze elmarad a rutinszerű klinikai vizsgálatok szintjétől.

Gyermekelhelyezési ügyekben különösen tarthatatlan, hogy a vizsgálat a gyermekre és nem a szülőkre koncentrálódik, akik egyikehez a gyermek kerülni fog. A vizsgált esetekben alig találkozunk a szülők részletes személyiségvizsgálatával, projektív eljárások alkalmazásával. Nevelői alkalmasságuk megítélése elsősorban a gyermek vizsgálatára (!?) és az exploratív beszélgetések anyagára támaszkodik. Büntetőügyekben is gyakran találkozunk azzal a jelenséggel, hogy a szakértő csak a sértettet vizsgálja, s nem foglalkozik az elkövetővel és a családtagokkal, elsősorban a szülőkkal, akiknek a felelőssége gyakran felmerül a gyermek sérelmére elkövetett szexuális bűncselekmények esetében.

Gyermekelhelyezési és láthatási ügyekben találkozunk a szakértői elfogulatlanság hamis értelmezésével: a szakértő nem tanulmányozza előzőleg a periratokat, sőt a szülőket olyan abszurd követelés elé állítja, hogy „érdektelen személy” kíséretében küldjék a gyereket pszichológiai vizsgálatra. Megítélésünk szerint az előzetes informáltság, a peranyagban való tájékozottság nem rontja, hanem javítja a pszichológus judíciumát, elősegíti elfogulatlanságát, hiszen a periratok mindkét fél álláspontját tartalmazzák. Az érvelési mód, a betérjesztett bizonyítékok számos pszichológiai következtetés levonására adnak alkalmat. Ugyancsak kérdéses, hogy egy családban élő gyermek esetében ki tekinthető „érdektelen” személynek. A családtagok, nagyszülők biztosan nem. Kissé fantasztikus elképzelni, hogy a szülők egy megfizetett idegennel küldik a gyermeket pszichológiai vizsgálatra, nem beszélve arról, hogy ez diagnosztikai szempontból sem indokolt. A szakértő számára számos információt tartalmaz, ha tapasztalja a gyermek és szülők között lezajló interakciókat. A gyermeknek egyes vizsgálatok idejére, intim beszélgetésre történő szeparálása a kísérő szülőktől minden rendelésen könnyen megoldható.

Végül lényegesnek tartjuk a pszichológiai szakvélemények egy részének nehezen érthető stílusát és nyelvezetét, amely sokszor a szégyenes informatív anyag leplezésére szolgál.

A pszichológiai szakértői tevékenység megmutató hiányosságai arra utalnak, hogy a szakértők egy része vagy nem rendelkezik kellő módszertani felkészültséggel, vagy nem tulajdonít kellő fontosságot a szakértői tevékenységnek, mindennapos klinikai vagy pedagógiai-pszichológiai munkájához viszonyítva. A vélemények „bezártsága” a kérdések megválaszolására, az önálló kezdeményezés hiánya és számos esetben az állásfoglalás óvatos elnagyoltsága egyrészt arra mutat, hogy a szakértők nemegyszer megoldhatatlan vagy nem teljesen megoldható feladatokra is vállalkoznak, nem merik korrigálni vagy elutasítani a szakszerűtlen kérdésfeltevést; másrészt az a benyomás alakul ki, hogy nem rendelkeznek a szakértői munkához szükséges családjogi, anyagi-büntetőjogi és büntetőeljárás-jogi ismeretekkel.

Ebben a tanulmányban elsősorban a szakértői munka negatívumaira fordítottuk a figyelmünket. Megítélésünk szerint általában szélsőségesen eltérő színvonal jellemzi a szakértői tevékenységet, egyaránt találkozunk kiváló színvonalon és korszerűtlen metodikával dolgozó szakértőkkel. Összképében azonban a helyzet nem megnyugtató.

## JAVASLATOK

A pszichológiai szakértői tevékenység színvonalának emelése, az egységes módszertani korszerűsítés érdekében az alábbiakat javasoljuk:

1. Fejleszteni kell a kirendelő hatóságok jogász szakembereinek pszichológiai tájékozottságát, legalább addig a szintig, hogy a szakértői kompetencia eldöntése után képesek legyenek az ügy érdemi vonatkozásait érintő pszichológiai kérdések precíz megfo-

galmazására. Miután az állam- és jogtudományi karokon ma már korszerű színvonalon folyik a pszichológia oktatása, ezt a célt az idősebb jogásznemzedék továbbképzésében lehetne megoldani.

2. Ajánlható lenne az is, hogy egyes problematikus esetekben a kirendelő határozat megfogalmazása előtt a bíróságok folytassanak előzetes konzultációt a pszichológus szakértővel.

3. A pszichológus szakértők részére vizsga letételét kell előírni. A szakértői vizsgán kellene számon kérni a korszerű módszertani, személyiségpszichológiai, pszichopatológiai s nem utolsósorban családjogi és büntető anyagi-eljárásjogi ismereteket.

4. Áthidaló megoldásként ajánlható lenne az egyéni szakértői kirendeléseket pszichológiai laboratóriumok, osztályok, nevelési tanácsadók, tehát intézmények kirendelésével helyettesíteni, a vezető személyes felelőssége mellett.

5. A pszichológus szakértők részére időszakosan szinttartó és továbbképző kötelező tanfolyamokat kellene szervezni.

6. E javaslatok megvalósítása érdekében az illetékes főhatóságok elvi irányítása mellett szoros együttműködést kellene kialakítani a Magyar Pszichológiai Társaság, a Jogász Továbbképző Intézet és az OTKI között.

# A HALÁL ÁRNYÉKÁBAN

## MŰVESEKEZELT GYEREKEK PSZICHOLÓGIAI GONDOZÁSÁRÓL

Angster Mária

### I. ÁLTALÁNOS ÁTTEKINTÉS

#### 1. A KRÓNIKUS VESEELÉGTELENSÉG FIZIKAI KÖVETKEZMÉNYEI

A hemodialízis a krónikus veseelégtelenségben szenvedő betegek vesepótló kezelésének egyik lehetséges módja. A kezelés célja kettős: egyrészt a mérgező anyagcseretermékeket távolítja el a szervezetből, másrészt a visszamaradt vizet. A távolabbi cél pedig az, hogy a vesefunkciók részleges vagy teljes kiesése ellenére viszonylag jó állapotban tartsa a beteget mindaddig, amíg a vesetranszplantációra sor kerülhet.

A művesekezeléseket *egy kisebb műtét előzi meg*, melynek során egy nagy perifériás vénát összekötnek egy artériával (Cimino fisztula). Így a vénában megnövekszik a nyomás, és falának tágulékonyága következtében az így keletkezett ér nagy mennyiségű vér el- és visszavezetésére lesz alkalmas. A fisztulaműtét megtörténtét a bal — esetenként mindkét alkaron egy heg jelzi. Az elvezetett vért a művesében egy féligáteresztő hártya egyik oldalán terítik szét. A hártya a vízben oldható kisebb molekulákat átereszt a pórusain, a nagyobbakat visszatartja. A hártya másik oldalán levő mosófolyadékba áramlanak a felhalmozódott mérgező anyagok. A vesefunkciók géppel történő pótlása azonban *csak közelíti az egészséges állapotot*. A krónikus urémia minden szervet és szervrendszert érintő állapot, amely a kezelésekre dacára is fennmarad; a dialízis csak súlyosságát enyhíti.

A kezelés *heti 2-3 alkalommal, 3,5—5 órát* vesz igénybe. Ezt nálunk ágyon fekvé, egyik vagy mindkét karját mozdulatlanul

tartva kell a gyerekek elviselnie. A kezelés alatt gyakran lépnek fel görcsök, rosszullétek. Az egyik karból vastag tűn keresztül átlátszó műanyagserelékeken át áramlik a vér a gépbe, majd vissza. Ez azt jelenti, hogy *nagy mennyiségnek látszó vér van a gyerek testén kívül* és ő ezt látja is.

A kezelések között a beteg normális életet élhet, már amennyire fizikai és lelki állapota ezt megengedi. Viszont diétáznia kell, gyógyszereket szed, és az alapbetegségtől függően korlátoznia kell a folyadékbevitelt. A legrosszabb esetekben a *napi megengedett mennyiség 3—5 dl* a folyadék ételekkel együtt.

A betegség általában a gyerekek küllemén is észrevehető: testi fejlődésükben szembeötlően lemaradtak, bőrük színe sűrke, sápadtak, felpuffedtek, fogaik sárgásak. Előfordulhat, hogy 12—18 éves korukra csak 120—130 cm magasak.

A helyzet megoldását a vesetranszplantáció jelenti. Ha a szülő alkalmas donornak bizonyul, és egyik veséjét felajánlja a gyerekeknek, viszonylag rövid időn belül megtörténik a műtét. Ha a szülő nem alkalmas donor, vagy különböző okoknál fogva a felajánlást nem teszi meg, a gyerek egy számítógépes program alapján kap kadáver vesét. Ez hosszú várakozási időt jelent. A remény és reménytelenség periódusainak váltakozásán túl az is nehezíti a helyzetüket, hogy a krónikus urémia károsító hatásának következményeképpen a gyerekek általános állapota fokozatosan romlik. Minél később kerül sor az átültetésre, annál rosszabb állapotban van a befogadó szervezet, ami a műtét sikerének és az új vesével való közel normális élet esélyeinek csökkenését jelenti.

Mind az élő, mind a kadáverdonor esetében számolni kell azzal, hogy a vese kilöködik. A gyerek tehát a transzplantációval nem tudhatja maga mögött a betegséget; amitől megszabadul, az a rendszeres kezelés és állapotingadozás, a diéta és a folyadékkorlátozás. Mindez lényegesen jobb életminőséget jelent mind a gyerekek, mind a család számára. Amennyiben a vese kilöködik, a



beteg visszerül a művesére, amíg egy következő átültetés nem válik lehetővé.

Az 1980-as adatok alapján a transzplantált betegek fele három év elteltével visszakerül a gépre. A dialízist követő transzplantáció esetén a vese öt éves túlélésének valószínűsége 75%. A csupán dialízissel kezeltek 40%-a meghal az első öt évben (1).

Ezek tehát a helyzet száraz tényei.

## 2. A BETEGSÉG PSZICHÉS KÖVETKEZMÉNYEI

A beteg minden nap vagy gépre, vagy gyógyszerekre szorul életének fenntartásához. Ezek mintegy naponta adnak számára „hoszszabbítást”. Ezt a beteg tudja. Amennyiben ez a tudás elfojtás alá kerül, indirekt jelzésekből nyilvánvaló, hogy azért jelen van és kifejti hatását.

Egy géptől függeni, minden utasítást, megszigorítást betartani dependenciát követel. A kezelések közötti napokon pedig elvárják a gyerektől, hogy „normális életet éljen”, iskolába járjon, legyen motivált tanulásra, teljesítményre, kapcsolatokra, egyszóval független és kompetens. *A dependencia és independencia közötti naponkénti váltás* nagy pszichés terhet jelent gyerekek, felnőttek egyaránt.

Egy géptől és stábtól függeni, nélkülük életveszélyben lenni, fájdalmas tortúrákat elszenvedni, állandó frusztrációban élni óhatatlanul *agressziót* szül. A betegeknél a nyílt agressziókiéléssel alig lehet találkozni. Úgy tűnik, hogy az elhárító mechanizmusok az agressziót hatékonyan blokkolják.

A dialízisre adott pszichés reakciók közül a *depresszió* a legáltalánosabb, részben a ki nem élt agresszió következménye. A gyógyító stábra, a normát közvetítő családtagokra haragudni nem lehet, hiszen ők hálát érdemelnek. Alkalmas tárgy nem lévén a beteg az agressziót maga ellen fordítja, és depresszióssá válik. Az

elkeseredés, reményvesztettség és az agresszió befelé fordításának folyamata ritka kivétellel minden beteg általános jellemzőjévé válik.

A felületes szemlélő azt látja, hogy ezek a betegek félelem- és haragmentesen élnek. A helyzetből viszont állandó halálfélelem, szorongás, harag és elkeseredettség következne. A kérdés tehát az, hogy az aktuális stressz fényében hihetetlenül jó emocionális stabilitás és adaptáció milyen mechanizmusokkal és milyen áron valósul meg.

Mint mondtuk, a betegeknek helyzetükről, betegségükről és a tennivalókról pontos információik vannak. Mindezt érzelmekkel átélni, az életveszéllyel nap mint nap számolni meghaladja a pszichés teherbírást. A helyzet teljes egészében nem tagadható, mert akkor fennáll annak a veszélye, hogy valamilyen korlátozás vagy instrukció be nem tartásával életveszélybe kerül a beteg. Amit mindebből le lehet és *a pszichés összeroppanás elkerülése érdekében le kell tagadni*, az a betegségről való tudásnak az a komponense, hogy az összes veszély *most* áll fenn, a hétfői kezelés szerdáig jelenti az élet meghosszabítását.

Az *izoláció* mechanizmusával szabadul meg a beteg a betegségről való tudás érzelmi részétől. Az izoláció mechanizmusa nélkül aligha lenne általános az a szokás, hogy a betegek megünneplik a századik, kétszázadik kezelésüket. Ennyi kezelésen túllenni sokkal inkább félni-, mint ünnepelnivalót jelent, hiszen ez a szám azt mutatja, hogy a krónikus veseelégtelenség már régóta tart, 100 vagy  $200 \times 3$  napja van a beteg olyan állapotban, hogy egy gép nélkül meghalna.

A kezeléshez és az életmódhoz való *adaptáció* fázisokon megy keresztül. A kezdeti sokk idején helyzetének minden elemét átéli a beteg életkorának megfelelő szinten. Egy idő elteltével viszont a külső szemlélő már alig vesz észre valamit is a belső viharokból. Beáll egy életritmus, a beavatkozások, megszorítások, a diéta szinte természetessé válnak. Az irodalomban az adaptáció folya-

matát többféleképpen bontják fázisokra, lényegük azonban közös: a sokkot egy reménybeli fázis követi, a beteg észreveszi a kezelések áldásos hatását, urémiás szindrómája veszt súlyosságából, úgy érzi, a gyógyulás útján van. Fokozatosan válik csak világossá számára, hogy jobban van ugyan, de soha nem gyógyul meg: egyre több komplikációval jár a kezelés, általános állapota is romolhat (2, 3). Ha nem kap vesét, az élet számára ezentúl már ilyen — és kérdés, hogy élhető-e, érdemes-e mindezt vállalni. A kérdést hatéves kisgyerekek is felteszik.

*Elisabeth Kübler-Ross* (1969) szerint a halálos diagnózis közlése után a betegek *öt fázison* mennek keresztül. Ez az öt fázis a szakirodalom (*Etzwiller*, 1984) és tapasztalatom szerint akkor is leperereg, ha a beteg vagy szülője valami *végleges rosszról* értesül, pl. a gyerek cukorbeteg, vagy krónikus veseelégtelenségben szenved. Az egészséges gyerek nincs többé.

A diagnózis közlésekor a *tagadás* az első reakció. A diagnózist szinte meg sem hallják, kételkednek a laboreredményekben, az orvos kompetenciájában; teljességgel hihetetlennek tűnik, hogy pont velük, pont az ő gyerekükkel történjen meg ekkora baj.

Egyre több az orvosi tennivaló, a betegség jelei egyre nyilvánvalóbbak. Nem lehet őket tovább hatékonyan tagadni.

A *harag* fázisa következik. A beteg és a szülők úgy érezhetik, hogy a sorscsapást mások helyett nekik kell elszenvedniük. Az egészséges családtagok és a stáb tagjai is válhatnak a harag célpontjává — melyet igen nehéz „nem magukra venni”, megérteni, hogy nem személyüknek szól. Az ellenséges érzelmek elérhetik a paranoid reakcióképzés szintjét is.

Az *alkudozás* fázisa következik. A regresszió és a mágikus gondolkodási elemek felszaporodásának következtében a beteg vagy a szülő fogadkozik, felajánlásokat tesz cserében azért, hogy a betegség múljon el. A szülők gyakran ajánlják fel, hogy inkább ők legyenek betegek a gyerek helyett. Ebben a fázisban a vallásos

elemek is felerősödhetnek — az alkudozás gyakran Istennel folyik.

Mivel az így vállalt erőfeszítések nem segítenek, a *depresszió*, elkeseredés, tehetetlenség, kilátástalanság fázisa következik. Ebben a fázisban reked meg a betegek és szülők nagy része.

Kevesen jutnak el az *elfogadás* fázisába, ami halálos baj esetén felnőttnél a mérlegkészítést, a kapcsolatok és folyó ügyek rendezését jelenti a tervezgetés helyett, a beteg fokozottan az itt és mostban él. Krónikus betegeknél ebben a fázisban a körülmények és a megmaradt életlehetőségek tudomásulvételéről, egy olyan életmód kialakításáról van szó, amely a lehető legtöbb örömet adja.

Az irodalomból ismert jelenségek, mint pl. a *szülő—gyerek és a testvérkapcsolatok megváltozása* a krónikus veseelégtelenségben szenvedő gyerekek esetében is bekövetkezik. Amennyiben a gyerekek a kórházi osztályon él, a *kórházi tartózkodás terhei* tovább nehezítik amúgy is igen nehéz helyzetét.

A helyzet legsúlyosabb tényezője a *halál állandó jelenléte*. A kisgyerek számára (3—5 éves) a halál még nem irreverzibilis tény, hanem álom, elmenetel. Aki meghalt, majd egyszer felébred, visszajön. Az 5—9 évesek számára a halál élő, gondolkodó személy, a kaszás. A halál tényét már kénytelenek elfogadni valóságérzékük fejlettsége miatt. A halál viszont, ha már van, távoli személy legyen. Így alakul ki a kompromisszumos megoldás: a láthatatlan halálemler fogalma. A 9—10 éves gyerekek a halált már a testi folyamatok megszűnésének tartja, tudja, hogy irreverzibilis a tény (6).

A végzetesen beteg gyereknél a *halálfogalom fejlődése felgyorsul*. Saját állapotáról pontos tudása van, megérzi a halál közelségét, haldoklása közben izolálódik. A környezet nonverbális közléseit is képes saját helyzetére lefordítani. Ugyanez érvényes az életveszélyes rosszulétben szenvedő gyerekekre is. Haláltudatukat különböző módokon közlik a környezettel. Ha direkt vagy féldi-

rekt verbális közléseire, ezt kifejező rajzaira, játékaira, viselkedéses megnyilvánulásaira nem kap egy ilyen állapotban levő gyerek reakciót, az ember legnagyobb bajában marad egyedül.

*A halál a stáb részére is a munka legmegterhelőbb része.* Kis létszámú gyermekcsoporttal hosszú időn keresztül együtt dolgozni óhatatlanul szorosabb és személyesebb kötődéseket eredményez, mint a szokásos orvos—beteg kapcsolat. Emellett állandóan jelen van a gyerek esendőségéről, kilátásairól való tudás, a tárgyvesztés lehetősége. Ezért a betegség halálelemét, súlyosságát az én védelmében és a vihető hétköznapiak, az ápolás-gyógyítás érdekében le kell tagadni. A lét—nemlét, gyerek—halál témakörében nem lehet naponta elmerülni. Óhatatlanul mobilizálódnak így is a stábtagnak saját, a halállal kapcsolatos feldolgozatlan szorongásai, élményei, tehát napi munkájukba nemcsak intellektusuk, hanem intim szférájuk is bevonódik. Az orvos számára plusz terhet jelent az is, hogy a halál frusztráció, szakmai kudarc.

### 3. A KRÓNIKUS

#### VESEELÉGTELENSÉGBEN SZENVEDŐ GYEREKEK PSZICHOLÓGIAI GONDOZÁSA

1985 januárjában nyílt meg a SOTE I. sz. Gyermekklinikáján a műveseállomás. A továbbiakban az itt kezelt gyerekek pszichológiai gondozásáról lesz szó. A gondozás néhány általános és egyes kiemelt kérdését tárgyalom.

Az aktuálisan kezelt gyerekek száma változó; közülük többen már megkapták a szülők vagy egy kadáver donor veséjét. Volt, akinek hosszabb-rövidebb idő után kilöködött az új veséje, és ismét gépre került. Öten meghaltak. A sikeresen átültetett gyerekek visszajárnak, nálunk végzik rendszeres kontrollvizsgálatukat. Új betegeink folyamatosan érkeznek.

Eddig 24 betegünk volt. 10 gyerek részesült szervátültetésben, 8 közülük vesét kapott. A gyerekek átlagéletkora 12,5 év (6,2—18,4). A 24 betegből 15 fiú és 9 lány.

a) *A gondozás célja* röviden az, hogy a gyerek a betegség természetéből fakadó pszichés terhelést kibírja, reménykedve abban, hogy testi állapotának erős leromlása előtt még vesét kap, és újra közel normális életet élhet.

b) E cél eléréséhez egy *sajátos gondozási formát* kellett kialakítani, amely csak részben hasonlít a testileg egészséges, de pszichés támogatásra szoruló gyerekek ambuláns ellátásához.

A terápiába vonáskor általában kialakul a gyerekeknek egy olyan felfogása, hogy „velem valami baj van, hiszen rendszeresen pszichológusra szorulok”. A művesés gyerekek tudják, hogy fizikai állapotukat tekintve velük nagyon nagy baj van, ezért ezt a tudásukat nem látszott célszerűnek mélyíteni. A rendszeres, fix időben történő foglalkozások helyett a gyerekek mindennapjaiba próbáltunk meg beépülni. Ennek a fenti megfontoláson kívül más előnye is volt:

— „Hozzá tartoztam” a betegségükhöz. Amikor a gyerekek kapcsolatai a külvilág felé lazultak betegségük következményeként, beltágként sikerült „fontos másiknak” maradnunk. Így a segítség nem kívülről, az egészségesek világából érkezett, és ezért elfogadható, használható volt.

— Az osztályon megjelenve a gyerekek felé irányuló közlés lényege csak annyi volt, hogy „itt vagyok, elérhető vagyok”.

A gyerekek *maguk döntötték el*, hogy mikor van szükségük egyéni beszélgetésre vagy a kapcsolattartás más formájára. Ezt az érzést kellett hogy adja, hogy életüknek legalább ez a része az ő kezükben van. Ez énerősítő hatású, a regressziós folyamatot lassítja, és igyekszik a gyermeket az egészségesek világához kapcsolni. Ez alól akkor tettünk kivételt, amikor valaki viselkedésével látványosan jelezte, hogy bajban van: nem tartotta a diétát és a folya-

dékmegszorítást, nem vette be, illetve kiköpte a gyógyszereket, nagyon elmagányosodott stb.

Így szoros kapcsolatot tartottunk az összes gyerekkel, ha valamelyik társuk nagyon rosszul volt vagy meghalt.

*Az egyéni foglalkozások* az ambuláns betegek ellátásában alkalmazott terápiás órákhoz hasonlóan zajlottak. A szerződést ilyenkor néhány alkalomra kötöttük, arra az időre, amíg a gyerek a pillanatnyi rosszabb állapotából ki nem került.

*A kapcsolattartás egyéb formáihoz* tartozott a mozilátogatás, a séták, vásárlások, összejövetelek megszervezése. Mindennek az volt a célja, hogy a gyerekek élettere ne szűküljön le a kórházi ágyra, ne távolodjanak el végleg az egészségesek világától, a kisebb feladatokkal pedig a depresszió hártására próbáltunk meg alkalmakat teremteni.

*A szülőkkel való foglalkozások* a gyerekekkel kapcsolatban változt elv szerint folytak. A felkínált lehetőséggel szükség esetén éltek: többükkel folytattunk egyéni beszélgetést, két szülőpár esetében házaspár-terápiát.

### c) Betegeink állapota

1985 és 88 között 11 gyerekkel készült *Rorschach-teszt*, ezek eredményeiből képet kapunk arról, hogy a terminális veseelégtelenség és a kezelések okozta helyzet olyan teher, amely *egységesnek látszó személyiségváltozást von maga után*.

*M. Vázsonyi Ibolya* Rorschach-szótár (1988) c. könyve alapján gyűjtöttük ki a jegyzőkönyvekből a szorongásra, a depresszióra, ennek elhárítására, a manifeszt félelemre, hipochondriás félelemre, a fékek állapotára és a realitásérzékre utaló jegyeket. Az ott felsoroltak kétharmadának meglétét + jellel, felének meglétét ± jellel tüntettük fel.

Egy gyerek kivételével mindegyik depressziós — ez az eddigiekben vázoltak következménye. A szorongás, félelem és hipochondriás félelem hiánya a jegyzőkönyvekben meglepő. A hiányt azzal tudjuk magyarázni, hogy ezek mennyisége túl nagy ahhoz, hogy

1. táblázat. A Roschach-jegyzőkönyvekből kigyűjtött jegyek a művésés gyerekeknél

NÉV	Depresszió	Depr. háritás	Fékek	Manifeszt félelem	Hipoch. félelem	Szorongás	Real. érzék
Szilvi	+	+	+	±	-	-	+
Judit	+	+	+	±	-	-	+
Fecó	+	-	+	+	+	+	±
Józsi	-	-	+	-	-	-	+
Norbi	+	-	+	-	-	-	±
Lala	+	+	+	-	-	-	+
Móni	+	-	+	-	-	-	+
Laci	+	+	+	-	-	-	+
Évi	+	-	+	-	-	-	+
Pisti	+	-	+	-	-	-	+
Zsolt	+	+	+	-	-	-	+

A +! jel erős félelem, illetve szorongás meglétét jelenti. Ennek magyarázatára visszatérünk.

biztonságban tudatközelbe vagy a tudatba engedhetőek lennének a robbanás és a személyiség összeroppanásának veszélye nélkül. Ezért ha a szorongás mégis megjelenik egy művésés gyerek jegyzőkönyvében — és a tesztfelvétel az adaptáció útjának bejárása után történt — vészjelzésnek tekinthető.

A Rorschach-jegyzőkönyvek százaléksorai is meglepően egységesek. Az élménytípus a koartált, az indulati típus koartatív és koartált mindegyiküknél. Az igen magas F% (átl. 68) a gondolkodás beszűkülését, rigiditását mutatja. Az F+1% (átl. 86) nem a valódi IQ-t, hanem a depressziót tükrözi. Ezt a Raven-teszt eredményei (átl. 50 percentilis pont) bizonyítják. Az F+2% (átl. 90) is súlyos depressziót jelez. A V% (átl. 36) az önálló gondolkodás feladását, a depresszió háritását mutatja. Az alacsony M% (átl. 16) jelzi a csökkent kapcsolatigényt, az alacsony obj% (átl. 7) a tárgyra irányított ambíció csökkenését. A T% (átl. 53) jelzi,



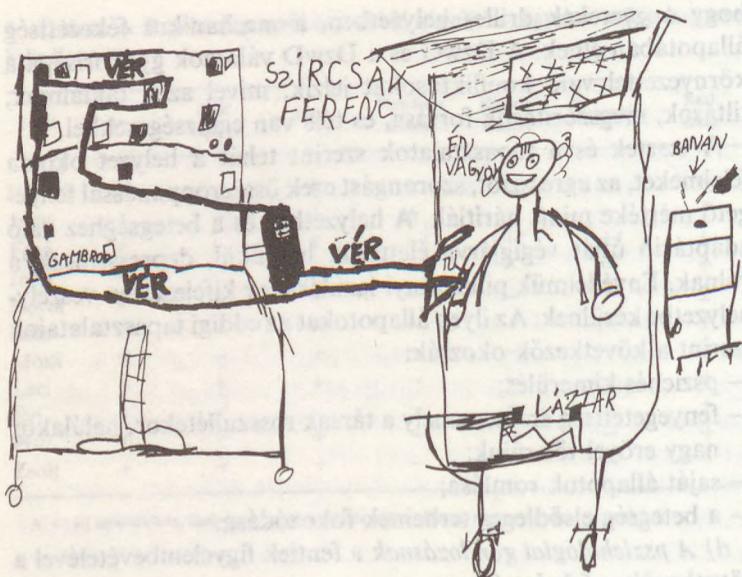
hogy a gyerekek drilles helyzetben, a mechanikus fékezetttség állapotában élnek. A DzwG és a DzwD válaszok gyakorisága a környezettel való konfliktusokat jelzik, mivel az a fájdalmak, tiltások, megszorítások forrása, és tele van egézségesekkel.

A tesztek és a tapasztalatok szerint tehát a helyzet okozta félelmeket, az agressziót, szorongást ezek összeroppanással fenyegető mértéke miatt hártják. A helyzethez és a betegséghez való adaptáció útját végigjárva életterük beszűkül, depressziósakká válnak. Énvédelmük pillanatnyi lazulásakor kifejezetten veszélyhelyzetbe kerülnek. Az ilyen állapotokat az eddigi tapasztalataink szerint a következők okozták:

- pszichés kimerülés;
- fenyegetettség érzése, amely a társak rosszullétekor, halálakor nagy erővel tör rájuk;
- saját állapotuk romlása;
- a betegség elsődleges terheinek fokozódása.

d) *A pszichológiai gondozásnak a fentiek figyelembevételével a következők a feladatai:*

- a gyerek jelzéseit követve az énvédő mechanizmusok erősítése;
- ezek lazulásakor biztonságos helyzet teremtése a pszichés összeroppanással fenyegető méretű halálfélelem, szorongás és agresszió kifejezéséhez, majd az énvédő mechanizmusok újbóli erősítése;
- a terhek közül a beavatkozásoktól való félelmes fantáziák és a bajban levő társakkal való azonosítás okozta félelmek megszüntetése;
- a betegség és a helyzethez való alkalmazkodás eredményeként kialakuló depresszió mértékének enyhítése;
- a szülők támogatása;
- a gyerekek és a szülő felkészítése a transzplantációra;
- segítségnyújtás az egézséges világba való újbóli beilleszkedésbe sikeres műtét után;
- kilökődés esetén támogatás gyereknek, szülőnek egyaránt.



Művesekezelt gyerek rajza

## II. SPECIÁLIS KÉRDÉSEK

### I. A HALÁLFÉLELEM FELERŐSÖDÉSE

A halálfélelem, mint említettük, állandóan jelen van, háritása folyamatos pszichés munka. A tapasztalat szerint vannak olyan külső és belső tényezők, amelyek eredményeképpen a védelem lazul, és a halálfélelem a felszínre tör. Ilyenek pl. a társak látványos rosszulléte, halála, saját rosszullét, a műtétek előtti „normális félelem”, amely mintegy utolsó cseppként hat, és az olyan esetek, amikor a halállal kapcsolatos gyermeki elméletképzést valami igazolni látszik.

Kortól függetlenül majdnem mindegyik gyerekben kialakult az az elmélet, hogy a testen kívüli vér elvéréhez vezet. A gép átlátszó csőrendszerében áramló vér látványa több gyereknél és szülőnél váltott ki halálfélelmet. Ennek fényében érthető meg a pánikreakció, amit egy-egy csepp kifolyt vérük látványára adnak. Ilyenkor a gondolkodás regressziója következtében a vér reális mennyiségével nem tud számolni a gyerek, a vér elfolyik—elvézés—halál asszociációsor kirobbantja az elfojtás alatt álló halálfélelmet.

A társ rosszulléte vagy halála beindítja az *azonosítás* mechanizmusát: ő is vesebeteg, én is vesebeteg vagyok; ő meghalt — én is meghalok. Ilyen esetben a tennivaló tapasztalatom szerint a következőkből áll:

- az azonosítási folyamatot blokkolni kell, azaz rámutatni egy olyan elfogadható okra, amely csak a rosszullevő vagy meghalt gyereknél állt fenn;
- a saját halálfélelem felerősödését végigkísérni, ehhez biztosságot adó klímát adni, majd a kifejezés után a gyerek jelzéseit követve segíteni a további háritásban;
- a gyerek reakciójának „egészséges” részét, a gyászmunkát segíteni, gyászában személyesen részt venni;
- a gyerekek között erősíteni a kapcsolatokat egymás támogatása érdekében;
- a gyerek szüleinél lezajló analóg folyamatokban a gyerekéhez hasonló támogatást nyújtani.

A magyar kórházi gyakorlatban nem szokás gyerekekkel tudatni, hogy egy társuk meghalt. Ezen az osztályon a következő megfontolásból látszott az informálás célszerűnek:

A művesekezeltek helyzetüknek ismeretében a halálra utaló jelekre rendkívül érzékenyek, tehát elkerülhetetlen, hogy ha szavakban az információ nem is hangzik el, a különböző jelzésekből tudomást ne szerezzenek a halálesetről. A művese és a stáb a gyerekeknek egy kihelyezett életfontosságú szerve, amennyiben ebben a szervben megrendül a bizalmuk, hamisságot éreznek, az egyenesen a halálfélelem felerősödéséhez vezet; ilyen esetben az

identifikációt blokkolni szándékozó magyarázat sem lenne számukra elfogadható. A kezelt gyerekek éveken keresztül vannak együtt, szoros kapcsolat alakul ki közöttük. Ennek elvesztését csak a gyász munka elvégzésével lehet nagyobb sérülés nélkül elviselni. A gyász átélésének pedig előfeltétele a haláleset tényének ismerete, segítséget pedig az együttgyászolás ad.

Mindez a gyerekek kérdéseiből is nyilvánvaló.

„Maga sírt miatta? Mikor? Nagyon? Jó, hogy maga is sír.”

„Nagyon örülne a T., ha látná, hogy így sírsz utána.”

A gyászoló gyerekek a kórházi osztályon kétségkívül kellemetlen betegek, pláne, ha ehhez még buzdítást is kapnak.

A 6—8 évesek gyásza egy 2-3 hetes intenzív szakasz után fokozatosan lecsengett. Az ennél idősebb gyerekekkel a gyász munka elvégzésének menete a felnőttekéhez hasonlított, annál intenzívebb volt, minél szorosabb kapcsolatban álltak a meghalt társukkal.

## 2. AZ IDENTIFIKÁCIÓ

Az identifikáció jelensége ebben a gyerekcsoportban egyéb történéseket is magyarázott.

a) A gyerekek közötti barátságok az azonosságok és identifikációk mentén szerveződtek. Egymás interperszonális stratégiáit esetenként „szó szerint” másolták.

Egy 13 éves kislányon a betegség külsőleg egyáltalán nem látszott meg. Édesanyja donornak jelentkezett, de a donációt édesapja nem engedte, mondván, hogy „nem is olyan beteg a gyerek”. A kislány állapota hirtelen romlani kezdett, nehezen mentek a kezeléseik, karja egy-egy kezelés végére a duplájára dagadt, vénái szétszakadtak. A kislány egy ilyen alkalom után apja elé állva letépte karjáról a kötést, és ijesztő látványt nyújtó karjára mutatott és rákiáltott apjára:

„Dönts el, hogy kínoztatsz, vagy engeded anyunak, hogy odaadja a veséjét.”  
Az apa a látványtól megrendülve azonnal beleegyezett az átültetésbe.

A kislány 15 éves barátnője hasonló helyzetben volt. Anyja lehetett volna donor, de a betegséget a család még nem vette komolyan, mivel külső jelei nála sem igen mutatkoztak. Ő — az előző történetből érzékelve, hogy az állapotromlás feljogosít a kérésre — saját maga kezdte el rosszulleteit előidézni. A gyógyszereket kiköpte, nem tartotta a diétát stb. Utólagos elmondása szerint — míg viszonylag jól volt, azt a kérését, hogy édesanyja adjon neki vesét, jogosnak sem érezte, és úgy gondolta, hogy a válasz is negatív lenne.

b) Egy 11 éves kislány kapcsán figyeltem fel rá, hogy a gyerekek nem is egyéni, hanem közös sorsukat érzékelik. „Én úgy vagyok, ahogy mi vagyunk” lenne ennek a jelenségnek a mottója.

A kislány állapotában semmilyen változás nem állt be — testileg és lelkileg azonos maradt a helyzete 4 éven át. A második év végén magatartása látványosan megváltozott; a mindenki kedvencéből, aki jó szívről és segítőkészségéről volt híres, egy irigy, ingerlékeny, elmagányosodott gyerek lett.

A magyarázatot az osztály történetének, azaz a párhuzamosan folyó gyerek- és kórtörténeteknek a keresztmetszetben való vizsgálata adta. Így derült ki, hogy mi változott: a kislány körüli kép. Az első időszakban csupa reménykeltő dolgot látott maga körül: társai vesét kaptak, szüleik donációra jelentkeztek, egy gyerek gyógyultan távozott. Tehát a kép: mi vesét kapunk, meggyógyulunk — egyértelműen pozitív.

A második évben ismét több szülő szánta el magát arra, hogy gyerekének vesét ad. A tavalyi társak gyógyultan otthon voltak már, vagy épp a gyógyulást hozó műtetre vártak. A kép tehát még mindig pozitív, bár talán már kezdte észrevenni, hogy ő a jóból kimarad. Erre az átültetésre várókkal szembeni viselkedése közvetlenül utalt. Ezután egy hónap leforgása alatt két kortárs gyerek halt meg a művesések közül. Így a kép: A többiek ugyanolyan betegek voltak, mint én, de nekik már segítettek a szüleik. Engem ebben a helyzetben hagynak — bár kaphatnék vesét anyukámtól —, pedig

ez a helyzet nagyon veszélyes: meg is halhatok. A kép inntól negatív.

Megjegyzem, hogy itt nem csak a tárgyvesztés negatív hatásairól volt szó: az osztály eseményeit a kisfiú számára is érthetően színes ábrában lerajzolva, mindezt értelmezve sikerült neki segíteni. Ezután már ismét reményt adott neki az ő saját sorsára érvényes lehetőség, hogy a számítógép bármikor kiírhatja a nevét, és akkor ő is vesét kap.

### 3. DONORKÉRDÉS

Amikor egy gyerek művesés kezeléssorozata megindul, az orvos informálja a szülőket, hogy lehetőségük van — az immunológiai egyezések megállapítása után — egyik veséjüket felajánlani a gyerekeknek. Hogy ez a mondat csak ennyit tartalmazzon, és *ne legyen benne erkölcsi kényszer*, vagy egyéb nyomás, az orvos számára igen nehéz feladat.

*A donáció fizikai következményei* a következők: a műtét és az altatás veszélyén túl a szülő lemond a páros szerv adta biztonságról. Ezen túl normális életet élhet; fizikai erőnléte nehéz testi munka végzésére nem lesz alkalmas. Vállalni kell viszont azt a kockázatot, hogy áldozata nem hoz eredményt, ugyanis semmilyen garancia nincs arra nézve, hogy a beültetett vese azonnal vagy idővel nem lökődik ki. Ez már a kérdés lélektani vetületéhez tartozik.

Amennyiben a szülő—gyerek kapcsolat jó, és érzelmileg színes a segíteni akarás, a gyerek megmentésének szinte ösztönös akarása a racionális érvelésnek szinte alig hagy teret, és a megkérdezett szülő azonnal igennel válaszol.

Ha a kapcsolat bármilyen szempontból zavart, a szülő pozitív döntése nem automatikus. Ilyenkor a szülő első reakciója általában a probléma tagadása és eltávolítása: a gyerek még nem is

annyira beteg, hogy a műtetre most kellene elszánnia magát. Majd.

Ilyen esetekben a gyerek állapotának romlásakor vetődik fel ismét a kérdés. Itt jegyezzük meg, hogy a gyerekeket ápoló és őket kezelésre hordó szülők is csoportot alkotnak. Több esetben fordult elő, hogy a vonakodó szülőket a donációra már jelentkezett szülők beszélték rá veséjük átadására.

*A gyerekek is többféle reakciót adnak a szülők áldozatvállalására. A felhőtlen szülő—gyerek kapcsolatban élőknel az áldozat a kezdeti anya—gyerek vagy apa—gyerek kapcsolat meghosszabbításának tűnik; ha a gyerek még kicsi, az áldozat szinte automatikusan elfogadható. Ha viszont a jó kapcsolat mellett a gyerek már nagyobb, és képes reálisan felmérni, hogy donor szülőjének milyen kockázatot kell vállalnia, és a kivizsgálások és a műtét okozta tortúrák mennyi fájdalommal járnak, akkor reakciójuk ambivalens. Örülnek — és ugyanakkor nagy büntudat és felelősségérzet terheli őket.*

A donációval kapcsolatos ambivalenciáról csak 12 évnél idősebb gyerekeink tudnak beszámolni. A kisebbeknél ez viselkedéses jelekből volt nyilvánvaló.

A szülőkkel való rendszeres kapcsolattartás érdekében a gyerekekkel gyakran hazatelefonáltunk. Ez tehát szokássá vált. A szülők donáció előtti kórházi bentfekvésekor is folytattuk ezt a gyakorlatot, a kórházban hívtuk fel őket. Egymástól függetlenül három esetben hangzott el ez a párbeszéd: (6 éves fiú, 8 éves és 10 éves lány).

— „Megyünk telefonálni?”

— I-i-i-nem!”

Megbeszéltük, hogy anyunak/apunak a vizsgálatok miatta fájnak — ezért talán haragszanak is. Az értelmezés helyénvaló volt.

A büntudat enyhítése a műtetre való felkészítés szerves részévé vált.

Egy 12 éves fiúval több ülésben beszéltük meg, hogy anyjának áldozata elfogadható, ő is örül, hogy segíthet a gyerekének. A műtét utáni narkóziótól bódultan trágár szavakkal kezdett a mellette fekvő anyjára kiabálni. Szavainak lényege: „Miért adtad oda a vesédet, most én leszek érted a felelős. Ha baja lesz a megmaradt vesédnek, miattam leszel beteg. Miért nem hagytál úgy, ahogy voltam?!” A fiú örvénybe került — büntudatrohamát semmivel sem tudta a meglepett stáb csillapítani. Édesanyjának telefonon adtunk tanácsot: kiabáljon vissza fiára, „mint rendesen”, és mondja el, hogy ő a donációt kizárólag saját maga miatt vállalta, már unta, hogy minden napja az ápolással telik el, és hogy hetente háromszor kezelésre kell hordania a gyereket. A műtétet kizárólag a saját életének megkönnyítésére határozta el, ebbe a gyerekeknek semmi beleszólása sem volt, lévén ő még kiskorú. Ez szinte azonnal hatott — a gyerek kikerült az örvényből. Azóta problémamentesen élvezik új életüket.

A donáció kérdésében az az eset okozza a legnagyobb nehézséget, amikor egy lehetséges donor szülő negatív választ ad, de ezt a döntését ő maga nem tudja elfogadni. Látványosan gyötri a büntudat, viszonya megromlik a gyerekekkel, mert ő az, aki ebbe a morális válságba sodorta. A harag, a tépelődés, mentegetőzés az egész családi kapcsolatrendszert megronthatja, és így a gyerek kettősen rosszul jár: se vesét, se támogató családi háttérrel nem kap.

Ilyenkor — tapasztalatunk szerint — a szülők a felkínált segítséget visszautasítják annak dacára, hogy elmondjuk, joguk van a nemleges válasza, és biztos nekik is nehezükre esett ezt a döntést meghozni. Általában a kognitív disszonancia törvénye szerint az osztályról való vélekedésüket igazítják hozzá a döntésükhöz.

„Az osztály rosszul szervezett; még egy véryomást sem tudnak gyorsan levenni, mit csinálnak akkor egy átültetés utáni komplikációval stb.”

Ilyenkor, tekintve, hogy a szülő hozzáférhetetlen, a gyerek számára próbáljuk elfogadhatóbbá tenni a helyzetet:

„Apukád most nagyon mérges, és szidja a doktor bácsikat. Azt hiszem azért olyan mérges, mert neked olyan sok mindent kell elviselned. Ha ez tényleg olyan rossz kórház lenne, nem hozna ide, és múltkor is milyen gyorsan meggyógyított a doktor bácsi, emlékszel?”



## ÖSSZEFOGLALÁS

Egy halálos betegségről, a gyerek életének géppel történő meghosszabbításáról van tehát szó. Ez a testi állapot olyan súlyos lélektani következményeket von maga után, melyek enyhítése hozzáad annak a lehetőségnek a valószínűségéhez, hogy a gyerek a betegség kezelését jelentő beavatkozásig, a vesetranszplantációig eljusson.

A dolgozatban a fizikai és lelki következményekről, a gondozás általános kérdéseiről, a speciális kérdések közül pedig a halálfélelemről, az identifikáció jelenségének következményeiről, a donorkérdésről és a megfelelő pszichológusi beavatkozásokról volt szó.

## IRODALOM

1. Nephrologia. A vese betegségei. Szerk.: *Balogh—Petrányi—Rényi—Vámos*, Medicina, Budapest, 1980.
2. *R. J. Seine—J. Zimmerman*: Dialysis: A Unique Challenge? In: Life-span developmental psychology. Academic Press Inc. N.Y., chapter 12, 281—311.
3. *A. Kaplan De-Nour—J. Shaltier—J. W. Czaczkes*: Emotional reactions of patients on chronic hemodialysis. *Psychosom. Medicine*, 1968, Vol. 30. 521.
4. *E. Kübler-Ross*: On death and dying. MacMillan Co. New York, 1969.
5. *D. D. Etzwiller*: *Acta Paediatr.*, 1984, 26, 4421.
6. *Nagy Mária Ilona*: A gyermek és a halál. Bethlen Nyomda, Budapest, 1936.

# PSZICHODRÁMA ÖNISMERETI CSOPORTOK ORVOSTANHALLGATÓK SZÁMÁRA

Vikár András—Zánkay András

Az egyetemünkön 1981-ben bevezetett „Orvosi pszichológia” tárgy oktatása jelentős mértékben formálja a hallgatók szemléletét, ráirányítva a figyelmet a gyógyító munka pszichés összetevőire. Ennek egyik gyakorlati megnyilvánulása az önismereti munka iránti érdeklődés. Az érdeklődők számára az Orvospszichológiai Oktatási Csoport munkatársai különböző metodikára épülő csoportokat szerveznek.

Magyarországon a főiskolákon és egyetemeken, az 1970-es évek végén, az 1980-as évek elején kezdtek működni a személyiségfejlesztő önismereti csoportok, az emberekkel közvetlen kapcsolatban dolgozó hivatásokra való felkészülést segítve. (Tanító-és tanárképzés, pszichológusképzés stb.)

Felfogásunk szerint az orvosi pályára való felkészítésnél elengedhetetlen azoknak a pszichés megterheléseknek a figyelembevételre, amelyek speciálisan az itt dolgozó szakemberekre nehezednek.

## PSZICHÉS SZAKMAI ÁRTALMAK AZ ORVOSI MUNKÁBAN

Az orvosi munka közismert sajátosságai közé tartozik, hogy szenvedő emberekkel, betegekkel való találkozások közepette zajlik. A munka az orvosra nagy felelősséget ró, ugyanakkor

gyakran tehetetlen a halállal szemben, emberi tragédiák zajlanak előtte. Ez a helyzet megfelelő személyiség és beállítódás híján személyiségkárosító hatású, kedvezőtlen következményekkel jár. Az orvos személyiségére nehezedő nyomást a deviáns viselkedésformák (alkoholizmus, drogfüggőség, szuicídium) relatíve magas mutatói is jelzik. A deviáns viselkedésformák megjelenése azonban csak végletes jelzése annak a folyamatnak, amelyben a személyiség védőmechanizmusai elégtelenné válnak a pszichés egyensúly megőrzésére. A gyógyító munka hatékonyságát már az is kedvezőtlenül érinti, amikor a feszültségek elkerülése az orvos részéről a kapcsolat elszemélytelenítésével történik, a beteg az orvos számára „esetté” válik. Ezt a beteg gyakran úgy éli meg, hogy tárgyként kezelik, ami a gyógyulás érdekében az orvossal való együttműködést akadályozza.

A gyakorlati munka mindennapjaiban szerzett tapasztalatok, az orvos és a beteg kapcsolatában kialakuló kölcsönhatások, kedvező esetben az orvos személyiségének éréséhez, kommunikatív képességeinek fejlődéséhez vezetnek. Így az orvos egyre inkább képessé válik a betegekkel szót érteni. Kialakul az a képessége, hogy a viselkedés apró jelzései alapján ráhangolódjon a betegre, a meglévő természetes tekintélyét felhasználva oldani tudja a beteg bizonytalanságából fakadó szorongásait.

Ugyanakkor kedvezőtlen esetben ezeknek a helyzeteknek az átélése ellentétes hatású is lehet. Az orvos—beteg kapcsolatban meglévő aszimmetria következtében „visszajelentési zár” alakulhat ki. A beteg, helyzetéből fakadóan, szinte sohasem fogalmazza meg nyíltan az orvoshoz fűződő valódi viszonyulását, ez rendszert csak viselkedésének metakommunikatív jeleiben tükröződik. Ha az orvos nem tudatosítja a kapcsolat zavarait, úgy éli meg, hogy a beteg „rossz”, ő a felelős a hiányos együttműködésért.

Ez általában akkor gyakori, ha az orvos önismerete hiányos, illetve erős diszkrepancia áll fenn az önmagáról kialakított kép s a valóság között. Ennek a helyzetnek a tartós fennállása a problé-

ma elmélyüléséhez, olyan interaktív stílus kialakulásához vezet, amely a két személy tényleges kapcsolatba kerülését szinte lehetlenné teszi.

A szakmai felkészítés egyoldalúsága mellett ez a tényező, az orvos—beteg kapcsolat elszemélytelenedése is oka lehet annak, hogy az orvoshoz fordulóknak az a jelentős hányada, akik megoldatlan pszichés problémák miatt, gyakran diffúz panaszokkal keresik fel a rendelőket, nem kapnak megfelelő segítséget. Ezután egyik orvostól a másikhoz menve jelentős egészségügyi „karriert” futnak be, kivizsgálások során esnek át, nem ritkán a műtöket is megjárják, komoly orvosi kapacitást kötnek le.

#### ÖNISMERETI CSOPORT

Az önismereti csoportok általában azzal a célkitűzéssel szerveződnek, hogy a csoport tagjai jobban megismerjék saját magukat, azt a hatást, amit személyiségük, illetve viselkedésük a másik emberben kelt, jobban megértsék mások viselkedését. Képesek legyenek felismerni és reflexióba vonni saját érzelmi reagálásmódjukat, hogy mérlegelhessék: akarnak-e egy bizonyos helyzetben egy bizonyos módon viselkedni. Fejlődjön szociális érzékenységük, és ezen keresztül jobban el tudják fogadni, toleránsabbá váljanak a sajátjuktól eltérő viselkedések, a másság iránt. Megismerjék a társas helyzetek pszichés dinamikáját, jobban lássák saját szerepüket, illetve lehetőségeiket egy szituáció kialakításában, kezelésében. Fokozódjék társas hatékonyságuk, fokozottabban képessé váljanak a konfliktushelyzetek áttekintésére, céljaiknak megfelelőbb kezelésére, végigvitelére vagy feloldására.

A fenti célok érdekében az önismereti csoportokban különböző csoport-pszichoterápiás módszereket alkalmaznak. Nálunk a felsőoktatás területén a szabad interakciós verbális módszer, a gyakorlatokra épülő érzékenységfejlesztő, illetve szociális tréning és

a pszichodráma alkalmazására került sor. Ezek a módszerek különböző mértékben érzékenyek a csoport tagjai közötti reális viszonyokra, amit a csoportok szervezésében, illetve vezetésében figyelembe kell venni.

Optimális esetben a csoportban olyan emberek dolgoznak együtt, akik nem élnek egymás életterében, egymás számára első-sorban csoporttársként léteznek. A csoport vezetője például nem lehet oktatója, vizsgáztatója a csoport valamelyik tagjának.

Az önismereti csoportok vezetése non-direktív abban az értelemben, hogy a csoportvezető nem határozza meg a beszélgetés témáit, feladata a csoport hatékony működéséhez szükséges keretfeltételek biztosítása. Ez a helyzet az interperszonális kapcsolatok terén egy kockázatmentes tanulási lehetőséget kínál, amelyben szabadabban kipróbálhatók különböző viselkedések, több tere nyílik a spontaneitásnak. Ugyanakkor az új, korábban nem tapasztalt szituációkban megjelenő reakció módok jobban szemügyre vehetők és tudatosíthatók, mint az adott egyénre jellemző magatartásformák.

Az új élmények megváltoztathatják az emberek önmagukról kialakított képét. A csoportban zajló folyamatok (terápiás effektusok) összessége a személyiség megváltozását (hibás személyiségfejlődés korrekcióját) eredményezheti. Ez a folyamat az énkép megváltozásában és a viselkedés megváltozásában jól nyomon követhető. Az utóbbiak természetesen a személyiségfejlődésre is visszahatnak.

A megfelelően vezetett csoportokban kialakuló elfogadó attitűd hozzásegíti a csoporttagokat önmaguk teljesebb elfogadásához és ezen keresztül nyitottabbá teheti őket saját élményeikkel kapcsolatban. A csoport fejlődése folyamán kialakuló csoportdinamikai történésekben, a csoporttagok számára jelentős interperszonális helyzetek korábbi, akár kisgyermekkorú élmények, érzések újraleképeződnek, és lehetővé válik ezek másszintű átélése, tudatos feldolgozása.

A pszichodráma módszerét a két világháború közötti időben *Jacob Levy Moreno* alakította ki. Módszerét „cselekvő módszer”-nek tekintve, szembeállította az akkor elterjedőben lévő pszichoanalízissel. Hangsúlyozta, hogy módszere teret ad a spontaneitásnak, a kreativitásnak, a játéknak, a személyiség belső erőinek.

Magyarországon a pszichodramát *Mérei Ferenc* honosította meg az 1970-es években. *Moreno* alap gondolatát átvéve a pszichodráma-mozgalmon belül egy sajátos irányzatot alakított ki. *Mérei* érdeklődése az interperszonális kapcsolatok aktuális viselkedésmeghatározó feszültségeire irányult. Munkája alapegységének a csoportot tekintette. Felfogása szerint a csoport fejlődése, sajátos pszichodinamikai szabályszerűséget követve, újra és újra kitermeli a csoport aktuális konfliktusát, amelynek megoldása lehetővé teszi a továbblépést. A pszichodráma játékokban eközben az egyén viselkedésminta repertoárja nyilvánul meg, illetve egészül ki új, adaptívabb, hatékonyabb elemekkel.

A pszichodráma alapvető alkotóeleme a „színpad”. A színpad a csoport terének egy jelképesen elhatárolt része, a reális tértől elkülönítve, a játéknak, a fantáziának nyit teret.

A pszichodráma-csoportokat általában ketten vezetik, lehetőség szerint egy férfi és egy női vezető. Hasonlóképpen törekszenek a csoporttagok összeválogatásánál is a nemek kiegyensúlyozott részvételére, ami a csoport történéseit meghatározó tényező.

A csoport vezetőinek alapvető funkciója, hogy elősegítsék olyan elfogadó légkör kialakulását, amely kedvez a spontán, hiteles megnyilvánulásoknak.

A különböző pszichodráma-irányzatok a vezetés feladatainak megoldására sokféle technikai eszközt dolgoztak ki. Az egyes irányzatokban azonos a pszichodráma lefolyásában egymást követő három fázis.

Minden ülés az úgynevezett bemelegítő fázissal kezdődik. A

csoport tagjainak spontán beszélgetése, vagy az ehhez illeszkedő, a csoport vezetője által ajánlott „bemelegítő technika” keltette élmények asszociációk alapján körvonalazódik egy olyan problémakör, amelynek a feszültsége megérinti a csoporttagokat.

Ezt követően a vezető segítségével, a felbukkant feszültség játékba fordításával az adott problémát a csoport néhány tagja megjeleníti a színpadon.

A morenoi pszichodráában, mikor egy adott személy problémáját vizsgáljuk meg, ún. protagonista-centrikus játékra kerül sor. Itt a játék történései az adott egyén belső tartalmainak megfelelően zajlanak. A kiegészítő szerepeket alakító ún. antagonistákat a protagonista választja ki, illetve instruálja.

Különböző technikai lehetőségek biztosítják, hogy a „játék” minél teljesebben tükrözze a helyzet pszichikus realitását.

A játékot követi a pszichodráma-ülések harmadik fázisa, a megbeszélés. A megbeszélésben meghatározott módon a csoport tagjai és a vezetők visszajelentést adnak a játék résztvevőinek.

Beszámolnak arról, hogy mennyire ismerős nekik személy szerint a megjelenített helyzet, éltek-e át ehhez hasonlót. Ezt angol szóval „sharing”-nek nevezzük.

Azok, akik a játékban a protagonista segítségére részt vettek az ún. szerep-visszajelzésben, azt mondják el, hogyan érte őket a szerepre való kiválasztás, illetve hogyan érezték magukat az adott szerepben és az esetleges szerepcserében.

Az ún. identifikációs-visszajelzésben a csoporttagok arról beszélnek, hogy a játék folyamán kivel vagy kikkel azonosultak és ez milyen érzéseket keltett bennük. A megbeszélés folytatódhat egy újabb beszélgetésben, amely újabb témát hoz elő és ez újabb játékot szül ...

## EGYETEMISTÁK ÖNISMERETI CSOPORTJA

Az Oktatási Csoport által szervezett önismereti csoportjainkat általában szóban hirdetjük meg az Orvosi Pszichológia tárgy előadásához kapcsolódva. Röviden ismertetjük a csoport céljait, módszerét, működésének időbeli kereteit. A jelentkezőkkel a csoport összeállításához egyéni beszélgetésekben ismerkedünk meg.

A beszélgetés célja a személyes kontaktus megteremtésén túl a jelentkezés motivációjának, a személyiség általános színvonalának és a személyi összeférhetőségnek a megítélése.

A csoportban való részvételi szándéknak többféle indítéka lehet. Az önismereti munka szempontjából kedvező, ha a jelentkező az emberi szakmai kíváncsiságon túlmenően, önmaga és kapcsolatai jobb megismerésére is motivált. A csoportban nem lehet „nézőként” jelen lenni, elkerülve az önismereti munkával, a részvétellel járó feszültségeket. A csoportdinamika a passzívabb tagokat is bevonja a történetbe. Ha valaki megfelelő motiváció híján nem kész erre, rendszerint kimarad a csoportból.

Az emberi és szakmai kíváncsiság mellett, tapasztalataink szerint a csoportba jelentkezésben elsősorban a hallgatók életkora és szociális szerepeik által meghatározott késztetések bírnak jelentőséggel. A csoport munkája folyamán előkerülő feszültségek többnyire az autoritáshoz való viszonyból, az önállósodás és a családról való érzelmi leválás ambivalenciájából, a társas- és partnerkapcsolatok alakulásából, alakításából, érlelődő szakmai identitásukkal összefüggő problémáikból származnak.

Egyetemi hallgatókról lévén szó a jelentkezők intellektuális színvonala ritkán akadály a csoport munkájában való részvételnek, bár természetesen az egyéni különbségek nem elhanyagolhatóak. A személyiség érettsége, rendezettsége közvetlen módon nyilvánul meg a csoportban való részvételben. A betegségtudat vagy a fel nem vállalt terápiás elvárások az önismereti csoportbeli részvételt tekintve kontraindikációnak tekinthetők, de ezen túl-



menően alapvetően a csoportvezető tapasztalatai és intuíciója szükséges annak megítélésére, hogy képes-e egy bizonyos személlyel dolgozni a csoportban. A megismerkedő beszélgetés folyamán természetesen a jelentkezők képe is alakul a csoportvezetőkről, és hozzájárulhat a részvétellel kapcsolatos megalapozottabb döntéshez.

A beszélgetés feladata annak a tisztázása is, hogy a jelentkezők közötti szoros kapcsolat nem akadály-e egy közös csoportban való részvételnek.

Az önismereti csoportok fejlődése a tapasztalatok szerint bizonyos szabályszerűséget követ. A kezdeti időszak a csoport működési feltételeinek tisztázásával, a közeggel való ismerkedéssel, a szabályok próbára tevésével, a lehetséges munkamódok keresésével telik. Ez egyben a csoport struktúrálásának időszaka is, amelyben a csoporttagok egyénisége is szerephez jut, meghatározva a csoportban elfoglalt helyzetet, a kialakuló kapcsolatokat.

Már a spontán csoportszerveződés átélése is sok önismereti élményt nyújt, a mélyebb önismereti munka időszaka azonban a már kialakult csoportban jön el. A helyzet és a többi résztvevő ismeretlenségéből fakadó fenyegetés eloszlásával vállalhatóvá válik az önmagukkal való szembenézés feszültsége. A csoporton belüli elfogadás, megértés tapasztalatai nyitottá tesznek a másoktól kapott visszajelzésekre. Megfelelő irányítás mellett a csoporttagjai rátanulnak arra, hogyan fogalmazhatják meg modanivalójukat segítő módon, elkerülve, hogy sérülést okozzanak másoknak.

#### VISSZATÉRŐ PROBLÉMÁK MEGJELENÉSE AZ EGYES CSOPORTÜLÉSEKEN

Mint korábban írtuk, a hallgatók életkorából és szociális szerepeikből adódóan gyakran találkozunk a következő problémákkal.

— Önállósodás, felnőtté válás és a családról való leválás.

Életkoruk szerint a pubertáskor utáni „huszonéves” felnőtt emberek ülnek a csoportban. Ugyanakkor egyetemista létük, jelenlegi viszonyaink között — szülőktől való anyagi függés, a lakáshelyzet megoldatlansága — prolongált „gyermekstátust” biztosít a számukra.

— Az autoritáshoz való viszony

A szülői autoritáson túlmenően az egészségügyben jelenleg még szükségszerű szigorú hierarchikus felépítés a medikusok számára az autoritáshoz való viszonyukból adódó feszültségeket kielelzi, aktualizálja. Ez megjelenik a tanár—diák viszonylatban, legélesebben a vizsgaszituációkban és harmadévtől kezdve a kórházi gyakorlatokon, ahol a medikus egy osztályos orvos beosztottja, ugyanakkor a nővérek és betegek számára szerepéből adódóan mint autoriter személy jelenik meg.

— Szakmai identitás

Közismert, hogy az orvosi pályaválasztás motívumai nagyon sokfélék, az egyes emberek is általában több motívum együttes hatására választják az orvosi hivatást. A teljesség igénye nélkül néhány motívum kiragadva: kisgyermekkorú doktorbácsi- v. doktornéni-élmény, saját betegség v. közeli családtag betegsége, természettudományos érdeklődés, természettudományos és humán érdeklődés összekapcsolásának keresése, az orvosi hivatás társadalmi presztízse, a fehér köpeny mint autoritást biztosító „jelmez”, egzisztenciális kérdések — „orvosra mindig szükség lesz”, karizmatikus hajlam stb. Természetesen ritka és nem is feltétlenül szükséges a teljesen tudatos pályaválasztás. Az orvosi pályát speciálisan jellemző, cikkünk elején leírt pszichés megterhelések miatt a medikusokban újra meg újra megjelenik az igény saját pályaválasztási motívációik mind teljesebb tisztázására.

— Társas és partnerkapcsolatok

A felnőttkor küszöbén természetesen központi kérdés a társas és partnerkapcsolati problémák. Az orvosi pálya mint szakma vagy hivatás, valamint az orvosi stúdiumok időbeni elnyújtottsá-

ga (optimális esetben 29 éves korára lesz valakiből szakorvos), kiélezettebben veti fel a partnerkapcsolati és főleg a lányoknál a családalapítás kérdése körüli problémákat.

A felsoroltak természetesen nem önállóan, hanem egymást átfedve, más problémák közé beágyazottan jelennek meg. Nézzük meg egy példán:

Feri ötödéves orvostanhallgató. Hat hónapja tartó csoportunkban még saját játéka nem volt, témát nem vetett fel. Verbálisan is csendes, visszahúzódo. Ha felkérték antagonistá szerepre, eljátszotta szemmel láthatóan szívesen, de háttérbe vonultságából ezek a szerepek sem mozdították ki.

A csoportülés elején Feri beszámolt arról, hogy az utóbbi időben idegesebb, türelmetlenebb és a viselkedésében is tapasztal új jelenségeket. Pár nappal ezelőtt egy lányt, akire nagyon sokat kellett várnia, otthagytott, és másnap egyedül volt a büfében, ahol nem tudja miért, dühösen egy műanyag poharat a földhöz vágott. Kérdésekre Feri elvállalja, hogy mindkét helyzetet nézzük meg játékban.

Az első jelenetben miközben a lányra vár, bevon még egy szereplőt, egy fiú barátot (Zoli kapja ezt a szerepet). A bevezető duplázásban kiderül, hogy Zoli feladata elmagyarázni Ferinek azt, hogy hogyan kell bánni a nőekkel, és nem érdemes sokat várni erre a lányra, ha énnyt késik. A játékban Feri szót fogad Zolinak, és mint utólag kiderült, ez komoly lelki furdalást okozott neki.

A második jelenetben Feri a pohárral a kezében leblokkolt, és semmit sem tudott felidézni a valóságban lezajlott eseményből. Mivel sem a játékban, sem verbálisan nem tudtunk továbblépni, felajánlottam és Feri elfogadta, hogy a helyzet hangulatát megpróbálja érzékeltetni és álmokképszerűen berendezi a büfépult körül a teret. Szembeállított egy üres széket, ami a magányosságát jelezte. Kissé oldalra állította szétárt karokkal, tanácstalan arckifejezéssel Marit, aki Feri eljövendő orvosi pályáját jelentette; megkérte Tamást, hogy vonuljon át a színen, mint egy elmaradt beszélgetés. Ezenkívül maga mögé állított egy fiút, akinek az volt a feladata, hogy lefogja Ferit, és ne engedje akkor inni a pohárból, amikor éppen szeretne, és irányítsa Feri mozgását. A jelenet beállítását után, arra a kérdésre, hogy ki ez a fiú, Feri elmondta, hogy a családja. A következő színben Feri felállította, miként fogja le őt és ringatja a családja. Feri egyik kezét anyja (Mari) és nagybátyja (Tamás) fogta, másik kezébe egy nagynéni kapaszkodott bele. Feri mindhármójuk szájába egy-egy felszólító mondatot adott, ezek a mondatok neki szóló instrukciók voltak, ezenkívül Feri édesapja is jelen volt, a két nő kezét fogta, és a neki adott mondat így szólt: én, az apád is itt vagyok. Az apa szerepét Zoli kapta. A játék folyamán Ferit lefoglák, céltalanul irányították, Feri

folyamatosan hallotta vissza az általa a szereplők szájába adott mondatokat, mígnem egyszer csak kitört az öt körbe vevő, rángató gyűrűből. A játék után a csoport nagyon sok sharing-et, szerep-, illetve identifikációs feed-back-et adott, ezzel is jelezve, hogy a csoport tagjai tudtak azonosulni Feri problémájával és erősen involválódtak a játékban.

Anélkül, hogy akár Feri szempontjából, akár a csoportfolyamat szempontjából kielemeznénk ezt a játékot, jól láthatjuk, hogy a felsorolt problémakörök milyen koncentráltan jelennek meg ebben az egy játékban. Ugyan belülről már önállóan érzem magam, felnöttem, még úgy irányítanak, mint egy kisgyermeket, ugyanazok a kötések még megvannak, és nem tudom, hogyan törjek ki belőlük. Az autoritáshoz való viszony, a férfiszerep keresése problematikájához észre kell vegyünk (és a szabad asszociációs álomképszerű feldolgozás ezt megengedi), hogy az apát játészó, csak saját jelenlétének hangot adó, a nőket ellenkezés nélkül követő Zoli mondja el az első jelenetben, hogy hogyan kell bánni a nőekkel, ugyanakkor a határozott, autoriter nagybátyót játészó Tamással a büfében a beszélgetés elmaradt. Az asszociatív összefüggések valóságtartalmát Feri a verbális feldolgozás során megerősítette, pont úgy, mint azt, hogy pályaválasztását édesanyja erősen befolyásolta, és ez felveti, hogy hivatásával kapcsolatos kételyeit a szüleitől való leválási problémája indukálta. Mari kapta az édesanyja szerepét is és az eljövendő, tanácstalanul álló orvosi pálya szerepét is. A partnerkapcsolati probléma megjelenik a meg nem várt lány jelenetben, és erről szól a magányt jelentő üres szék és a férfiszerep keresése is.

A fenti protagonista-centrikus játék után nézzünk példát egy csoportcentrikusan vezetett ülésre egy másik csoportunkból. Ennek a csoportnak ez volt a 12. ülése.

Az ülés kezdetén az előző heti csoportüléshez kapcsolódó néhány perces beszélgetés után Andrea (aki pár hete állt munkába egy kórházi osztályon) egy vele történt esetet mond el, amelyben kínosan érezte magát, és ami azóta is foglalkoz-

tatja. Az orvosi szobában dolgozott, amikor bejött a titkárnő, és azzal az indokkal, hogy Andreának jó lesz egy egyszerűbb írógép is, elvitte a szobához tartozó villanyírógépet. Andrea szerette volna ezt megakadályozni, de nem tudta, megteheti-e, és ha igen, akkor hogyan. Átélté helyzete bizonytalanságát, ugyanakkor az az érzése is volt, hogy ilyesmit csak vele lehet megcsinálni.

A csoportból többen reagáltak a felvett problémára. Felidéztek hasonló helyzeteket saját életükből, amikor utólag úgy érezték, hogy tehetetlenségük miatt nem tudják jól megoldani a szituációt. Az így megnyilvánuló érintettség és bevonódás jelzi, hogy a csoportot aktuálisan foglalkoztatja az önérvényesítés és alkalmazkodás közötti egyensúly megtalálása.

A játékjavaslatot a csoport elfogadja. Andrea a titkárnő szerepét választja, hogy lássa, másokra hogyan hat az a viselkedés, amit ő tapasztalt. A kezdő orvos szerepét Balázs vállalja. A köztük, az orvosi irodában lejátszódó jelenetben Andrea nem túl erőszakosan el akarja vinni az írógépet, amelynek átengedésétől Balázs elzárkózik. Andrea finom kényszerítő próbálkozásait figyelmen kívül hagyva kijelenti, hogy ezt majd a főorvossal fogja megbeszélni, addig az írógép maradjon a szobában.

A második jelenetben Csaba vállalja a főorvos szerepét, aki először atyai hangon figyelmezteti Balázst, hogy beilleszkedése érdekében, újonnan érkezettként alkalmazkodnia kell a viszonyokhoz, nem várhatja, hogy őhozá igazodjanak. Balázs arról beszél, hogy nem kezdheti pályáját megalkuvással, nem hódolhat be a titkárnőnek, mert akkor sohasem veszik semmibe. Önmagának is tartozik azzal, hogy kitart az elvei mellett. Csaba az ellenállást érezve, főnöki pozícióját érvényesítve kemény hangra vált, kiélezi a helyzetet, Balázs megbántva érzi magát, fenntartja álláspontját.

A harmadik jelenetben Balázs újra találkozik a titkárnővel, akivel érezteti, hogy neki köszönhetően nehéz helyzetbe keveredett. Nem engedi elvinni az írógépet és az állásváltoztatás szükségességére gondol, úgy érzi, hogy nem tud megmaradni ilyen munkahelyen.

A megbeszélés folyamán megfogalmazódik, hogy a játék szereplői bele tudták élni magukat a helyzetbe, bevonódtak szerepeikbe. Andrea elmondja, hogy Balázs viselkedése váratlanul érte. Úgy érezte, hogy le kell mondania az írógépről és az nem is olyan fontos neki.

Balázs úgy érezte, hogy nem engedhet ebben az ügyben, mert akkor ezentúl mindig engednie kell. Csaba viselkedése megtévesztő volt számára, mert úgy tűnt, hogy barátian szóba áll vele, de aztán mégis hatalmi pozícióból tárgyalt. Elégtételnek érezte, hogy a titkárnővel szemben nem adta be a derekát.

Csaba elmondta, hogy nem érezte jól magát a főorvos szerepében. Ő is gyakran találkozik ilyen viselkedéssel, amikor a mézesmadzag és a korbács váltogatásával akarják valamire rávenni.

A csoportból érkező visszajelzések Andreának tükrözték, hogy mint titkárnő egyáltalán nem volt erőszakos, nagyon könnyen hagyta magát félreállítani. Lehet, hogy munkahelyén is másként történtek volna az események, ha beszél a titkárnővel. Balázs számára megfogalmazták, hogy tapasztalataik szerint az egészségügyben dolgozva várhatóan nagyobb kompromisszum-készségre lesz szüksége, ha nem akar egyik munkahelyről a másikra vándorolni. Csabának jelezték, hogy nagyon jól azonosult a főorvossal, akinek a viselkedése könnyen félreérthető.

A reflexiók a történés fordulatait jobban átláthatóvá teszik, kiemelve azt, ahogyan a szereplők viselkedése hatott egymásra, megváltoztatva a köztük kialakuló helyzetet.

A viselkedés motívumainak új elemei tudatosulnak a résztvevőkben. A játék és a megbeszélés a helyzetben jobb tájékozódást tesz lehetővé. A helyzet kezelésére tett próbálkozások igazi kockázatok nélkül fontos tapasztalatokat eredményeznek.

Az ülés hátralevő része a játék keltette asszociációk fonalán haladt.

Eddigi tapasztalataink alapján — és remélhetőleg ezt a példakal is sikerült alátámasztani — a pszichodramát nagyon érzékeny és termékeny módszernek tartjuk, amely alkalmas az előzőekben felsorolt problémák megjelenítésére, kezelésére, illetve megoldásának elősegítésére is.

---

Megjelent: A jövő orvosai. Szerk.: Popper Péter. SOTE Orvopszichológiai Oktatói Csoport, Budapest, 1991. 190—201.

### III. NEVELÉS ÉS PSZICHOLÓGIA

#### NEHANY PROBLÉMÁJA

F. Lachmann, Lucy

Közel 30 évi klinikai munkánk során a nevelési tanácsadó szociál-  
ká képzés alapvető szemléleti problémáit kellett tisztáznunk.  
Egyesben az egyéni és a csoportterápiáról és gyakorlati kérdése-  
kről feleltünk. Munkánk során új módszereket kidolgoztunk, és  
újra került Jelen előadásom nem engedett meg, hogy az egyes prob-  
léma-kérdések részletesen tárgyaljam, ezért némelyikről inkább  
az irányelvek ismertetésére kellően szűkít.

A gyermek-pszichoterápiában, drámatív formájában legyen az, a  
következő módszerek a gyermek életében sajátos jelképekkel  
alkalmazhatók. A gyermek alapvető szükségletein tér el a  
felnőttől. A gyermekkor legnagyobb alapvető és folytonos válto-  
zások között van, és az ember életében az életfajtaiban viszonyít-  
va rendkívül hosszú. Az átmenetesség és a fejlődés jellege miatt  
és az egyformán vonatkozik a testi, az érzelmi és az értelmi  
fejlődés fejlődésére is. Az egyes gyermekkor folyamatos és  
alapvető változások között van. Először az a fejlődési folyamat  
előtérbe kerül, ami a fejlődéséért abból is, hogy nem történik meg  
széles körűen, hanem korlátozott körülmények között, azok hatá-  
rnyelve alatt, például a "szociális" jellegű, azaz a "szociális"  
jellegű határ és a hozzájuk való alkalmazkodás fontossága miatt  
magyar fejlődési módra, az ember gyermekkorában az élet-  
nem, a fejlődési folyamat alatt az újabb fejlődési állapotot  
alkot, a megfigyelés utáni kialekeltettség és ezért folyó jel-





## A CSALÁDI CSOPORTTERÁPIA NÉHÁNY PROBLÉMÁJA

P. Liebermann Lucy

Közel 30 évi klinikai munkánk során a nevelési tanácsadó technika számos alapvető szemléleti problémáját kellett tisztáznunk. Eközben az egyéni és a csoportterápia elvi és gyakorlati kérdése került felszínre. Munkánk során új módszerek kidolgozására is sor került. Jelen előadásom nem engedi meg, hogy az egyes problémaköröket részletesen tárgyaljam, ezért mondanivalóm inkább az irányelvek ismertetésére korlátozódik.

Gyermek-pszichoterápiában, bármilyen formájú is legyen az, a követett módszernek a gyermeki psziché sajátos jellegéhez kell alkalmazkodnia. A gyermek alapvető sajátosságokban tér el a felnőttől. A gyermekkor lényegében alapvető és folytonos változások korszaka, és az ember esetében az élettartamhoz viszonyítva rendkívül hosszú. Az átalakulások és a fejlődés menete gyors, és ez egyformán vonatkozik a testi, az értelmi és az érzelmi fejlődés lefolyásmódjára is. Az egész gyermekkor folyamatos és alapvető változások sorozatából áll. Eltér ez a fejlődésmenet más élőlények fejlődésétől abban is, hogy nem természeti környezetben, hanem komplikált társadalmi hatások erőterében, azok befolyása alatt pereg le, miközben a környezetből jövő ingerek kiváltó hatása és a hozzájuk való alkalmazkodás formája szabja meg a fejlődés medrét. Az emberi gyermek életének legelső szakában, a graviditás tartalma alatt anyjával egyetlen szervezetet alkot; a megszületés utáni kialakulatlansága és ebből folyó tehe-

tetlensége miatt teljesen az anyától függ. Az eredeti testi egység állapota eleinte időszakosan, a táplálás tartama alatt újra felidéződik; a vegetatív egység és az érzelmi egység állapota ezentúl még hosszú ideig fennmarad, és az érzelmi egység valójában csak a pubertás korszakában szűnik meg. Az egyes funkciók kialakulásával párhuzamosan, abban az arányban, ahogyan az újszülött önállósul, csökken az anya—gyermek kapcsolat vegetatív és érzelmi szorossága, és megkezdődik az egyén önállósulása, leválása, úgy is mondhatnám: az egyén külön léte. Az egyén alapvető vegetatív és érzelmi reakciómódjait (azok sémáit) az anya—gyermek kapcsolat korai fázisa, a kapcsolat során kialakuló kölcsönös kooperáció és a kölcsönös egymáshoz alkalmazkodás — helyesebb lenne talán azt mondani: illeszkedés formái — szabják meg. Ezek a vegetatív és érzelmi síkon kialakuló interperszonális reakciómódok beleépülnek az egyén alapvető dinamikus reakciói közé, és jelentik azt a bázist, amelyre a későbbi fejlődés során a komplikáltabb, sokrétű interperszonális kapcsolatok bonyolult szövvénye felépül. Nem térek rá ennek a folyamatnak részletes elemzésére, csak azt kívánom megjegyezni, hogy ebben a kapcsolatban az anya személye és annak sajátosságai jelentik a kiváltó ingereket. Szemléletünk szerint tehát — amely igen nagy megfigyelési anyagra támaszkodik — az anya—gyermek egység eredetileg egyetlen egység, amelyből az egyén úgy alakul ki, hogy differenciálódik, az egységen belül kialakul a funkciófejlődés során a test sémája és evvel az egyén határa, ezzel párhuzamosan az én értése is. Az elhatárolódás és fejlődés folyamata aképpen megy végbe, hogy a környezeti kiváltó ingerek a gyermekben latens módon meglévő készségeket életre hívják, és azok manifesztté válnak az alkalmazkodás során. Ez az elhatárolódás azonban csak azokban a fejlődési szakokban hatékony, amelyek később jönnek létre, és az eredeti vegetatív egységre épülnek rá. Ugyanígy, ha későbbi életszakokban magas érzelmi feszültséggel járó állapotokban archaikus személyiségrétegek kerülnek előtérbe,

azok során — időlegesen — elmosódik az énhatár. A leválás folyamatát nem részletezem: beletartozik az önálló táplálkozás, a funkciófejlődés különféle fázisa (járás, beszéd stb.), a testséma kialakítása és az anyán kívül a világ egyéb jelenségeivel való kapcsolatok kialakítása tapasztalatszerzés útján. Ezeknek a tapasztalatoknak jellegét, minőségét és formáit a környezet és annak kulturális formái szabják meg. A gyermek önállósulásában további fontos szerepe van most már nemcsak az anyának, hanem az apának, a családtagoknak, a testvéreknek és a kortársaknak is.

Felmerül e helyütt az a probléma is, hogy nem közömbös a későbbi személyiségstruktúra kialakulásának szempontjából az sem, hogy az önállósulás, illetve egyénné válás, az anyáról való leválás milyen életszakban, simán vagy erőszakosan következik-e be. A mi jelen életkörülményeink között mindenképpen igen korán, mondhatnánk túl korán kerül rá sor.

Mindezen közismert tényeket azért sorolom fel, hogy kialakított szemléletünket érthetőbbé tegyem. E téren néhány alapvető fontosságú feltevésre jutottunk. Ezek között első helyen áll, hogy: mindenfajta gyermekkori pszichés panasz esetében, akár vegetatív, értelmi, érzelmi vagy magatartási téren nyilvánul is az meg, a panaszt csak akkor érthetjük meg igazán, ha az egyént környezetével való kölcsönhatásban szemléljük, és a panaszt is ilyen szemzőgből értékeljük. Az egyes eset diagnózisát is csak a kölcsönhatás tényezőinek mérlegelésével lehet megfogalmazni. A terápia tervezésekor és véghezvitelekor szükséges az egyén és a környezet összefüggésmódjainak feltárása és a gyermek biológiai, érzelmi, sőt jogi függése miatt a környezet kooperációja is. A kooperáció előfeltétele pedig a környezet befolyásolásában rejlik, ami többnyire a környezet terápiájával egyértelmű. A nevelési tanácsadó technika különféle formái különböző módokon igyekeznek kollaborálni a gyermek közvetlen környezetével, a családdal és az iskolával. A gyermek számára a közvetlen erőter, amelyben él, a család. Ez szolgáltatja legkorábbi életszakoktól kezdődően azo-

kat a kiváltó ingereket és kondicionálási formákat, amelyek hatása alatt a gyermek latens képességeit kibontja, azaz latens lehetőségeit manifesztálja. A környezettel való kapcsolatok kialakulásának útjai, amelyek mentén képességei kialakulnak, a következők: *a)* az azonosítás, *b)* az utánzás, *c)* az aktivitás.

Ezeknek a funkcióknak gyakorlása során alakul ki a gyermek testsémája, énje, énjének határai, azaz az alapvető anya—gyermek egységből differenciálódik az egyén. Az elhatárolódás (leválás) uralkodó tendenciája az önállósulási tendencia, amely a kisgyermek minden megnyilvánulásának előterében áll. Természetes, hogy minél fiatalabb az egyén, annál labilisabbak az újonnan szerzett készségek, és annál tökéletlenebb a leválás folyamata. Más szavakkal, minél fiatalabb az egyén, annál inkább része a családi csoportnak, és annál kevésbé egyén még.

Terápiás anyagunk tanulságai alapján sok évi tapasztalat és kísérletezés után olyan végkonklúzióra jutottunk, amely szerint a családban vagy a családon kívül élő, még nem teljesen kialakult vagy kialakulófélben, illetve leválófélben levő egyént úgy tekintjük, hogy személyiségének archaikus rétegeiben, azaz vegetatív, indulati és érzelmi síkon még mindig egyetlen egységet alkot — mondhatnám egységben él — a környezetével, illetve családjával. Ez más szavakkal azt jelenti, hogy a csoportot — akár családi, akár terápiás csoportról van szó — nem az azt alkotó egyének összegének, hanem külön, sajátos törvényekkel bíró dinamikus egységnek tekintjük, amelyben a fejlődés folyamán az egyének differenciálódás útján válnak ki.

Az egyénné válás eszerint tehát egyértelmű az önállósulás, elhatárolódás, a családból való kiválás folyamatával. Ennek a ténynek sokféle következménye van, pl. a traumatizáló tényezők hatását teljesen más megvilágításba helyezi.

Ez a szemlélet szükségszerűen csoportszemlélet kialakításához vezetett, amelynek során a családi csoportot meghatározó tényezőkkel kezdtünk foglalkozni. Ezen kutatás során az interperszo-

nális kapcsolatoknak kezdeti kialakulását és formáit a család dinamikus struktúráját meghatározó tényezők, azaz a családot alkotó személyiségek egymásra hatásában és sajátos formáiban, a kialakuló dinamikus struktúrában kerestük. Innen már csak egyetlen lépés kellett az elvi felismerések gyakorlati alkalmazásához: megkíséreltük a családi csoport együttes terápiáját. Erre vonatkozó tapasztalatainkat két közleményben (1956, 1957) ismertettük.

Azóta a család csoportterápiáját folyamatosan alkalmazzuk a nevelési tanácsadó munkában, in statu nascendi látjuk benne a specifikus konstellációban jelentkező érzelmi problémákat és a családi egységet alkotó személyiségek kölcsönhatásaiból kialakuló csoport szerkezetét. Ez a struktúra megszabja a családi csoportban manifesztálódó erők irányát, útját és lehetőségeit is, és megszabja az interperszonális kapcsolatok megnyilvánulási lehetőségeit. Ugyanakkor viszonyítási alapként és háttérül szolgál a gyermek magatartási problémáinak megítélésében. A családi csoportban dramatizálva megjelennek az interperszonális kapcsolatok és azok jellegzetes formáló hatásai éppúgy, mint a konfliktusok, amelyek a különböző személyiségek ütközéséből keletkeznek, és amelyeknek — relatív kialakulatlansága miatt — a gyermek a szenvedő alanya. Ezért a családi csoportban — a csoportban általában is — a történések összefüggésmódja és értékelési rendje más, mint az egyéni pszichoterápiában. A csoportban lejátszódó érzelmi és indulati történések körvonalai és mintája csak akkor rajzolódik ki világosan, ha mindvégig az egész egységet tartjuk szem előtt, azt egyetlen funkcionális egységként értékeljük, amelyben a történések nem határolódnak el, és ehhez az összefüggő, rendezett struktúrájú egységhez viszonyítjuk az egyes részek egyéni megnyilvánulásait. Ebben a szemléletben és gyakorlatban tehát elsősorban az összefüggés rendszerének elve és sajátosságai a meghatározó tények. A gyakorlati alkalmazás terén ez azt jelenti, hogy a problémákat nem elsősorban az egyes egyén,

hanem az egész egység összefüggésének rendszerén belül értelmezzük és tudatosítjuk. Ezenközben fokozatosan sikerül az összetartozás élményét, amely általában csak érzelmi jellegű, a tudatos közösségélmény szintjére emelni. Ily módon a családi csoportterápia a valódi közösségélmény megalapozását is elősegítheti.

Ennek a technikának az alkalmazása szokatlan látásmód elsjátítását is megköveteli a terapeutától. Pszichoterápia során általában azt szoktuk meg, hogy a jelenségeket és tüneteket általában az egyén szemszögéből nézzük és egyéni megnyilvánulásként értékeljük. Az egyén az alapegység, amelyből kiindulunk, a csoportokat pedig általában a csoportot alkotó egyének összegeként látjuk. Minden csoportterápia, de főként a családi csoportterápia során olyan szemléletet kell kialakítanunk, amely az egyéni megnyilvánulásokat az egész csoport összefüggésrendjén belül, azzal együtt látja és értelmezi. Hasonlatként mondhatnám: az egyéni felnőtt terápia egyszólamú, a csoport, de főként a csoportalakulás prototípusa, a családi csoport terápia pedig többszólamú látásmódot követel, amelyben az egyes szólamok összefüggése, kapcsolata mutatja meg az egészet csakúgy, mint az egyes szólamok összefüggése a partitúrában.

Ennek a látásmódnak a kialakítását sok tényező gátolja. Gátolja a megszokott pszichológiai szemléletet, amely a felnőttek terápiajából indul ki, és az egyéni sajátosságokat tekinti primernek és a csoportok szerkezetét szekundernek; az a tény, hogy a csoport kohéziója nem tudati jelenségekben, hanem indulati és érzelmi megnyilvánulásokban jelenik meg elsősorban, és a tudatos megfigyelés számára nem minden esetben közvetlenül spontán hozzáférhető; végül gátolja az a tény is, hogy gyermekek esetében a személyiség kialakulásának fázisaiban minden egyéni törekvés a leválásra és egyéni differenciálódásra irányul, és ez a törekvés gyakran elfedi azokat az alapjelenségeket, amelyek a csoporttal való összefüggésből származnak.

Előadásom terjedelme miatt nem tudom ezeket a jelenségeket bővebben taglalni. A családi csoportterápiát nem tartjuk csupán terápiás módszernek, amelyet gyermekek pszichoterápiájában sikerrel lehet alkalmazni. Az anya—gyermek kapcsolat az emberi közösséglémény alapja, valóságos egység, és a családi csoport az emberi közösség első formája. A családi csoportterápiát ezért tartjuk értékesnek, mert nemcsak kitűnő gyakorlati eredmények elérésére alkalmas terápiás módszer, hanem mert igen alkalmas az interperszonális kapcsolatok kialakulásának és a csoportösszefüggéseknek kutatására, azaz közösséglélektani kutatás számára érdekes és gyümölcsöző módszert és területet jelent.

#### IRODALOM

- Liebermann, L. P.*, 1956, Csoporttherápia Nevelési Tanácsadásban. Gyermekgyógyászat, Budapest, VII. évf. 10. 289—298.
- Liebermann, L. P.*, 1957, Joint-Interview Technique: An experiment in group therapy. The British Journal of Medical Psychology. Vol. XXX. Part 3. London, 202—207.
- Liebermann, L. P.*, 1960, Dynamic patterns in family groups. Bericht über den Sechszehnten Internationalen Kongress für Psychologie. Bonn, 459.

# A SZÜLŐKKEL VALÓ KOOPERÁCIÓ A NEVELÉSI TANÁCSADÓ TERÁPIÁBAN

Popper Péter

## I.

A terapeuta aktivitásának helyes mértéke minden pszichoterápia egyik központi problémája. A terapeuta aktivitása először is a szorosan vett terápiás miliőben, betegével való személyes kapcsolatában nyilvánul meg — nevezzük ezt belső aktivitásnak. Itt elsősorban a pszichológus részéről történő mindenfajta kérdésfeltevésről, értelmezésről és esetleg tényleges tanácsadásról van szó. Megnyilvánulhat továbbá a beteg környezetével való kapcsolatban, illetve a beteg reális élethelyzetébe való, bármilyen jellegű beavatkozásban — külső aktivitásban. A különböző terápiái irányzatok és technikák e kérdésekben is jelentősen eltérnek egymástól.

A problémát a nevelési tanácsadásra szűkítve, meg kell állapítanunk, hogy nálunk igen elterjedt a beteg környezetével, nevezetesen a szülőkkel való együttműködésnek az orvosi gyakorlatból — méghozzá a hibás orvosi gyakorlatból — átvett formája. Eszerint a beteg: a gyermek; a tulajdonképpeni terápiás kapcsolat tehát a pszichológus—gyermek kettősre korlátozódik; a szülő szerepe az adatszolgáltatás és a kapott utasítás — jelen esetben a nevelési tanács — végrehajtása. Ez a felfogás a szülőkkel való kooperáció fogalmának félreértését mutatja.

Nevelési tanácsadó rendelésünk álláspontját e tekintetben *P. Liebermann Lucy* több közleményben is kifejtette. Ennek az a lényege, hogy a gyermek pszichoterápiája nem oldható meg tartós



sikerrel a környezettel — elsősorban az anyával — való kooperáció, a környezet terápiája nélkül. A még kialakulatlan személyiségű gyermek ugyanis környezetével minden tekintetben összefüggő egészet alkot; annak — a felnőttnél sokkal nagyobb mértékben — kiszolgáltatott. Ezért magatartási vagy egyéb pszichikai zavarát csak a környezetével való összefüggésben és kölcsönhatásban lehet megérteni. A szülőkkel való kooperáció tehát a terápiának speciális formája.

A nevelési tanácsadás *P. Liebermann Lucy* szerint mindig csoportterápia, még akkor is, ha a csoport tagjaival nem egyszerre, hanem külön-külön foglalkozunk. A család ugyanis objektíve csoport, amelyben bármelyik tagot érő bármilyen hatás mind-egyik tagra hat. Tekintve, hogy a csoport nem azonos a tagok összegével, hanem ahhoz képest minőségi többletet jelent, az egyes tagok helyzete és egyéni problematikája a csoport struktúrájából érthető meg, és csak ezen az alapon végezhető családi terápia is.

E vonatkozásban tehát a gyermek pszichoterápiája lényegesen eltér a felnőttétől. A felnőttnek ugyanis objektíve meglehetősen tág lehetősége van arra, hogy élethelyzetét önállóan alakítsa, környezetével való kapcsolatát rendezze vagy megszakítsa stb. Ha a terápia során megteremtődnek az objektív lehetőségek kiaknázásának szubjektív feltételei, akkor a felnőtt képes lesz életvitelének saját erejéből való irányítására.

A környezet és a személyiség kölcsönhatásában tehát a domináns hatóerők iránya — gyermeknél és felnőttél — ellentétes. Gyermeknél a környezet hatása dominál, mert a kialakulatlan gyermeki személyiség szelektív funkciója még gyenge, érzelmileg, jogilag és anyagilag környezetének kiszolgáltatott, közvetlen hatáslehetősége környezetére korlátozott.

Felnőttél az életvitel — amely a környezet és személyiség kölcsönhatásának eredőjeképpen alakul — domináns alakító tényezője a személyiség. A felnőtt érzelmileg, jogilag és anyagilag a

gyermeknél jelentősen függetlenebb; személyisége kialakult és környezetétől jobban elhatárolt, szuverén; ezért a környezeti hatásokkal szemben szelektív funkciója erősebb, visszahatási lehetősége nagyobb.

A felnőttnél az élethelyzet diszharmóniája a személyiség diszharmóniájának szükségszerű következménye. A rendezetlen, diszharmonikus személyiség nem képes arra, hogy környezetével harmóniában éljen, konfliktusait megoldja; sőt diszharmóniát, konfliktushelyzeteket hoz létre kedvező környezeti feltételek között is.

Gyermeknél a pszichés állapot, az élethelyzet diszharmóniája a környezet, a család, elsősorban a szülők tünete (*Dr. Bálint*), a gyermek pszichés zavarai a környezet zavarai tükröződnek mint ok és következmény.

A terápia technikáját még egy tényező befolyásolja alapvetően: a beteg introverzív készsége. A tényleges introspekció a felnőttkor sajátja, s általában csak a pubertás éveiben kezd kialakulni. A felnőttek pszichoterápiája nagyrészt a beteg introspektív munkáján alapul, s a terapeuta aktivitása az introspektív munka kontrolljára, értelmezésére szorítkozik. Gyermeknél az introspektív készség hiánya a terápia módszerének megváltoztatását, a terapeuta lényegesen nagyobb aktivitását követeli; a terapeuta külső aktivitása nélkül a terápia nem sikerülhet, a környezettel való kooperáció kudarca egyben a terápia kudarcát is jelenti.

Felmerül a kérdés: mi a helyzet a pubertásosok és adoleszcensek esetében, akik már nem gyermekek és még nem felnőttek, hanem most vannak a felnőtté válás átmeneti korszakában? Ezzel kapcsolatban kérdésfeltevésünk a következő:

1. Milyen tényezők, illetve terápiás hibák veszélyeztetik elsősorban a szülőkkel való kooperációt?
2. A szülőkkel való kooperáció kudarca pubertásos és adoleszcens betegek esetében is feltétlenül a terápia kudarcát eredményezi-e?

3. Amennyiben a pszichológus a szülőkkel való aktív együttműködés nélkül próbálja folytatni a terápiát, milyen konzekvenciák származnak ebből a helyzetből a terápia során tanúsított magatartására, aktivitásának helyes mértékére?

II.

A szülők nevelési tanácsadásra való jelentkezésének leggyakoribb motívumai szerint két csoportot különíthetünk el.

Az egyik csoport belső indítékra — tehetetlenség, tanácstalanság, aggodalom, bűntudat, felelősségérzet stb. — magától jelentkezik; a másikban a szülőt presszionálják — iskola, tanács stb. küldi —, tehát a jelentkezés sokszor anélkül történik, hogy a szülő ténylegesen belátná a nevelési tanácsadás igénybevételének szükségességét. Tapasztalataink szerint az utóbbi helyzet legtöbbször nem alkalmas a terápiás munkára. A szülő feleslegesen zaklatottnak érzi magát, mint akinek magánéletébe jogtalanul beavatkoztak, a pszichológust is a kellemetlenkedők közé sorolja. Általában a jelentkezés tényével már teljesítettnek érzi a maga penzumát. Ha ellenállását nem sikerül az első alkalommal áttörni, a rendelésről elmarad, sokszor a gyermek pontos kivizsgálására sincs lehetőség.

Ami az első csoportot illeti, szinte valamennyi esetben a szülők akkor jelentkeznek a nevelési tanácsadásra, amikor a gyermekükkel kapcsolatos magatartási vagy egyéb problémák a környezet — család vagy iskola — számára tűrhetetlenekké váltak. Tehát tulajdonképpen nem a gyermek, hanem a saját problémájukra — amely persze a gyermek helyzetének következménye — keresnek megoldást, kérnek segítséget.

A nevelési tanácsadóhoz való fordulást a várákozás, a kudarcral végződött megoldási kísérletek sora előzi meg. A nevelési tanácsadó tehát bizonyos szempontból végső állomás, amelyhez sokszor mint utolsó lehetőséghez fordulnak a szülők: nem akkor, amikor ezt a gyermek állapota először indokolja és a terápia

sikere szempontjából a legkedvezőbb lenne, tehát a problémák kialakulásának kezdetén, hanem amikor saját feszültségbírásuknak már a végére értek. A terapeuta emiatt legtöbbször hosszú idő óta progrediáló helyzetben kezdi meg munkáját, amelyet ebből kifolyólag számos tényező nehezít.

Ezek közül az első abból fakad, hogy e progrediálás folyamata alatt mind a gyerekekben, mind a szülőben kialakultak, megerősödtek és sztereotipizálódtak azok a legtöbbször negatív viselkedési, érintkezési sémák, reakciómódok, amelyeket a konfliktushelyzetekben alkalmaztak és alkalmaznak, s amelyek újabb konfliktusok forrásai.

A második nehezítő tényező a szülő türelmetlensége, aki — mert feszültségbírásának vége felé jár — mindig a gyors megoldás igényével lép fel.

A nevelési tanácsadáson való „jelentkezési helyzetnek” és az azt követő időszaknak érzelmi problémái azonban túlterjednek a fentiekre. Ezek közül a szülőknek a gyermekhez és a pszichológushoz való viszonyát emelem ki, amelynek közös jellemzője az érzelmi ellentmondásosság.

A szülőnek gyermekével való érzelmi kapcsolatában az ellentmondásosságot az a fokozott agresszivitás okozza, amelyet a súlyosan problematikus gyermek szinte minden esetben kivált a szülőből maga ellen. Ennek az agresszivitásnak a létrehozói közül legfontosabbak az alábbiak.

— A saját nevelési elképzeléseivel, módszereivel kapcsolatosan átélt kudarcélmény.

— A fiatalkorú magatartási zavarai által általában kiváltott külső kellemetlenségek, esetleg szégyenhelyzetek sorozata (szomszédok, rokonok, iskola, tanács, munkahely, esetleg a rendőrség részéről).

— Büntudat és felelősségérzet a fiatalkorú helyzetével szemben.

— A fiatalkorú magatartási zavarai, viselkedése által a szülő-

ben mobilizált saját problematika, amely vonatkozhat mind a jelenre, mind pedig saját életének hasonló időszakára.

A felsoroltak közül éppen ez az utóbbi okozza a legmélyebb és a legnehezebben megoldható bonyodalmat a szülővel együttműködésben.

A szülőnek a pszichológushoz való kapcsolatát viszont a következő tényezők teszik ellentmondásossá:

— A pszichológus esetleges kudarca bizonyos értelemben a szülő igazolását jelenti; pontosabban, a szülő kudarcának elveszi személyes életét.

— A nevelési tanácsadóhoz való fordulásban az egyik fő vonzóerő a felelősség áthárításának lehetősége. Ezt a pszichológusnak minimálisan a felelősség megosztásáig kell mérsékelnie, ami gyakran váltja ki a szülő ellenérzését.

— A gyermek helyzete és magatartása által a szülőben mobilizált saját problematika a szülő számára legtöbbször nem könnyen vállalható, ami sokszor a probléma belátásának elutasításához is vezet. Az eddigiek alapján azonban világos, hogy a szülő érzelmi helyzetének legalább bizonyos mérvű, a centrális problémákra „fókuszolt” (*Dr. Bálint*) rendezése elkerülhetetlen része a gyermek terápiájának. Újabb tényező keletkezik tehát, amely a szülő ellenállását váltja ki a pszichológussal szemben; ennek egyik legáltalánosabb tünete, ha a szülő mereven ragaszkodik a problémák kizárólag reális síkon történő megoldásához.

Ezen a ponton tehát azonos gyökerű a szülő—gyermek és a szülő—pszichológus viszony érzelmi ellentmondásossága. Ennek a problémának a jó megoldását joggal tekinthetjük a szülővel való eredményes kooperáció kulcspontjának.

— Egyes esetekben a szülő — főként ha érzelmileg elhagyatott — féltékennyé válhat a gyermekkel jó érzelmi kapcsolatban levő pszichológusra.

A megoldás nem egyszerű. Foglaljuk össze még egyszer az alaphelyzetet. A nevelési tanácsadáson való jelentkezéskor a kö-

zép pontban kétszeresen is a szülő áll. Először, mert akkor jelentkezik, amikor a gyermeknél tapasztalható rendellenességek számára okoznak tűrhetetlen feszültséget; másodsor, mert a panasz tárgya saját érzelmi rendezetlenségének tünete. Ebből következően egy szinten sürgős segítséget kér a maga számára (megszünteti a gyermekkel kapcsolatos negatívumokat, vagyis saját tünetét); más szinten viszont elhárítja a tényleges milióproblémák érintését, és a terápiát igyekszik a gyermek személyére korlátozni.

A hibát legtöbbször ott követjük el, hogy nem tudunk e két szinten szimultán dolgozni, s a terápia során vagy az egyik, vagy a másik szint érzelmi valóságát fogadjuk el a munka kizárólagos alapjául.

E tekintetben az egyik lehetőség az, hogy a pszichológus elfogadja a tüneti helyzetet, a terápiás kapcsolatot a gyermekre korlátozza, elmulasztja a szülő terápiáját, és a vele való kooperációt információ szerzésére (anamnézis) és utasításokra („tanácsadás”) korlátozza. Az eredmény — nem zárva ki átmeneti sikerek lehetőségét — végső soron kudarc. A baj gyökere feltáratlan maradt, a szülő nem kapott tényleges segítséget saját maga számára, lényegében tehát elutasítást élt át; ez idővel felfokozza csalódott szembenállását a pszichológussal, s mivel emellett megosztotta a felelősséget és saját tehetetlenségét a szakember kudarcra is igazolta, elmarad a nevelési tanácsadásról.

A másik lehetőség az, hogy a terápia középpontjába a gyermek helyett a szülő kerül. A terápiás helyzetnek ez a torzulása együtt jár azzal a reális nehézséggel, hogy a nevelési tanácsadás keretében nem folytatható teljes igényű felnőtt terápia. Ha tehát a pszichológus olyan terápiás kapcsolatot teremt a szülővel, amelynek a nevelési tanácsadás lehetőségein belül nem tud helytállni, a terápiát szükségszerűen kudarcba viszi. (Nem beszélünk itt arról a műhibáról, ha a szülővel való kapcsolat kilép a terápia keretei közül, és személyes jellegűvé válik.)

Eddig a szülőnek a gyermekhez és a pszichológushoz való

viszonyával foglalkoztunk. Nem mehetünk el a problémának ugyanilyen súlyú másik oldala mellett: Milyen a pszichológus viszonya az esethez, gyermek és szülő együttes problematikájához? Erről a kérdésről manapság keveset hallani, mintha a terapeuta pszichés rendezettsége vagy eleve feltételezett, vagy lényegtelen volna a terápia sikere szempontjából.

A valóságban minden terápia — különösen pedig a nevelési tanácsadó csoportterápia — centrális alakja a pszichológus, aki szükségszerűen fókuszává válik az egyes tagok iránta és egymás iránt megnyilvánuló ellentmondásos érzelmeinek és indulatainak. E szerepet a terápia érdekében vállalnia kell. A gyermek számára átmenetileg pl. szükségképpen „szülő-ekvivalenssé” válik, s ezzel magához veszi a szülőhöz való érzelmi viszony töltésének egy részét. Ezáltal részint csökkenti a szülő—gyermek viszony feszültségét; részint hatáslehetőséget kap a gyermekkel szemben; harmadszor fenyegetést is kap, hogy e viszony szükségképpen a szülő—gyermek kapcsolat negatívumait hordozza, s ezek tönkretelhetik a terápiás kapcsolatot, ha hatáslehetőségével nem él időben és megfelelően.

Nincs mód és hely a kérdés további, a szülővel való kapcsolatot is érintő részletezésre. A két döntő kérdés: egyáltalán merre vállalni a pszichológus ezt a nagy feszültségbírást követelő helyzetet? S ha igen, az eset problematikája mit mobilizál a pszichológusban, s ezt az hogy viseli el? Mármost a terapeuta nyilvánvalóan akkor fog csődöt mondani, ha az eset problematikája saját rendezetlen pontjait érinti.

Az az előbbi probléma, hogy a jelentkezési helyzet többszintű problematikájában tud-e a pszichológus szimultán dolgozni; illetve hogyan torzítja el a terápiás miliőt — mindez a pszichológus személyiségén, pszichés rendezettségén és szakmai felkészültségén múlik.

Ezek tehát a nevelési tanácsadás közben kialakuló helyzet ellentmondásai, a terápia legalapvetőbb hibalehetőségei a szülők-

kel való kooperáció szempontjából. A vázolt hibalehetőségekből következik a sikeres terápia folytatásának néhány alapvető feltétele, amelyeknek megteremtése a terapeuta feladata.

1. A terapeutának (bár komikus, de szükséges ennek a terápiás közhelynek a leírása) rendeznie kell saját pszichés állapotát (legalábbis az alapproblémák, az agresszivitás, a szexus stb. terén), hogy a terápiához szükséges személytelen elfogulatlanságra és feszültségbírásra szert tegyen.

2. A terápiát gyermekcentrikussá kell tenni anélkül, hogy a szülő saját problémáival elutasításban részesülne.

3. Szimultán kell dolgoznia reális és érzelmi síkon, illetve az affektív problémák többi szintjén.

4. Meg kell oldani a környezet, a szülő terápiáját, a *Malan* és *Bálint* által a Tavistock klinikán kidolgozott fokális terápia módszerével, ami több külföldi intézménynél napi gyakorlat. Hazai viszonyok között az utóbbira még kevés a reális lehetőség. Megjegyezzük, hogy a paralel terápia újabb nehézségeket is teremthet a kooperációban, amelyek a szülő kettős terápiás kötöttségéből fakadnak.

A nevelési tanácsadás elmélete és gyakorlata számára ezért van különös jelentősége a klinikánkon *P. Liebermann* által kidolgozott családi csoportterápiának. Ennek a módszernek éppen az a jelentősége, hogy a terápiás hozzáférhetőség céljából nem bontja fel a családi csoport struktúráját, ami az individuális terápiában meg is nehezíti a reális családi csoportstruktúra felmérését; hanem a terápiás módszert alkalmazza a családi csoporthoz, a családnak mint reálisan létező csoportnak a szimultán terápiáját tekinti feladatának.

E rész befejezéseként utalni kell egy gyakran alkalmazott és rövid távon gyors sikert eredményező módszerre, amellyel a terapeuta kibújhat a fenti követelmények megvalósítása alól. Ez pedig az, ha a kooperációt a szülő büntudatára, annak állandó ébren tartására és fokozására alapítja. Tagadhatatlan, hogy a szülő



büntudatára való apellálás, annak felkeltése, egyes esetekben nélkülözhetetlen kiinduló feltétele lehet a terápiának. Nem lehet azonban az egész munkát erre alapozni, annál kevésbé, mert a tartós büntudati feszültség ellen a szülő védekezni kezd, és agresszivitása mind a pszichológussal, mind a gyermekkel szemben újra fokozódik.

### III.

Kérdésfeltevésünk második és ezzel összefüggő harmadik pontja pubertásos és adolescens betegek terápiás lehetőségeire vonatkozott, a szülőkkel való kooperáció kudarca esetén.

A szülővel való kooperáció meghiúsulása, mint láttuk, az esetek többségében a terapeuta hibájának a következménye. Ritkábban fordulnak elő olyan esetek, amikor a szülők problematikája olyan mély és hozzáférhetetlen, hogy semmilyen terápiás technikának sem lehet reménye feltárásukra és feldolgozásukra. Mindenesetre az objektíve megoldhatatlan milióproblémák, ha ritkábban is, de előadódnak, csak óvatosan kell bánni ennek az ítéletnek a kimondásával. Ezekben az esetekben a terapeuta kénytelen kisegítő, pótló megoldáshoz folyamodni (nem terápiás, hanem reális jellegű kooperációt végez), végső soron a szülő gyermeke terápiájával szembeni jóindulatú semlegességének megőrzése érdekében.

E megoldások közül legkézenfekvőbb az egyszerű meghallgatás; a problémákkal, panasszal telített szülőnek időszakos „kibeszéltetése”, amely számára mégiscsak az aktuális feszültségek átmeneti levezetését jelenti, és ezért hálás. Ez a pozitív kapcsolat pubertásos vagy adolescens beteg esetében elégséges háttérül szolgálhat a terápia folytatásához. Ez azonban önmagában még kevés.

Az introverzív készség kialakulásának a jelentőségéről a terápia technikája szempontjából már szóltunk. Nem kíván bizonyí-

tást, hogy pubertásos vagy adoleszcens beteg önálló terápiájának feltétele az introverzív készség bizonyos szintű fejlettsége; pontosabban az önálló terápia abban a mértékben lehetséges, amilyen mértékben az introverzív készség kialakult. Másképpen fogalmazva, éppen az introverzív készség bizonyos mértékű kifejelettsége teszi többek között lehetővé önálló terápia megkísérlését pubertásos és adoleszcens betegnél.

Az önálló terápia folytatásának azonban centrális problémája a pubertásos vagy adoleszcens beteg szülőjétől való érzelmi függetlenedésnek, pontosabban a szülő—gyermek viszony felnőtt jellegű kapcsolattá való átformálódásának a mértéke. Ez a probléma különös erővel jelentkezik akkor, ha a baj: az adoleszcens túlságosan szoros, infantilis jellegű kötődése a szülőhöz. Ezért ezek az esetek alkalmasak arra, hogy rajtuk demonstráljuk a szülő—gyermek—pszichológus viszony alakulásának sémáját és terápiás buktatóit.

Az eddigi gyakorlatunkban előfordult efféle eseteknek számos szembetűnően közös eleme, illetve fázisa volt.

1. A szülő megoldatlan társas kapcsolatai, magányossága vagy aszocialitása (csonka családok, neurotikus vagy pszichopata szülők).

2. A szülő súlyos méretű szorongásai, amelyeknek tartalma direkt halálfélelem, illetve az öregségtől, betegségtől, egzisztenciális összeomlástól való félelem.

3. Mind a szülő, mind a gyermek részéről görcsös ragaszkodás a szülő—gyermek kapcsolat megszokott, az adoleszcens számára reálisan infantilis formájához.

4. A terápiát minden esetben a szülő kezdeményezte, gyermeke gátlásosságára, rossz tanulmányi eredményére, élehetetlenségére, magányosságára vonatkozó, néha eltúlzott, de alapjában reális panaszokkal.

5. A szülők egy része már kudarccal végződött saját pszichoterápia után volt. Paralel terápiát a többiek sem vállaltak.

Tehát a szülő és gyermek problematikája, sőt tünete is lényegében azonos: súlyos szorongások és megoldatlan társas kapcsolatok; egymáshoz való viszonyuk részint irreális szorosságot, másrészt korábbi fázisban megrekedtséget mutat.

Foglaljuk össze a terápia közös elemeit.

A terápia első fázisában a szülő centrális helyet követelt a maga, saját reális problémái számára. A fiatalkorú bizalmatlan volt és disszimulált.

A második fázisban a szülő saját, tényleges érzelmi problémáinak közelébe jutva visszahúzódott, s gyermekének terápiájával szemben ambivalenssé vált. A fiatalkorú igen erősen, de ugyancsak ellentmondásosan kötődött a pszichológushoz, a terápiás kapcsolatban őszinte és disszimulatív elemek keveredtek, szorongásai átmenetileg erősödtek, feszültségbírása csökkent.

A terápia harmadik fázisában a fiatalkorú rohamosan kezdte megfogalmazni saját problémáit; ezzel egy időben a szülővel agresszívvé vált, s ez kiváltotta a szülő ellenállását a terápiával szemben, és a pszichológussal szembeni ellenségeskedés felé fordította.

Tekintettel arra, hogy ezekben az esetekben csonka családokról volt szó, ahol a gyermek az egyik szülővel élt, a folyamat tisztában követhető. Tulajdonképpen a terápia által megindított és gyorsított leválási folyamat tipikus fázisairól van szó, amelynek a terápia szempontjából kritikus pontja a szülővel szembeni agresszivitás kérdése. Amikor nem sikerült a szülő ellen irányuló nyílt agresszivitást fékezni, akkor a fiatalkorú helyzete a szülővel szemben — akitől mind reális, mind pedig érzelmi függőségben élt — elviselhetetlenné vált; a szülő ellenséges lett, és a terápia — miután súlyos konfliktushelyzetet teremtett — kudarcba fulladt. Ahol ezt sikerült elkerülni, a terápiát sikeresen be lehetett fejezni. A szülővel való jóindulatú kapcsolat és az adolescens önálló terápiája, átmeneti kompromisszumok során át kialakította a felnőtt mértékeknek megfelelő szülő—gyermek kapcsolatot.

Más problematikájú adolescens betegek terápiájának tapasztalatai alapján azokat a fentiekkel összevetve, általánosíthatónak tartjuk az alábbiakat:

1. Pubertásos vagy adolescens eseteknél, a szülővel való kooperáció kudarca ellenére, megkísérelhető önálló terápia folytatása. Az önálló terápia megvalósítása abban a mértékben lehetséges, ahogy a fiatalok introverzív készsége kialakul, és ahogy a szülőtől való érzelmi függetlenedése előrehalad.

2. A terápia csak akkor fejezhető be sikeresen, ha a pszichológusnak sikerül biztosítani a szülő legalábbis semleges jóindulatát a terápiával és saját személyével szemben.

3. A terápia kritikus pontja a fiataloknak a szülővel szembeni agressziós problémája.

4. A szülővel szembeni agresszivitás fékezésére csak akkor van lehetősége a terapeutának, ha hosszú időre vállalja és terápiás keretek között tudja tartani azt az erős érzelmi kapcsolatot, ami a fiatalok részéről személye felé irányul és a szülővel való érzelmi viszony alapvető dinamizmusát hordozza.

## IRODALOM

Bálint M., 1961, Az orvos, a betege és a betegség. Budapest.

Gegesi Kiss P., 1963, A személyiségről. Magyar Pszichol. Szemle, 20. 195.

P. Liebermann Lucy, 1958, A nevelési tanácsadás technikai problémái. Pszichológiai Tanulmányok I.

P. Liebermann Lucy, 1956, Csoportterápia a nevelési tanácsadásban. Gyermekgyógyászat.

P. Liebermann Lucy, 1962, Kiscsoportok dinamikus struktúrája. Pszichológiai Tanulmányok IV.

P. Liebermann Lucy, 1964, A nevelési tanácsadás problémái hazánkban. Magyar Pszichol. Szemle. 21. No 4.

---

Megjelent: MTA Pszichológiai Tanulmányok, IX. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1966. 601—610.

## AZ OLVASÁSZAVAROKRÓL

Péter Ágnes

Az írott nyelv megértésének agykárosodáson alapuló szerzett zavara az *alexia*. Az olvasástanulás képességének zavarát a gyermekkorban *fejlődési dyslexiának* nevezzük. Egyes szerzők a már megtanult olvasástudás elvesztésére a *szerzett dyslexia* elnevezést az alexia szinonimájaként használják. Jelen munkában a szerzett olvasászavarra az alexia, a tanulás közben mutatkozóra pedig a dyslexia nevezésként alkalmazom.

*Hyperlexiáról* beszélnek olyan gyermekek esetében, akiknek olvasási képessége messze felülmúlja általános intellektuális teljesítményüket.

Fentiek alapján az olvasási zavarokat a következőképpen csoportosítjuk: I. fejlődési dyslexia, II. hyperlexia, III. alexia.

### I. FEJLŐDÉSI DYSLEXIA

A gyermekkori dyslexia a „specifikus fejlődészavar” leggyakoribb formája. A „specifikus fejlődészavar” különböző funkciók körülírt elégtelenségét jelenti, miközben a gyermek teljesítményszintje egyéb területeken korának megfelelő. *Graichen* (1979) szerint egy olyan nagyobb funkcionális rendszer egyes tényezőinek teljesítménycsökkenéséről van szó, melynek uralása meghatározott komplex feladat elvégzéséhez szükséges. E nézet követi *Luria*

(1970) felfogását, hogy magasabb rendű kortikális funkciókon belül viszonylag önálló alrendszerek különíthetők el, amelyek az agy egységes működésének fontos tényezői, de izoláltan is károsodhatnak.

E specifikus tünetek a fejlődéssel való összefüggésben vizsgálандók és elkülönítendőek a szerzett neuropszichológiai szindrómáktól (ide értve az aphasia, alexia, agraphia, acalculia, agnosia és apraxiákat). A neuropszichológiai szindrómák pontosan, körülírtan lokalizálhatók, míg a specifikus funkciózavarok esetében a lokalizáció még tisztázatlan. Nem lezárt pl. a kutatás az agyi funkciók lokalizálását illetően, a gyermekkorban még nem ismerjük a féltekék funkcionális aszimmetriájának összefüggését a beszédfejlődéssel. Másrészt nem áll olyan módszer rendelkezésre, mely az agyi struktúrák és a kognitív funkciókérésének összefüggését tisztázta volna.

A specifikus fejlődészavarokhoz soroljuk a fejlődési dyslexián kívül a specifikus dyscalculiát, a tanulásbeli specifikus visszamaradást, fejlődési beszédzavarokat, a specifikus motoros éréskésést és a multiplex fejlődési retardációkat.

A specifikus fejlődészavarok főleg fiúkon fordulnak elő. Etiológiai tényezői között genetikai faktoroknak, veleszületett vagy szerzett cerebrális diszfunkcióknak, érési, illetőleg fejlődési retardációnak és kognitív tényezőknek tulajdonítanak szerepet.

## A FEJLŐDÉSI DYSLEXIA FOGALMA

Gyermekkori vagy fejlődési dyslexiának az olvasás és/vagy az írás olyan zavarát tekintjük, melynél a gyermek intellektusa és motívációja az egyéb teljesítményekben korának megfelelő. Az esetek egy részében a prognózis jó, de előfordul, hogy e funkciók nehezítettsége felnőtt korban is megmarad. A német irodalomban a gyermekkori, fejlődési, illetve specifikus dyslexia elnevezés mellett

szinonimaként a *legasthenia* kifejezést is használják. Iskolás gyermekek között 6,2%-ban fordul elő. Fiúknál gyakoribb, mint leányoknál, 8,7%, illetve 3,2%.

A fejlődési dyslexia elkülönítése az agyi károsodás okozta olvasás- és írászavaroktól nem jelent problémát. Nem soroljuk a dyslexiához a súlyos intellektuskárosodást kísérő olvasás- és írászavart sem. Differenciál-diagnosztikai problémát jelent azonban a fejlődési dyslexia elkülönítése a „minimal cerebral dystfunction” (MCD) tünetegyüttesétől. A fejlődési dyslexiát is kísérik rendszerint enyhe neurológiai tünetek, másrészt MCD is járhat dyslexiával. *Denckla* (1979) elkülöníti a tiszta vagy specifikus dyslexiát a dyslexiával járó MCD-től és a dyslexia-plusztól. A fejlődési dyslexia elkülönítendő még a pszichogén olvasás- és írászavartól, melynek eltérő a mechanizmusa (pszichogén tényezők, miliókárosodás) kezelése és prognózisa.

#### A FEJLŐDÉSI DYSLEXIA TÜNETEI

A fejlődési dyslexia fő tünetei az olvasás- és írászavar.

Az *olvasászavarra* jellemző: az egyes betűk, illetve szótagok szóvá való összefűzése (szintézise) csökkent vagy hiányzik. Írásban a beteg nem képes a szavakat elemeire (betűkre, szótagokra) felbontani (analízis). A *legasthenia* egyes betűkre is vonatkozhat. A betegek többsége lassan, szinte szótagolva olvas, betűket, szótagokat kihagy, illetve felcserél, máskor nem a szóhoz tartozókkal kiegészít. A betűk felcserélésében igen jellegzetes a tükörképszerű betűk összetévesztése (p—q, b—d). Egyes szavakat értelmetlen (nonsense) szóvá alakít, és ezt a hibáját nem képes korrigálni. Előfordul a sorvezetés károsodása is. A dyslexiás gyermekek egy része gyorsan, de nagyon hibásan olvas.

Az *írászavar* jellemzői: törlések és áthúzások a szövegben, helyesírási hibák, egybeírásai és különírási tévesztések, hosszú és

rövid magánhangzók használatának problémái. Betűk nehezített összekapcsolása, melynek keretében az azonos írásmozdulattal kezdődő betűket összetéveszti, betű-, szótagkihagyások, betoldások, felcserélések. Nem odatartozó betűk használata, értelmetlenség eltorzuló szavak.

A betűfelcseréléseken belül gyakori a horizontális, illetve a vertikális tengely körüli szimmetria eltévesztése, a strephosymbolia (betűszimbólumok elcsavarodása). A rotáció 3 formája: jobbal felcserélése (p—q), a le—fel tévesztése (d—p), és az előre—hátra tévesztése (b—q). A betegek a rotált betűket rossz sorrendben helyezik el. A szavak transzpozíciója balról jobbra vagy jobbról balra is megfigyelhető. Rövid szavaknál visszafelé olvasás is előfordul, pl. sok—kos.

Weinschenk (1965) dyslexiásoknál a számolvasást, a számok spontán, illetve diktálásra írását hibátlannak találta.\*

Dyslexiás gyermekek *személyiségzavarának* jellemzői igen változatosak. Lehet a gyermek neurotikus vagy „acting out” személyiség, vagy a hiperkinetikus szindrómának megfelelően figyelmetlen, impulzív. Előfordul, hogy az iskolában nem is a dyslexiára figyelnek fel, hanem arra, hogy koncentrációképességük és teljesítményük csökkent, a tanítást zavarják, agresszív magatartásúak, hangulatuk nyomott, szorongásra hajlamosak, kontaktustestremtő készségük rossz. Otthon szomatikus panaszokat hangoztatnak (fejfájás, hasfájás, alvászavar, rossz közérzet), ingerlékenyek, visszahúzódóak. Az iskolai feladatok teljesítése a gyermek

\* A szó, illetve számírás és olvasás közti diszkrepancia a Gestalt-elmélettel magyarázható. Számokkal való foglalkozás esetén nincs analitikus, ill. szintetikus tevékenységre szükség, a szám egy jel, mely egy fogalomnak felel meg. Hasonló ehhez az a jelenség, hogy japánoknál csak a betű, ill. szavakból álló kana írásra vonatkozóan lép fel dyslexia, a szimbólumokból, ideogramokból álló kanja írásra vonatkozóan nem (l. bővebben az alexiáknál). A kínai írás csak szimbólumokból áll, Kínában dyslexiás nem fordul elő.



és környezete számára állandó stresszhelyzetet jelent: veszekedésekkel, sírásokkal. Sokszor jó intellektusuk ellenére butának tekintik őket, előfordul, hogy kiségitő iskolába kerülnek. Nagy ritkán a kialakuló személyiségzavar kriminalitáshoz vezet. E tüneteket a szerzők egy része a dyslexiás tünetegyüttest törvényszerűen kísérő tényezőnek tekinti, melyet a környezet rendszerint súlyosbít. Mások viszont, így *Niebergall* (1987) a fenti személyiségvonásokat másodlagosnak tartja, melynek oka a csökkent önértékelés, a kompenzációs készség hiánya és a környezet értetlen reakciója.

*Neurológiai tünetek* közül legfontosabbnak tekinthető dyslexiánál a beszédzavar, mely ugyan nem elég a dyslexia magyarázatára, de igen gyakran kíséri azt. *Critchley* (1970) szerint is számos dyslexiához csatlakozó tünet „aphaseológiai kontextusú”. *Mattis* és *mtsai* (1975) szerint a verbális tanulás és a beszéd zavara dominál a dyslexiás gyermekeken.

*A beszédzavarok* következő típusai fordulnak elő (*Denckla*, 1979):

1. Globális-kevert beszédzavar. Erre jellemző a megértési, ismétlési és megnevezési zavar.
2. Artikulátoros-grafomotoros zavar. Az artikulációs zavar gyorsan rendeződik, kialakul a szavak fonetikus, szegmentális analízise, végül olvasásuk a perzisztens dysnomiásokéhoz lesz hasonló.
3. Anómia, ismétlési zavarokkal. A globálisan redukált beszéd-funkció mellett megnevezési zavarok, szótalálási nehézségek és paraphasiák jellemzik. A szótalálás és olvasás szoros kapcsolata magyarázza, hogy ehhez a csoporthoz tartoznak a perzisztens, súlyos dyslexiások. A szótalálás mellett mondatok és számsorok ismétlése is károsodott.
4. Diszfonetikus-szekvenciális (audiofonetikus) zavar. Jellemző rá a fonémák kihagyása a szavakból, oda nem tartozókkal való behelyettesítése és hibás szekvenciája. Beszédmegértésük korlátozott.

A diszfonetikus-szekvenciális zavart mutató esetek egy csoportja képtelen a szó analízisére: betűzésre, szótagolásra, globálisan olvas.

5. Verbális tanulási elégtelenség.

6. Korrelációs-szekvenciális, illetve szimultán elégtelenség. Jelentősége kicsi. Csak a másolásnál jelentkezik zavar. A beteg nem tudja az egész formát integrálni és azt a részletek felől közelíti meg. Különösen nehezített az időbeni szekvenciák térbeli szimultán egységekké rendezése. Pubertás után ez a tünetegyüttes rendszerint megszűnik.

*Egyéb neurológiai tünetek* közül előfordul dyslexiásoknál jobb—bal tévesztés, ujj-agnosia, konstrukciószavar, dyspraxia. A vizuális percepció károsodásán alapuló dyslexia ritka, korai és átmeneti olvasászavart okoz csak. Néhány esetben auditoros diszkriminációzavart találtak.

A szerzők egy része nagy jelentőségűnek tartja dyslexiában a vizuomotoros működés megváltozott voltát. *Pavlidis* (1981) 12 dyslexiás esetben vizsgálta a szemmozgászavart. A fixáció hiányos voltát és a mozgásszekvencia teljes felbomlását találta olvasáskor és mozgó fénypontra nézve egyaránt. Felveti, hogy dyslexiánál „az általános nem-verbális szekvenciális képesség elváltozása” lenne az elsődleges, és ezt tükrözné a vizuomotoros működés megváltozása is.

*Neuropszichológiai vizsgálatok* közül a következőket célszerű dyslexiásoknál elvégezni: familiaritás, kezesség, IQ meghatározása és az intelligencia faktoranalízise (elsősorban a „g” faktorra vonatkozóan). Személyiségvonások meghatározása tesztek segítségével. Általános és lateralizált figyelemvizsgálat. Rövid- és hosszútávú memória, írás és olvasászavar jellegzetességeinek elemzése. Ez utóbbiakhoz tartozik az irány, helyzet és formaállandóság meghatározása. Egyéb vizuális komponensekre vonatkozóan tisztázandó az alak—háttér percepció, a vizuomotoros koordináció, illetve a vizuális grafikus diszkrimináció. Lényeges

az auditoros diszkrimináció elemzése is. A térélményre vonatkozóan: a térbeli orientáció, a térbeli helyzetpercepció, tér—forma percepció és tér—forma konstrukció vizsgálandó.

Ismeretes, hogy a *Frostig*-féle vizuális-percepció teszt szubtesztjei és a dyslexia egyes tünetei között összefüggés van. Ezek a következők: A vizuomotoros koordinációzavar az írászavar túlsúlyához vezet. Alak—háttér percepció csökkent volta esetén bonyolult szavakat nem ismer fel a beteg. A formakonstancia zavara abban nyilvánul meg, hogy a dyslexiás nem ismeri fel az azonos betűket, ha azok nagyságban vagy színben eltérnek egymástól. Térbeli helyzetpercepció zavarra utal a tükörírás. A térbeli viszonylagosság károsodása a betűk szavakon belüli sorrendjének felbomlásában mutatkozik.

A testséma (jobb—bal tévesztés, ujj-agnosia) vizsgálata a neurológiai státus rögzítésének keretében történik.

#### DYSLEXIÁSOKON NYERT TAPASZTALATAINK

Intézetünkben *Feuer Mária* (1985) 11 dyslexiás beteget vizsgált (8 fiút és 3 leányt). Állapotukat átlagban egy évig kísérte figyelemmel. Koruk 7—12 év volt. Familiáris anamnesis: egy anya gyermekkorában dyslexiás volt. Valamennyi gyermek IQ-ja normálisnak vagy annál valamivel jobbnak bizonyult. Személyiségükre jellemzőnek találta a neurotikus tüneteket, impulzív-agresszív megnyilvánulásokat, a figyelem és koncentráció gyengeségét. Többségükben enyhe hyperkinetikus szindróma állott fenn.

*Feuer* anyagában a beszédben szótalálási nehézségek, az olvasászavarban a szekvenciális tévedések, az írásban a betűfelcserélések és strephosymbolumok domináltak. Néhány esetben térbeli konstrukciózavart mutatott ki. Két esetében vizuomotoros (szemmozgás-) károsodást talált: olvasás közben a gyermekek

egy-két szó elolvasása után egy másik sorban olvastak tovább, azután feljebb majd lejjebb folytatták a sorvezetést.

*Feuer* anyagának túlnyomó többségét dyslexia-plusz szindrómának tekintette. A tünetek közül figyelemre méltó a verbális — kisebb mértékben a nem-verbális — szekvenciális zavar, melynek fontosságára mint a dyslexiára jellemző „általános idő- és térbeli szekvenciális zavar”-ra az irodalomban számos szerző felhívja a figyelmet. *Feuer* anyaga alátámasztja *Denckla* megfigyelését, hogy a dysnomia különösen gyakran van jelen gyermekkori dyslexiában.

#### A DYSLEXIA KEZELÉSE

A dyslexia terápiája három fő szempont szerint történik (*Warnke*, 1987).

1. Az írás- és olvasászavar funkcionális kezelése. Célszerű a dyslexiás gyermekekkel való foglalkozást a lehető leghamarább elkezdeni és legalább háromszor hetenként, rendszeresen végezni. Az olvasás és írás tanulását egészen előlről kell kezdeni. Újabban az analitikus-szintetikus módszert tekintik a legeredményesebbnek. Utóbbi az egész szóképfelismerésnek, előbbi egyes betűk és azok összefüggésének gyakorlását jelenti. A tréning során a terhelésnek a gyermek szintjének megfelelően „null hiba határon” kell lennie, hogy sikerélményekkel kapcsolódjon össze. A kombinált funkcionális kezelés keretébe tartozik specifikus részfunkcióknak, így az optikus, akusztikus differenciálásnak, térbeli helyzetfelismerésnek, koncentrációképességnek a fejlesztése, illetve a beszédhibák (artikuláció, nyelvtani hibák) kiküszöbölése.

2. A dyslexia intrapszichés feldolgozásának az elősegítése, másodlagos tünetek kialakulásának a megakadályozása. Ide tartozik az egyén sajátosságaihoz igazodó pszichoterápia (pl. az elkövetett hibák elviselési képességének a fokozása). Fontos a szülők és a

tanárok irányítása a megfelelő magatartást illetően (pl. játékterápia az emocionális zavarok megoldására).

3. A másodlagos pszichés tünetek enyhítése.

A dyslexia 75—80%-a felnőttkorra rendeződik.

## ETIOLÓGIA ÉS PATOMECHANIZMUS

Genetikai tényezők jelentőségére a dyslexia létrejöttében azok a megfigyelések utalnak, melyek a bal és jobb oldali parieto-occipito-, illetve temporális régió között morfológiai elváltozást mutatnak ki (*Hier és mtsai, 1978; Galaburda és Kemper, 1979; Galaburda, 1983*). *Rumsey és mtsai (1986)* viszont 10 súlyos, perzisztens, felnőtt (18—28 éves) dyslexiás esetében magrezonancia vizsgálattal morfológiai eltérést a féltekék között nem találtak.

Genetikai tényezők szerepe mellett szól az esetek egy részében kimutatható familiáris előfordulás is. *Denckla (1979)* szerint ez a legnagyobb a diszfóniás-szekvenciális beszédzavart mutató csoportban. *Niebergall (1987)* a familiaritást ikervizsgálatokkal támasztotta alá.

A patomechanizmust illetően több hipotézist ismerünk.

A bal félteke elmaradottságára helyezi a hangsúlyt *Money (1966)*. Bal oldali funkcionális gyengeséget találtak lingvisztikai zavar formájában *Zurif és Carson (1970)*, *Witelson és Rabinovitch (1972)*, *Thomson (1976)*.

A nem-verbális és térbeli funkciók kétoldali reprezentációjának jelentőségét emeli ki *Witelson (1977)*. A bal oldal lingvisztikai képességének meggyengülését azzal a funkcióátfedéssel magyarázza, hogy a bal oldalnak nemcsak a verbalizáció, hanem a nem-verbális feladatok elvégzésében is szerepe lenne.

A funkcionális lateralizáció megfordulásának hipotézise, melyet dichotikus vizsgálatokkal kimutattak, *Smith és Griffith (1987)* szerint nem más, mint szelektív, illetve lateralizált figyelemcsökkenés.

A neuropszichológiai vizsgálatok eredményeinek lényege az, hogy a dyslexia mechanizmusában a beszédzavar és a két félteke közötti munkamegoszlás megváltozása az alapvető tényező.

*Bakker* (1979) fentiek figyelembevételével két dyslexiát különít el. Lingviztikai dyslexiában bal féltekei olvasás van. A beteg gyorsan olvas, sok hibát ejt, mellőzve a perceptuális komponenseket a szavakat szemantikus jellegük segítségével dolgozza fel. A jobb féltekei vagy perceptuális dyslexia éppen a perceptuális komponenseket veszi figyelembe. A gyermek lassan, gondosan olvas, de súlyos problémák adódnak, ha az olvasás magasabb szintjén a szemantikus faktoriala való integrálásra is szükség van.

A számos ellentmondó adat arra utal, hogy a dyslexia multifaktorális zavar, melyben érési elmaradás és fejlődési zavar, agyi funkciókárosodás és kognitív-figyelmi komponensek egyaránt szerepet játszanak.

## II. HYPERLEXIA

Hyperlexiának nevezte *Silberberg* és *Silberberg* (1968) fiatal gyermekeknek a gyenge értelmi teljesítményhez képest viszonylag jó olvasóképességét. *Mehegan* és *Dreifuss* (1972) 12 agykárosult gyermekben észlelt hyperlexiát. A nyelvi működések zavara kommunikációképtelenséget eredményezett. *Huttenlocher* és *Huttenlocher* (1973) három hyperlexiás gyermekben apraxiás zavarokat és mikropiramis tüneteket észlelt. Echolalia mellett a beszédelemeknek a jelentéssel való összekapcsolása megnehezült. Amit hangosan olvasott, azt sem értette meg jobban, mint amit hallott. Az alsó parietalis lebenyek összeköttetéseinek perinatális vagy poszt-natális enyhe károsodását tételezték fel.

Hasonló esetek találhatóak a pszichiátriai irodalomban infantilis autizmus néven.

A három év körüli hyperlexiás gyermekek később meg nem valósuló hamis reményeket keltenek a szülőkből és nevelőkből.

Megfelelő nevelési programmal, egyszerű szóbeli anyag lassú alkalmazásával jó terápiás eredmény érhető el.

### III. ALEXIA

Megkülönböztetünk litterális, verbális és globális alexiát. A litterális alexiában az agykárosult egyén nem képes a betűket elolvasni, míg a szavak olvasása viszonylag jobban megtartott. Az értelmetlen („nonsense”) szavak olvasása nehezebb, mint a magas szemantikus tartalmú szavaké. A *verbális alexiás* beteg nem tudja a szavakat egészükben megragadni, ugyanakkor a betűket jól olvassa. A *globális alexia* teljes betű és szóolvasási képtelenséget jelent.

*Hécaen* (1967), *Hécaen* és *Kremin* (1976) egy mondatokra vonatkozó alexiát is elkülönített, amit a mondat vagy hosszabb szócsoportok olvasási deficitje jellemez. Az írott nyelv szintaktikus szabályainak hibás alkalmazásán alapszik.

Az alexiákat már régóta két fő csoportra osztották, aszerint, hogy társult-e írászavar az olvasás károsodásához. Az alexiát agraphiával kortikális alexiának (*Wernicke*, 1874), a tiszta alexiát, melyet nem kísért agraphia, szubkortikális alexiának (*Hermann és Pöztl*, 1926) nevezték. Harmadik csoportnak a motoros aphiáziát kísérő frontális alexiát tekintették.

1. *Déjerine* (1892) 63 éves férfibetegén akutan alexia, enyhe beszédzavar, írásképtelenség, továbbá jobb oldali homonym hemianopsia alakult ki. A boncoláskor a bal gyrus angularis alsó  $\frac{3}{4}$ -ében talált vascularis eredetű laesio az oldalkamra occipitális szarva felé betérjedve roncsolta a látósugárzást. *Déjerine* értelmezése szerint „a szavak vizuális emlékezeti központja” károsodott. E típus neve *alexia agraphiával*. A bal oldali (domináns) parietális

vagy parieto-occipitalis laesio súlypontja a gyrus angularisban van. A legtöbbször vascularis károsodás okozza az arteria cerebri media hátsó ágainak területén, vagy parietális agydaganat. Kísérő tünetként látótérkiesés, *Gerstmann*-szindróma, konstruktív apraxia lehet jelen.

Az alexia vonatkozhat zenei írásjelekre, a kottaíráásra. A *zenei, muzikális alexia* rendszeren társul zenei agraphiával, továbbá amúsiával, mely lehet expresszív és receptív. E tünetek főleg bal féltekei károsodásokon alapuló aphasiás tünetegyüttes részei. Aphasiát kísérő zenei alexia és agraphia részletes elemzését adta *Brust* (1980) két jobbkezes hivatásos zenészen.

2. *Déjerine* (1892) betegén hevenyen lépett fel betű-, szó- és kottaolvasási képtelenség, jobb oldali hemianopsiával. Jól írt, de amit leírt, azt nem tudta elolvasni. Ha a kezével követte a betűk kontúráját, vagy a vizsgáló a beteg kezét a betűknek megfelelően mozgatta, úgy felismerte azokat. A tárgymegnevezés zavartalan volt. *Déjerine* tiszta szóvakágnak („*cécité verbale pure*”-nek) nevezte e képet. Négyévi észlelés után, 10 nappal az exitus előtt agraphia alakult ki. Boncoláskor a bal occipitális lebenyben és a corpus callosum spleniumában talált régebbi infarktus volt felelős az alexiáért és a bal angularis lebeny friss infarktusa az írászavarért. Ez az eset az *alexia agraphia nélkül* vagy tiszta alexia alaptípusa („tiszta alexia” alatt értendő, hogy ha van is egyéb enyhe tünet, az alexia dominálja a képet, az írás megtartottsága mellett). Ezt az alexiaformát a betűről betűre olvasás jellemzi. A beteg az egész szót a betűk auditoros neve alapján rekonstruálja, megtartott betűzési képességének segítségével („*spelling dyslexia*”, *Kinsbourne* és *Warrington*, 1962). Az olvasás lelassul, gyorsításának megkísérlése paralexias tévesztéseket provokál (*Wolpert*, 1924).

*Déjerine* (1892) észlelése óta állandó vonása a tiszta alexiának a megtartott számolvasás. *Geschwind* (1965) ezt azzal magyarázza, hogy a számok taktilis asszociációkat is keltenek, amelyek a jobb félteke ventrálisabb részéről a corpus callosum splenium



előtti részein keresztül érik el a bal gyrus angularist. Hasonló a helyzet a tárgyak tapintási, hallási és szaglási asszociációival is — ezért a tárgymegnevezés nem károsodik.

Az agraphia nélküli esetek egy részében, amint azt *Déjerine* (1892) esetében is láttuk, megmarad a nem vizuális vagy somatoszthesiás olvasás képessége. *Charcot* (1877) írta le az első ilyen beteget, aki csak úgy tudott olvasni, hogy ujjával követte a betűk körvonalát. Pseudoolvasásról vagy *Wilbrand-féle* (1877) jelről beszélnek ilyenkor, amikor a kinaesthesiás emlékképeken alapul az olvasás. Hasonló mechanizmus tette lehetővé az olvasást *Goldstein* és *Gelb* (1924) betegénél, aki szeméit vagy fejét úgy mozgatta, hogy a fovea a betűk vonalán haladt végig. A bőrre írt betűk is olvashatók, amint az a kétdimenzió-érzés klinikai vizsgálatakor alkalmazásra is kerül (dermixelia). Mindezen esetekre vonatkoztatható *Ranschburg* (1928) „mozgásolvasó szóolvasás” (bewegungslesendes Wortlesen) elnevezése. Az agraphiával járó alexiában a nem-vizuális olvasás is kiesett.

Az agraphia nélküli alexiák a bal arteria cerebri posterior területének laesióján, illetve e táj tumorán alapulnak.

A tiszta alexia létrejöhet a bal odali ép látótérfélben *hemialexia* formájában a corpus callosum hátsó részének átvágásakor.

3. A *Benson* (1977) által leírt *harmadik alexia*-típus domináns féltekei frontális szindróma része, ami motoros (*Broca*) aphasiát kísér. Az alexia ilyenkor litterális jellegű. Szemmozgászavar, agraphia, hemiparesis kíséri gyakran az alexiát, látótérkiesés viszont nincs jelen. *Benson* elkülöníti ezt az elülső vagy frontális alexiát a hátsó vagy occipitalis, tiszta alexiától és a centrális, parietotemporális alexiától (a gyrus angularis szindrómától).

A harmadik alexiában a szóolvasás paradox módon megtartott a szavakat alkotó betűk olvasásának zavarával szemben. *Kirschner* és *Webb* (1982) szerint a reziduális szófelismerés tisztán látási, nem fonetikus mechanizmus segítségével történik, ami bal oldali hátsó féltekei (vagy nem domináns féltekei) tevékenységen alap-

szik. A betűolvasás és a szótagok fonetikus olvasása ezzel szemben bal elülső féltekei folyamat eredménye.

A fenti aphasiás alexia szenzoros aphasia mellett is jelentkezhet, amikor is a betűolvasás rosszabb, mint a szóolvasás (*Hécaen és Kremin, 1976*).

## AZ ALEXIÁK PATOMECHANIZMUSA

A klasszikus aphasiatanban megkülönböztettek szürkeállománykárosodáson alapuló kérgi szindrómákat és a fehérállománybeli pályák megszakításán alapuló vezetései tünetegyütteseket. Elsőként *Wernicke (1874)* posztulált olyan vezetései aphasiát („*Leitungsaphasie*”), amelyet a szenzoros és motoros beszédközpont disconnexiója okozna. Disconnexióval magyarázták az apraxiákat és a corpus callosum átmetése után észlelt tüneteket.

A *disconnexió szindróma* elnevezés az asszociációs pályák károsodásakor használatos. A laesio egy féltekén belül vagy a két félteke között okozhat kapcsolatzavart.

A tiszta alexia disconnexió elméletét *Geschwind (1962, 1965)* elevenítette fel. Már *Déjerine (1892)* feltételezte, hogy a b.o. occipitális infarktus a látópályát károsította, a splenium laesio pedig a j.o. látókéregből érkező összeköttetéseket, ily módon izolálva a bal parietális kérget a látási impulzusoktól. A disconnexió elmélet szerint ilyenkor a b.o. occipitális (gyrus lingualis és fusiformis) károsodása miatt csak a j.o. látókéreg érzékeli a betűket, a jobb félteke azonban nem tud olvasni. Ha ilyenkor a splenium is sérült, akkor megszakad a kapcsolat a jobb látókéreg és az olvasást végző bal gyrus angularis között. Ekkor jön létre a tiszta alexia írászavar nélkül. *Damasio és Damasio (1983)* 16 tiszta alexia esetben az anatómiai laesiót a bal occipitalis lebeny paraventriculáris fehérállományára lokalizálja, mely az interhemispherális és intrahemispherális látópályákat egyaránt károsítja.

A callosotómia után észlelt b.o. hemialexia esetek is jól magyarázhatók disconnexiós pathomechanizmussal. Ilyenkor az ép b.o. látótérfélbe kerülő vizuális benyomások elérik a jobb látókérget, a splenium átmetszése azonban megakadályozza, hogy az impulzusok elérjék az olvasáshoz szükséges b.o. gyrus angularist.

A tiszta alexia disconnexiós magyarázatát nehezítik azok a kivételes esetek, amelyekben nincs jelen jobb oldali hemianopsia vagy spleniumkárosodás. Korábban idéztük (*Péter és mtsai*, 1986) azokat a munkákat, amelyek arra utalnak, hogy a gyrus angularis a kérgestest spleniuma felől, továbbá a látókéreg és lateralis része felől afferenciákat kap. Körülírt laesiók szelektíven károsíthatják a befutó rostokat, és így létrejöhet tiszta alexia hemianopsiával vagy anélkül. E szemlélet lehetővé teszi a tiszta alexia minden formájának a megmagyarázását a disconnexiós elmélettel.

Az agraphia nélküli alexia esetek 70%-ában *színanómia*, színmegnevezési zavar van jelen (*Gloning és mtsai*, 1968).

*Geschwind* (1965) a színmegnevezési zavarral kísért tiszta alexiaesetek alapján vizuoauditoros disconnexióként értelmezi a színanómiát (és éppígy a *Déjerine* (1892) esetében észlelt kottaolvasási zavart is). A színnek nincs szaga, íze vagy tapinthatósága, egyetlen asszociációja a neve. A színanómia és az alexia tehát egyaránt vizuoauditoros, illetve vizuoverbális disconnexiónak tekinthető. Mivel e két tünet egymástól függetlenül is jelen lehet, külön anatómiai-fiziológiai helyet kell keresnünk az olvasásra és a színmegnevezésre, illetve károsodásokra.

A színanómia létrejöttét a corpus callosum dorsalis részének és összeköttetéseknek a laesiójával magyarázzák *Gloning és mtsai* (1968) és mások. Ezzel szemben *Damasio és Damasio* (1983) szerint a mindig jelenlevő j.o. hemianopsián kívül b.o. gyrus liguális és hippocampus laesio a feltétele a színanómia létrejöttének.

A disconnexiós mechanizmuson kívül számos más szemléletet is alkalmaztak az alexia magyarázatára.

A tiszta alexiás beteg azon képessége, hogy egyes betűket jól azonosít, de szóolvasásra képtelen, emlékeztet a *Wolpert* (1924) által leírt szimultán agnosiára. A szimultán agnosiában az „egész”, az összkép megértésének a zavaráról van szó *Wolpert* szerint. Az alexiában azonban zavartalan az össz-szituáció felismerése a képeken. *Ranschburg* és *Schill* (1932) továbbépítve *Bálint* (1909) hipotézisét, az alappercepciót biztosító figyelmi energia meggyengülésében látja az olvasászavar okát. *Pötzl* (1923) és *Goldstein* (1948) a tiszta alexiát *vizuális agnosiaként* fogta fel. *Goldstein* és az alakelmélet további képviselői az alakzat—háttér differenciálás károsodásában, az absztrakt attitűd elvesztésében keresték az alapzavart.

Az alexiakutatás modern korszakát a *neuropszichológiai* és a *lingvisztikai* kutatások képezik. Ezek tachisztoszkópos kvantitatív vizsgálatokat is alkalmaznak és speciális tesztbatterékkal értékelik az alexiások lingvisztikai képességeit. E kutatások betekintést nyújtanak az olvasás fiziológiai mechanizmusába és annak lingvisztikai leépülésébe.

Az alexiák nyelvészeti elemzéséhez tudnunk kell, hogy a normális felnőtt európai embernél legalábbis két olvasási folyamattal számolhatunk: a lexikális és a fonológiai (nem lexikális) proceszszussal. A *fonológiai* olvasás a graféma-fonéma átalakításon alapszik. E módon a helyesírási szabályoknak megfelelően leírt szavak és a „nem-szavak” egyaránt olvashatók. A *lexikális* olvasás direkt vizuális úton valósul meg, azaz a graféma—fonéma átfordítás közbülső stádiuma nélkül. A lexikális vagy direkt út alkalmas a helyes ortográfiájú szavak elolvasásához, de nem használható a „nonsense” szavak, vagyis az értelmetlen „nem-szavak” olvasására.

A fonológiai stádium (a graféma—fonéma átalakítás) megelőzi a lexikális és szemantikus szakaszt.

A klinikai esetek lingvisztikai elemzése megerősítette a kétféle olvasási út létezését.

A *felületi dyslexiát* (Marshall és Newcombe, 1973) vagy szemantikus dyslexiát (Shallice és Warrington, 1980) a lexikális vagyis direkt olvasási út károsodása jellemzi, a fonológiai olvasási folyamat viszonylagos megtartottsága mellett. Ilyenkor a beteg a nemszavakat jobban olvassa, mint a nyelvtanilag helyesen írt szavakat.

Ezzel szemben a mély dyslexiás (Marshall és Newcombe, 1973) képtelen a nonsense szavak és szótagok elolvasására, míg az érthető szavakat viszonylag jól olvassa. A graféma—fonéma átfordítás nehézsége tesztekkel is kimutatható. Olvasási teljesítményüket tehát a graféma—fonéma átalakítás zavara, vagyis a fonológiai olvasási út károsodása jellemzi, a lexikális olvasási folyamat viszonylagos megtartottságával. A mély dyslexiának megfelelő képet Shallice és Warrington (1975) fonemikus dyslexiának nevezték, majd áttértek 1980-ban a Beauvois és Dérouesné (1979) által bevezetett fonológiai dyslexia nevezéktan alkalmazására.

Shallice és Warrington (1980) a szerzett dyslexiákban a vizuális szóformarendszer károsodását tételezték fel. A szóformarendszer elemzi és ismerős komponensekbe, egységekbe rendezi a betűsort vizuálisan. A komponensek a szótagon, morfémán át a teljes szavakig haladnak. A direkt szemantikus olvasásnak és a fonológiai rekódolás útján történő olvasásnak egyaránt alapvető fázisa a vizuális szóforma létrejötte. A direkt olvasási út csak a nagyobb szavakból álló szóformarendszert alkalmazza, a fonológiai út viszont a kisebb egységeket. A szóformarendszert az olvasási folyamat egyik különálló fázisának tekintik, mely strukturális alapon, szelektíven károsodhat. Ilyen vizuális szóforma-károsodást tételezett fel Warrington és Shallice (1980) abban a b.o. arteria cerebri posterior laesió alapuló két „spelling dyslexia” esetben, amelyekben betűnkénti olvasási stratégiát észleltek.

Shallice és Warrington (1980) a szerzett dyslexiák azon csoportját, amelyben nem jön létre kielégítő szóformaegység, *perifériás dyslexiának* nevezik. Ide sorolják az elhanyagolási-, figyelmi- és

„spelling” dyslexiákat. A centrális dyslexiában a szóformarendszer működése normális, és az olvasási utak valamelyike károsodik — a fonológiai vagy direkt olvasás és/vagy a szemantikus folyamat.

*Shallice és Warrington* (1980) fenti felosztása jól mutatja az alexiák (általuk feltételezett) heterogenitását.

*Warrington és Shallice* (1979) egy esetében a szemantikus információ teljes elérésének károsodása eredményezte a dyslexiát: betű- és szóolvasásra képtelen volt, viszont hibátlanul kategorizálta azokat a szavakat, amelyeket hangosan elolvasni nem tudott. Szemantikus megközelítési dyslexiának („semantic access dyslexia”) nevezték ezt az olvasászavar típusát.

A lingviztikai szempontból eddig vizsgált esetek angol és francia nyelvűek voltak, amelyekben a betűzés és a fonológiai kiejtés erősen eltérő. A magyar nyelv viszont fonetikus írású, vagyis a betűk hangoztatása közel áll az íráshoz. Alkalmunk nyílt egy tiszta alexia eset tachisztoszkópos vizsgálata alapján az alexia lingviztikai és neuropszichológiai elemzésére.

*Esetismertetés (Péter és mtsai, 1986):*

Az 55 éves hipertóniás nőbetegnek két éve és egy év előtt átmeneti jobb kéz gyengesége és beszédzavara volt. 55 éves korában j.o. homonym látótérkiesés és olvasászavar jött létre. A neurológiai vizsgálat a korábbi ischaemiás attackok minimális maradványtünetein kívül csak agraphia nélküli alexiát mutatott ki. A számokat hibátlanul olvasta, színfelismerési és színmegnevezési zavara volt. A Doppler-vizsgálat a korábbi arteria cerebri media keringészavarra utalóan b.o. arteria carotis communis és carotis interna stenosiszt mutatott. A friss károsodást jelezte az art. vertebralis sonographias keringészavara és a b.o. temporo-parietalis scintigraphias aktivitásfokozódás, továbbá a computer tomogramon a b.o. occipitalis, középvonal melletti hypodensitas. Ez utóbbi felelt meg a vascularis eredetű lágyulásos gócnak, mely a hemianopsiával kísért alexiáért felelős volt. A kezdetben teljes olvasásképtelenség fokozatosan javult a betűnkénti, majd a szótagonkénti olvasásig.

Betegünkön és 3 kontrollszemélyen tachisztoszkópos ingeradással végzett részletes vizsgálatok történtek (*Barkóczy és mtsai, 1986*). Alakilag azonos betűpárok

döntési ideje betegünknel rövidebb; hangzásilag azonos, alakilag különböző betűpároké hosszabb volt, mint a kontrolloknál. A jobb félteke tehát egymagában képes volt a betűk formai azonosságának eldöntésére, de absztrakt betűszimbólumokkal nem tudott műveleteket végezni. A szófelismerési küszöbmérés azt mutatta, hogy a jobb félteke képes volt 2-3 betűs szavakat figurális egységként átadni a balnak megnevezésre, a hosszabbak betűit azonban külön műveletként szeriálisan kezelte. A betegnél jelentős fokú kategoriális facilitációs hatást találtak. Ezt a hatást a szemantikus rendszer csak ép vizuális szóforma (logogen)-rendszeren keresztül fejtheti ki. Ez ellene szól *Warrington* és *Shallice* (1980) azon nézetének, hogy „spelling dyslexiában” a szóforma károsodott.

*Barkóczi* és *mtsainak* (1986) tanulmánya részletesen foglalkozik a jobb félteke szóolvasási képességének érdekes problémájával. Bár erős érvek szólnak a jobb félteke olvasási képessége ellen, de mégsem vethető el az a feltevés, hogy rendelkezik gyakori, rövid és konkrét főnevekre korlátozódó szóolvasási képességgel. A vizsgálati adatok ugyanis azt mutatták, hogy a jobb félteke képes 2-3 betűből álló szavakat mint összetett alakzatokat egységként átadni a balnak.

*Barkóczi* és *mtsai* utaltak e tanulmányban a hasított agyú egyének jobb féltekei olvasásteljesítményének megítélési nehézségeire, amennyiben gyermekkorban bilaterális nyelvi reprezentáció alakulhat ki. Féloldali agysérüléseknél pedig a bal oldali laesio akadályozhatja ép corpus callosum esetén is a jobb félteke kompenzáló tevékenységének kifejlődését.

A fenti kérdéssel kapcsolatban röviden szeretnék utalni a japán alexiásokon nyert vizsgálati eredményekre.

A japán írott nyelv ideogramokból és fonogramokból tevődik össze. A kínaiból a VI. évszázadban átvett ideogramnak, a kanjinak egy jelentés mellett többféle kiejtése van. Minden fonogram (kana) egy japán betűnek felel meg. Ennek az egyedülálló, a kanji és kana rendszerből összetevődő írásnak a két összetevője disszociáltan károsodhat. Bal féltekei laesiókban a kana-alexia mellett a kanji ideogramok olvasása jobban megtartott. Ez volt a helyzet

*Yamadori* (1975) esetében, melyben az alexiát agraphiával a bal arteria cerebri media anguláris ágának elzáródása okozta.

A kanji szimbólum felismeréséhez hasonlóan már *Déjerine* (1891) alexia + agraphia esetében is a „fiziognómiája” alapján ismerte fel a beteg saját leírt nevét, anélkül, hogy annak betűit el tudta volna olvasni. *Coltheart* (1980) szerint a szemantikus (kanji) információ a jobb féltekéből a balba a kérgestest splenium előtti részén történik meg.

A kana-alexia és megtartott kanji olvasás disszociációjához hasonló a helyzet, ha egy alexiás beteg a gyorsírási jeleket felismeri. A nem-betűírásos sztenografia vizuospeciális komponensekre épül. *Regard* és *mtsai* (1985) b.o. tumoráttétet észleltek tiszta alexiával, ugyanakkor megtartott maradt a német és francia nyelvű sztenográfiás írás- és olvasásképeség a premorbid szinten. Feltételezik, hogy b.o. hátsó laesióban a gyorsírási vizuospeciális jelek splenium előtti, ventralisabb kérgestesti transzferpályán valószínűleg meg. Az „alternatív” olvasás ilyenkor tehát főleg a jobb féltekében jön létre.

Deep dyslexiások reziduális olvasási képességét és a szemantikus paralexia (pl. gyermek helyett fiút, az orvos helyett kórház) létrejöttét egyesek a jobb félteke funkciójával, mások a bal félteke maradványműködésével magyarázzák. Az újabb adatok is amellettszólnak, hogy úgy a jobb, mint a bal hemispherium részt vehet a reziduális beszédképesség biztosításában. *Heilman* és *mtsai* (1979) betegének bal féltekei ictus után globális aphasiája volt, megtartott olvasási szómegértéssel, ami elveszett egy újabb jobb féltekei ictus után. *Roeltgen* (1987) betegén a bal parietalis vascularis laesio aphasiát és deep dyslexiát okozott. Újabb frontális b.o. agyi infarctus j.o. hemiparesissel és a maradék beszéd- és írásképeség elvesztésével járt. Tehát a bal és a jobb féltekében egyaránt jelen lehet a képesség a reziduális olvasási analízis biztosítására.



- Bakker, D.*: Hemispheric differences and reading strategies, two dyslexias? Bull. Orton Soc. 1979, 29: 84—100.
- Barkóczi I., Kónya A., Péter Á., Békény Gy.*: Alexia agraphia nélkül. II. A szóolvasás kérdései egy szerzett dyslexiás „betűzve olvasó” eset kapcsán. Magyar Pszichol. Szle. 1986, 43: 384—404.
- Bálint, R.*: „Sellenlähmung des Schauens”, optische Ataxie, räumliche Störung der Aufmerksamkeit. Mschr. Psychiat. Neurol. 1909, 25: 57—71.
- Beauvois, M. F., Dérouesné, J.*: Phonological alexia. J. Neurol. Neurosurg. Psychiat. 1979, 42: 1115—1124.
- Benson, D. F.*: The third alexia. Arch. Neurol. 1977, 34: 327—331.
- Brust, J. C. N.*: Music and language musical alexia and agraphia. Brain. 1980, 103: 367—392.
- Charcot, J. M.*: Sur un cas de cécité verbale. In: Leçons sur les maladies di système nerveux. (Oeuvres complètes de Charcot J. M. Paris. Delahaye and Lecrosnier). 1877, Vol. 3.
- Coltheart, M.*: Deep dyslexia: A review of the syndrome in Coltheart M., and Patterson K. E., Marshall J. C. (eds). Deep dyslexia. London, Routledge and Kegan Paul. 1980, 22—47.
- Critchley, M. D.*: Dyslexic Child. Springfield. Ill. Charles C. Thomas. 1970
- Damasio, A. R., Damasio, H.*: The anatomic basic of pure alexia. Neurology, 1983, 33: 1573—1583.
- Déjerine, J.*: Sur un cas de cécité verbal avec agraphie, suivie d'autopsie. C. s. Séanç. Soc. Biol. 1891, 3: 197—201.
- Déjerine, J.*: Contribution à l'étude anatomopathologique et clinique des différentes variétés de cécité verbale. Memoires de la Société de Biologie. 1892, 4: 61—90.
- Denckla, M. B.*: Childhood learning dysabilities. In: Clinical Neuropsychology. Heilman K. M., Valenstein E. (eds) Oxford Univ. Press. New York, Oxford, 1979, 535—573.
- Feuer, M.*: Szóbeli közlés, 1985
- Galaburda, A. M.*: Developmental dyslexia: current anatomical research. Annals Dyslexia. 1983, 33: 41—53.
- Galaburda, A. M., Kemper, T. L.*: Cytoarchitectonic abnormalities in developmental dyslexia: a case study. Annals Neurol. 1979, 6: 94—100.
- Geschwind, N.*: The anatomy of acquired disorders of reading. In: Money J. (ed.) Reading Disability. John Hopkins, Baltimore, 1962

- Geschwind, N.*: Disconnection syndromes in animals and man. *Brain*, 1965, 88: 237—294.
- Gloning, I., Gloning, K., Hoff, H.*: Neuropsychological Symptoms and Syndromes in Lesion of the Occipital Lobe and the Adjacent Areas. Gauthiers-Villars. Paris, 1968, 75—81.
- Goldstein, K.*: Language and Language Disturbances. Grune and Stratton. New York, 1948.
- Goldstein, K., Gelb, A.*: Psychologische Analysen hirnpathologischer Fälle auf grund von Untersuchungen Hirnverletzter. *Z. ges. Neurol. Psychiat.* 1924, 41: 1—142.
- Graichen, J.*: Zum Begriff der Teilerscheinungen. In: Lempp, R. (Hrs): Teilleistungsstörungen in Kindesalter. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1979
- Haslam, R. H. A., Dalby, J. T., Johns, R. D., Rademaker, A. E.*: Cerebral asymmetry in developmental dyslexia. *Arch. Neurol.* 1981, 38: 679—682.
- Hécaen, H.*: Aspects des troubles de la lecture (alexies) au cours des lésions cérébrales en foyer. *Word*. 1967, 23: 265—287.
- Hécaen, H., Kremin, H.*: Neurolinguistic Research on Reading Disorders Resulting from Left Hemisphere Lesions: Aphasia and „Pure“ Alexia. In: Whitaker H., Whitaker H. (eds). *Studies in Neurolinguistics*. Academic Press. New York, 1976, Vol. 2.
- Heilman, K. M., Rothi, L., Campanella, D. et al.*: Wernicke's and global aphasia without alexia. *Arch. Neurol.* 1979, 36: 129—133.
- Hermann, G., Pötzl, O.*: Über die Agraphie. Karger, Berlin, 1926
- Huttenlocher, P. R., Huttenlocher, J.*: A study of children with hyperlexia. *Neurology*. 1973, 23: 1107—1116.
- Kinsbourne, M., Warrington, E. K.*: A disorder of simultaneous perception. *Brain*. 1962, 85: 461—486.
- Kirschner, H. S., Webb, W. G.*: Word and letter reading and the mechanism of the third alexia. *Arch. Neurol.* 1982, 39: 84—87.
- Luria, A. R.*: Die höheren kortikalen Funktionen des Menschen und ihre Störungen bei örtlichen Hirnschädigungen. Deutscher Verlag der Wissenschaft. Berlin. 1970
- Marshall, J. C., Newcombe, F.*: Patterns of paralexia: a psycholinguistic approach. *J. Psycholing. Res.* 1973, 2: 175—199.
- Matis, S., French, J. H., Rapin, I.*: Dyslexia in children and young adults: three independent neuropsychological syndromes. *Dev. Med. Child Neurol.* 1975, 17: 150—163.
- Mehegan, C. C., Dreifuss, F. E.*: Hyperlexia: Exceptional reading ability in brain damaged children. *Neurology*. 1972, 22: 1105—1111.

- Money, J.*: Developmental dyslexia. In Handbook of Clin. Neurology. Vinken P. J., Bruyn G. W. (eds) Amsterdam, 1966, Vol. 4. 377—391.
- Niebergall, G.*: Diagnostische Aspekte der Legastheine. Mschr. Kinderheilk. 1987, 135: 297—301.
- Pavlidis, G. Th.*: Do eye movements hold the key of dyslexia? Neuropsychologia. 1981, 19: 57—64.
- Péter Á., Békény Gy., Barkóczi I., Kónya A.*: Alexia agráfia nélkül. I. Esetismertetés. A tiszta alexia szemléleti problémái. Magyar Pszichol. Szle. 1986. 43: 311—324.
- Pötzl, O.*: Die Aphasielehre vom Standpunkte der klinischen Psychiatrie. In: Dricke F. (ed.) Optisch-agnostische Störungen. Aschoffs Handbuch der Psychiatrie. Leipzig, Wien. 1923. Vol. 1. 121—135.
- Ranschburg, P.*: Die Lese und Schreibstörungen des Kindesalters. Marhold S. Halle. 1928
- Ranschburg, P., Schill, E.*: Über Alexia und Agnosie. Zschr. ges. Neurol. Psychiat. 1932, 139: 192—240.
- Regard, M., Landis, Th., Hess, K.*: Preserved stenography reading in a patient with pure alexia. A model for dissociated reading processes. Arch. Neurol. 1985, 42: 400—402.
- Remschmidt, H.*: Was sind Teilleistungsschwächen? Mschr. Kinderheilk. 1987, 135: 290—296.
- Roeltgen, D. P.*: Loss of deep dyslexia reading ability from a second left-hemispheric region. Arch. Neurol. 1987, 346—348.
- Rumsey, J. M., Dortwart, R., Vermess, M., Denckla, M. B., Kruesi, M. J. P., Rapaport, J. L.*: Magnetic resonance imaging of brain anatomy in severe developmental dyslexias. Arch. Neurol. 1986, 43: 1045—1046.
- Shallice T., Warrington E. K.*: Word recognition in a phonemic dyslexic patient. Quart. J. Exp. Psychol. 1975, 27: 187—199.
- Shallice, T., Warrington, E. K.*: Single and multiple component central dyslexic syndromes. In: Coltheart M., Patterson K., Marshall J. C. (eds). Deep Dyslexia Routledge and Kegan Paul, London, Boston, Henley. 1980, 119—143.
- Silberberg, N. E., Silberberg, M. C.*: Hyperlexia: Specific word recognition skills in young children. Except. Child. 1967, 34: 41—42.
- Smith, K., Griffith, P.*: Defective lateralized attention for non-verbal sounds in developmental dyslexia. Neuropsychologia. 1987, 25: 259—268.
- Thomson, M. E.*: A comparison of laterality effects in dyslexics and controls using verbal dichotic listening tasks. Neuropsychologia. 1976. 14: 243—246.
- Warnke, A.*: Behandlung der Legastheine im Kindesalter. Mschr. Kinderheilk. 1987, 35: 302—307.

- Warrington, E. K., Shallice, T.: Semantic access dyslexia. *Brain*. 1979, 7: 689—691.
- Warrington, E., K., Shallice, T.: Word-form dyslexia. *Brain*. 1980, 103: 99—112.
- Weinschenk, C.: Die erbliche Lese-Rechtschreibschwäche und ihre sozialpsychiatrischen Auswirkungen. Huber, Bern, Stuttgart, Wien, 1965 (cit Remschmidt, 1987)
- Wernicke, K.: Der aphasische Symptomenkomplex. Franck und Weigert. Breslau. 1874
- Wilbrand, H.: Die Seelenblindheit als Herderscheinung und ihre Beziehungen zur homonymen Hemianopsie zur Alexie und Agraphie. Bergmann J. P. Wiesbaden. 1877
- Witelson, S. F.: Developmental dyslexia: two right hemispheres and non left. *Science*. 1977, 195: 309—311.
- Witelson, S. F., Rabinovitch, M. S.: Hemispheric speech lateralization in children with auditory-linguistic deficits. *Cortex*. 1972, 8: 351—361.
- Wolpert, I.: Über des wesen der literalen Alexie. *Mshr. Psychiat. Neurol*. 1924, 75: 207—266.
- Yamadori, A.: Ideogram reading in alexia. *Brain*. 1975, 98: 231—238.
- Zurif, E. B., Carson, G.: Dyslexia in relation to cerebral dominance and temporal analysis. *Neuropsychologia*. 1970, 8: 351—361.

---

A közlemény a szerkesztőségbe érkezett: 1989. III. 16.

# REALITÁS HANGSÚLYÚ INTERVENCIÓK AUTISTA GYEREKEK JÁTÉKTERÁPIÁJÁBAN

Gerő Zsuzsa

Dolgozatomban aspergeri autisztikus gyerekekkel folytatott pszichoterápiás próbálkozásról kívánok beszámolni. Mint ismeretes, az aspergeri képbe tartozók, noha esetükben a kapcsolatteremtés és fejleszthetőség esélyei jóval nagyobbak, a személyiség szerveződés egy magasabb szintjén állnak, igen sok alapvető közös vonást mutatnak a kanneri autistákkal (szemkontaktus hiánya, személy-név más felcserélése, forgó, pörgető mozgássztereotípiák). Lutz ezeket a közös jellegzetességeket az Én integratív működésének hiányával, illetve zavarával magyarázza. A belső folyamatok szerveződése, Én és külvilág megkülönböztetése egyaránt tökéletlen; a neurotikus visszahúzódókkal ellentétben, akik kikerülik a másokkal való kapcsolatot, az autistáknál nem alakult ki a kapcsolatteremtés képessége.

Munkám során a spontán kezdett játéktevékenységbe belefolyva igyekeztem kapcsolatot teremteni úgy, hogy a játékmozzanatokban együttműködve beléptem ugyan a gyerek gondolkörébe, de különböző játékokban adott intervenciók révén a gondolatmenet zártsága, világon kívülisége, bizarrériái ellen dolgoztam. Az intervenciók, a játéktárgyak kézzelfoghatóságára támaszkodva, mindig szembesítették a gyereket a valódi világ követelményeivel, illetve tárgyi összefüggéseivel. Másrészt a mechanikus mozzanatok cselekményötletekkel, hangsúlyosan kifejezett, szélsőségesen polarizált, ugyanakkor egyszerűsített érzelmekkel próbál-

tam tartalommal felruházni. Ezek a játékjavaslatként megfogalmazott intervenciók, az aktív együttjátás légkörét megteremtve, a gyereket egyszersmind a kapcsolatteremtés tanulásához segítették.

Annak érzékeltetésére, hogy ez az igen általános elveket rögzítő elképzelés hogyan valósul meg a gyakorlatban, két olyan fiú esetéről számolok be, akik 4 éves koruk körül a terápia kezdetén úgyszólván együttműködésre képtelenek voltak, majd 3 éves rendszeres foglalkozás után egy év halasztással normális iskolába kerültek, ahol a tanulmányi követelményeknek jól, a szociális adaptáció normáinak kielégítően megfelelnek.

Tamás hat testvér közt a legfiatalabb, négy egészséges bátyja, egy egészséges nővére van. Megkésett beszédfejlődéséből, neologizma jellegű szóalkotásaiból, kényszeres ceremóniáiból 3 éves kora körül gondolták, hogy fejlődése nem megfelelő. 4 és fél éves korában, amikor a terápia kezdődött, idegenekkel nem beszélt, a terápia első idejében az anyáról nem lehetett leválasztani. A foglalkozások első témája a fűtőtestcsövek pattogó hangja, illetve a folyosón működő hatalmas jégszekrény ki-be kapcsoló motorzúgása. Ezzel egy időben az egyetlen tevékenység, hogy a mosdót teleengedte vízzel, majd nagy izgalommal figyelte a lefolyó vizet, várta az utoljára eltűnő víz különös bugyborékoló hangját. Mikor a történéseket kijelentő vagy kérdő mondatban kommentálta, mindig hozzáfűztem a történet nem látható folytatását, pl. a csatornában eltűnő vizet gondolatban a Dunáig követtem. Hattyúformájú öntözőkannával zuhanyozást játszottunk, amikor a kanna nemcsak zuhany volt, de egyben a hattyú köpte a vizet, tehát már valamilyen cselekvés történt. Hajót tettem a vízbe, egy idő után emberfigurát ültettem rá. Tamás a kezdeményezett játékokat eleinte igyekezett megakadályozni, hogy újra csak a lefolyó hangját figyelhesse. Egy idő után azonban a ténymegállapító mondatok már a hajózásra is vonatkoztak, illetve a lefolyó víz Dunáig követését a kettőnk közt hagyományossá vált megjegyzé-

sekkel már ő kezdeményezte. Ebben az időszakban a játék indulati töltése a hangok figyelésére, illetve a hangforrás technikai működésére vonatkozott. Kiegészítette a búgócsiga, melynek egyre gyorsabb forgása, egyre hangosabb hangja izgalomban tartotta, de működésének kommentáló megbeszélése egyben folyamatos kontaktustartásra, együttjátszásra készítette a gyereket.

A vízzel való játék egy ponton homokozással volt folytatható. A mechanikus homokgyúrás hajó, hal homokozóformákkal lehetett a korábbi játékhoz kapcsolni. A „hajó úszik—hal úszik” történések egy vonatforma révén vonatozással folytatódtak. Közben végig a homokforma készítésére irányult a gyerek legnagyobb figyelme, a hal-, nyúl-, mókusformák vonatra helyezésével újra meg újra a vonatozás cselekményt provokáltam. A monotónia megszakítása és az eseményekhez fűzött érzések kifejezése (akarnak menni, nem akarnak menni stb.) egyaránt indulati feszültséget teremtett, végül is együttműködéshez vezetett.

Földön húzható favonatra babákat ültettem, a játék így a családtagok szerepeltetésével folytatódott. A szobában álló székek lettek az alagutak, az eltűnés—előbújás probléma a játék legfontosabb eleme lett, de mindig igyekeztem a családra vonatkozó konkrét élményszerű történésekre átváltani.

A lassan rituálévá merevedő, ismétlődő játékot mindig új elemekkel szakítottam meg. Egyik ilyen a homoksüteménnyel kapcsolatban a gyertyagyújtás, születésnap-rendezés. A gyertyaégetés ezután hosszú ideig állandó program, a gyertya lángja, a viaszcsöpögés Tamást feszült izgalomban tartotta. Az események kommentálása („meggyújtottuk, csöpög”), illetve a sokszor figyelmen kívül hagyott születésnap-i eseményekre-érzésekre vonatkozó megjegyzéseim egyfajta kétszólamú, mégis egymásra figyelő párbeszédet eredményeztek. A kétszólamú beszélgetés kommunikációs jelentősége mellett szól, hogy ezeket a játékokat egyre inkább tarkították a terápián kívüli események ténymegállapító elbeszélései: pl. az utazás, az átszállások részletes felsorolása. A felsoro-

lás sohasem cselekményről szólt, inkább valami menetrendre, tájékoztató táblára emlékeztetett. Ha az eseményre kérdeztem, „igen, trolival jöttünk” jellegű megerősítés után folytatta az útvonal technikai leírását. A közlekedés iránti intenzív érdeklődés hirtelen elindította az addig lappangó rajzfejlődést: trolibusz rajzai igen pontos megfigyelésről tanúskodnak. A rajzolásnak azonban közös csempefestés előzménye volt: a falon mázolván a lift működéséről beszéltünk, anélkül, hogy a gyerek lifttel kapcsolatos félelmei kifejezésre jutottak volna. Egy későbbi otthoni rajzán a liftben ülő emberfigura feltehetően ő maga.

Az elmondott játékrészletek igen kevés regisztrálható fejlődést mutatva kb. 2 éven keresztül váltogatták egymást. Közben Tamás óvodába került, a játszótéren barátkozni kezdett, majd iskolás lett. Élete eseményei, kapcsolatainak változása azonban nem került a terápiába. Iskolás korában ugyan a játékokkal felhagyva inkább a vonatok, majd a csillagászat iránti érdeklődéséről, kirándulási szenvedélyéről, zenetanulásáról hallok, de mindezek elmondásában az események-érzések helyett a vonat típuszáma, a sportszerű túrázás technikai feltételei foglalkoztatták.

Csaba — akinél a nem megfelelő fejlődésre azért figyeltek fel, mert mindig heves dühkitörést produkált, ha sokszor monoton tevékenységében megzavarták — a Tamáséhoz hasonló óvodai és iskolai beilleszkedéssel párhuzamosan még Tamásnál is kevesebb kapcsolatot teremtett a terápia és a terápian kívüli élet között. Amikor például jelenlétében szülei az óvodai és iskolai eseményekről, a közben megszületett testvérrel való kapcsolatáról pár szóval beszámoltak, ezt passzívan végighallgatta, majd a szülők távozásakor felélénkülve kezdett bele külön játékvilágunkba. Ennek alakulása szintén néhány mechanikus elem variációja, melyet igyekeztem cselekménnyel megtölteni. A nála is nagy fontosságú homokozó-vizező játékban a sarazást útépitésre, malterkeverésre, építőelemek beiktatásával gázcsőfektetésre alakítottuk át. Amikor az egymásba rakható poharakba mechanikusan töltögette a



sarat, babaabéd-készítést provokáltam. A cselekmény kezdeményezésével kapcsolatos ellenállását juttatta kifejezésre a játékfolytatás egyszerre humorizáló és bizarr volta. A babák maltert vagy máskor kávézaccot ebédeltek. A játék folytonosságát azonban éppen a bizarr játékfordulat feletti öröm, az egyre erősödő indulati töltés biztosította.

Ugyanez volt megfigyelhető, amikor a homokozást a cselekményt és kombinációs erőfeszítést igénylő világjáték keretei közé akartam szorítani. Az állatokat rendszeresen a homokba temette, ha a játék folytatásaként az állatok kilátástalan helyzetét kiemeltem, az állatok sorsa feletti hatalom intenzív izgalmat váltott ki belőle. Ugyanígy lehetett érteni a világjátékból fejlődött másik két játékformát: vonat közlekedett Budapest és Debrecen között, a vonatvezető nem várta meg az utasokat, vagy útközben megváltoztatta az útirányt; illetve a szekrény lehúzható redőnyéről az üzletek redőnyére asszociálva a legváratlanabb módokon tette ki a vásárlókat a boltos szeszélyeinek: most zárva az üzlet, most kinyitott az üzlet! Azaz: akcióval tiltakozott a játék logikája szerint várható események ellen.

Különösen az utolsó két játékban már a gyerek által javasolt cselekményrészletek találhatók, melyek határozott érzelmi megnyilvánulásokat is tartalmaztak. Mégis inkább viselkedésnek, mint érzelmi töltésű játéktartalomnak minősíthetők ezek a játékelemek, mert közös jellegzetességük a „túljárók az eszeden” mozzanat, mellyel mintha a mechanikus ismétlések — sarazás, eltemetés, vonattologatás, redőnyhuzogatás — megszakítása elleni tiltakozást fejeznék ki. Ez a tiltakozás jól megfelel azoknak a manővereknek, ahogy Csaba reális környezete beavatkozásait igyekezett kivédeni. Ugyanakkor a játék ellenakciói erős érzelmi töltéssel történő intenzív együttműködést eredményeztek, azaz a kapcsolatteremtés egy formájának elsajátítására adtak módot.

Különösen Csaba esetében feltehető a kérdés: a terapeuta nem akkor járt volna el helyesen, ha pl. a játéktartalmakban megjele-

nő agressziót értelmezéssel a gyerek számára tudatossá teszi? Meggondolandó azonban, hogy a bizarr fordulatok cselekményhátráltató, cselekménybénító szerepét, hasonlóan a Tamás esetében tapasztalt, az eseménytől a működés irányába eltolódó érdeklődéshez, a játsszó gyerek helyzetén kívül maradásának jelzéseként tekintjük.

Eseteimben úgy látszott, hogy az értelmezés, mely a belátás distanciáját feltételezi, az autisztikus kívülmaradást nem feloldja, inkább erősíti. Ugyanakkor reflektív attitűdöt kíván, melyhez az Énfejlődés még nem jutott el. Ezzel szemben, amikor a terapeuta cselekményötlelei, az érzelmi bombázás folytán, a gyerek a játékon belül kerül, az érzelmi elkötelezettség révén a játékmozzanatok valóságnak megfelelő összekapcsolódása egy pillanatra parancsoló erővel bír, az addig érzelmileg jellegtelen elemek pozitív, ill. negatív értéket kapnak. A játékban az érzelmi részvétel sodrában létrejövő valóságészlelés a hiányzó integráló Énfunkciók fejlődését segíti.

Ennek sűrített példáját adja egy jelenleg is folyó terápia egy szakasza. Máté még nem volt 3 éves, amikor furcsa szokásai, adaptációs képtelensége, erősen megkésett beszédfejlődése miatt került a rendelésre. Játéka első időtől kezdve szinte kizárólag a homok, a provokált cselekmény pedig: fadarabokat csövekként fektetünk a földbe. Az anyától tudom, hogy az utcán minden csatornalefolyónál megáll, fadarabkákat dobál bele és szenvedélyesen figyeli az eltűnő tárgyakat. — Harmadik gyerek születése miatt bekövetkező pár hónapos szünet után ugrásszerű beszédfejlődésről — szómondatokban, jellegzetes ragozással mindent meg tud mondani —, valamint fokozódó akaratoságról szerzek tudomást. Csatorna szenvedélye változatlan, a szobám előtt felfedezett lefolyók fedelét — a vasakat — be akarja építeni a homokba. A cselekményes játék kedvéért néhányszor engedek kérésének, majd az addig magyarázó figyelmeztetésem korlátozássá válnak: „Kint játszhatsz velem, de behozni nem lehet, mert az arra járó

nénik lába belecsúszhat a lyukba, fájni fog a lábuk.” A magyarázatot sokszor a lyukba botlás bemutatásával kell kísérem. — Heteken keresztül húzódozó konfliktus támad: be akar jönni a homokban játszani, nem akarja a vasat kinn hagyni. A babaedény fedőiből felajánlott pótló vasat csak időnként fogadja el. Néhány alkalom után a várható frusztrációra a tiltás és a hozzáfűzött magyarázat előzetes hangoztatásával készül fel: „nem viszünk be, lába fáj”. A tiltóval való azonosulás is csak több alkalom után teszi képessé a lemondás elviselésére. A homokba tett pótvasak használatakor is ismételteti, „néni lába fáj” — ezzel felszólítva engem a magyarázat, a lemondását követő dicséret újra meg újra ismétlésére. Több hónapos újabb szünet után (szabadság, betegség) ismét ugrásszerű fejlődést észlelhetek. Anyja arról számol be, hogy beszédében állandóvá vált a megfelelő grammatikai fűzés (leszámítva a még hullámzóan használt megfelelő személynévmást). Feltűnő a nyugodt, türelmes magatartása, a vasakat egyáltalán nem igényelve, különös, intim hangulatban kezd homokozni. Ünnepeyes mosolyából úgy látszik, nem egyszerűen a játéknak, inkább az újratalálkozásnak örül. Vízért kér a homokhoz, majd egy jóval korábbi korlátozásomra utalva komoly arccal hozzát teszi: „Utolsó”. (A második vízadag után szoktam korlátozni, mert a homok teljesen elázik.) A történést úgy értékelem, hogy a valóság összefüggéseire hivatkozó tiltás a terapeutával kialakult érzelmi kapcsolat folytán vált parancsolóvá, a konfliktus elviselése érdekében ment végbe a tiltó személlyel történt azonosulás (*Spitz*), mely folyamat a kapcsolatot elmélyítette. A másik személy akarátának tudomásulvétele mintha a gyerek saját határait is erőteljesebben körvonalazta volna.

Ekkor a vas-játékban jelentős fordulat történt. Egy otthoni vas elvesztésekor a dühöngés elkerülésére anyja papírra rajzolt és kivágott vasakat. A dühöngés megszűnt, a papír helyettesíthette az igazit. Ezután a vasszenvedélyt lassan a jelzőtáblák iránti érdeklődés egészítette ki; a jelzőtábla a homokban csöként lefek-

tethető, de a rajta levő jel — a papírvasaknál még nagyobb mértékben — elvonatkoztatott. Egy idő után az elvonatkoztatás újabb lépése következett: a homokjátékkal párhuzamosan jelző-táblákat kezdett rajzolni.

Az Éntudat megjelenése, a beszéd felgyorsulása, a tilalom bevetítése, konkrét tárgy elvonatkozató reprezentációja — mindez az Énfunkciók differenciálódó működéséről tanúskodik. A szociális szabálynak az anya vagy anyahelyettes kedvéért történő elfogadása, mint tudjuk, az Énfejlődés fontos állomása. Ezt a folyamatot — megkésve ugyan, de — a normál fejlődéshez hasonlóan Máté esetében is a beszédfejlődés és a helyettesítő jelképhasználat kíséri. Az eset fejlődési fordulópontjai meggyőztek a korábbi esetekben halványabban megnyilatkozó összefüggésről, hogy a realitást hangsúlyozó, érzelmi részvételt erőltető intervenciók a terapeuta—gyerek kapcsolat épülése, mélyülése közben válnak a világon kívüliség megszűntetőivé, az Énintegráció elősegítőivé.

## IRODALOM

- Lutz, J.: Zum Verständnis des Autismus infantum als einer Ich-Bewusstseines Ich-Aktivitäts und Ich-Einprägungsstörung. In: Acta Pedopsychiatria, 1968
- Spitz, R.: The first Year of Life. 1965

---

Elhangzott: 1979-ben a VI. Európai Gyermekpszichiátriai Kongresszuson angol nyelven, illetve 1981-ben a Magyar Pszichiátriai Társaság Gyermekpszichiátriai Szekciójának előadásaként. A közlemény a szerkesztőségbe érkezett: 1989. III. 16.

## JÓL KOMPENZÁLT ASPERGERI AUTISTÁK SERDÜLŐKORI NEHÉZSÉGEI A SZOCIÁLIS TÁJÉKOZÓDÁSBAN

Gerő Zsuzsa

A gyermekkori autizmus különféle jellegzetes tüneteit számba véve, a baj lényegét a kapcsolatfelvétel—kapcsolattartás képtelenségével, illetve zavarával lehet meghatározni. Jelenti ez nem pusztán a személyekkel való kontaktus nehézségét, de ezen felül általában a külvilágnak csupán szigetes tudomásulvételét. *Asperger* véleménye szerint az általa leírt esetek a személyiségszerveződés magasabb szintjén a kanneri kórkép megfelelői. Mindenesetre a beszédkialakulás révén — a kanneri autizmustól eltérően — a bizarrériák és sztereotípiák tiszteletben tartásával vagy éppen azokból kiindulva olyan terápiás kapcsolat teremthető, melyben a külső realitás valamelyes tekintetbevételéhez és ebből következő adaptációhoz lehet a gyereket eljuttatni. Amilyen mértékben sikerül ez, lehet számítani az értelmi képességeknek megfelelő iskolai teljesítményre.

Tapasztalatom szerint ezt a folyamatot jól szolgálja az a terápiás magatartás, amit korábban realitás hangsúlyú intervenciónak neveztem. Ennek lényege, hogy a gyerek akcióit követve olyan lépésekkel válaszoljunk, szőjük tovább a játék fonalát, melyek a tartalmatlan mechanikus cselekvésekhez egyszerű tartalmat adnak, a bizarr fordulatokat a realításra apellálva vonják kétségbe vagy igazítják helyre. Mindeközben a játékban kialakult helyzetnek megfelelő érzelmekkel reagálva igyekszik a terapeuta a gyereket az érzelmi részvételre is rászorítani. Példaként egy négyéves

fiúval folytatott hosszan ismétlődő játékot emlétek: Csaba monoton sarazó-vizező játékába botokat beásva, először csatornafektetéssel próbáltam tartalmat bevinni. Amikor ez a játék is sztereotíp megállapításokkal kísért mechanikus elemmé vált, homokozóformákkal babaetetést kezdtem. Csaba ellenállása bizarr humorban nyilvánult meg: minduntalan maltert, később kávézaccot adott a babáknak uzsonnára. A babák nevében hevesen tiltakozva igyekeztem a helyzetnek megfelelő szerep vállalására rávenni őt. Miközben a játék ellenálló és provokáló fordulataiból játéktradíció alakult ki, nemcsak a helyzet átélése és a reakciók adekvációja javult, hanem a valódi kapcsolat is fontossá vált a gyerek számára. Az eset még egy vonatkozásban jellegzetes: noha a vizező-sarazó játék, a csatorna szenvedélyes követése, a malterzacc étel bizarrériája jellegzetesen visszatérő fordulatok az aspergeri autisták játékában, a sokszor jelképes átfordítás nélkül megjelenő anális vonatkozások nem vagy alig kerülnek értelmezésre. Az ellenálló vagy provokáló játékakciók és az azokra adott válaszok viaskodásából adaptációt kívánó és adaptációt fejlesztő együttműködés alakul. Úgy is mondhatom, hogy az anális játéktartalmak értelmezése helyett a kísérő agresszív és ambivalens indulatok viselkedésszintű, kapcsolatban történő áthangolása történik.

Az erősödő adaptációs készség és részvételi igény, valamint a terapeutával kialakult, majd arra mintázódó nevelői kapcsolatok teszik lehetővé, hogy ezek a gyerekek egy-két éves késéssel ugyan, az iskolai munkába esetleg bevonhatók, sok ütközés árán képességeiket közelítő teljesítményre bírhatók. A kisiskolás évek alatt a terápiás kapcsolatban a játék rendszerint megmarad, de kicsit háttérbe szorulva az alaphangulatot biztosítja, melyben az adaptációt serkentő, segítő, inkább nevelői, mint pszichoterápiás hatás érvényre juthat. Ebbe a körbe egyaránt beleértendő az otthoni, iskolai követelmények, kudarcok és eredmények megbeszélése, mint a találkozások idején tapasztalt viselkedés megerősítése,

illetve korlátozása. Tapasztalatom szerint kritikus időkben (egy-egy iskolai, otthoni krízis vagy fejlődésbeli váltás idején) a régi játéktradíciók megelevenedésével és továbbfejlesztésével kerül a játék újra előtérbe. Mintha a játék kínálta regresszív utakból erőt vagy megoldást merítve lehetne megfelelni a kritikus vagy új adaptációs feladatnak. Egy nyolcéves fiú pl. hosszabb, megfelelő iskolai viselkedés után ismét konfliktusba keveredett, el akarták tanácsolni az iskolából. Ez idő alatt visszacsúszott a parttalan sarazásba, korlátozáskor a kontrollálatlan agresszió a terápiában is megjelent. (Összekente a falat, alig lehetett a szobából kiteszkolni.)

Egy másik fiú minden teljesítménykudarca után visszatért a már elhagyott állatjátékához, a világ állatait leltárszerűen sorba kirakta, az egyes állatokról, főként a lovakról sztereotíp megjegyzéseit ismételte, nagy indulati átéléssel (annak idején első tartalmas játéka a lovakhoz kapcsolódott). Egy harmadik barátkozási kudarc után a gátépítő sarazást-vizezést elevenítette fel, ezzel párhuzamosan beláttatás lehetősége nélkül mesélte szenzitív fantáziáit arról, hogyan bántalmazták őt társai.

A régi játéktradíciók megelevenedése érzelemtelivé teszi a légkört, és ez alkalmat ad arra, hogy mintegy a nevelői szerep mellett újra érvényesüljön a pszichoterapeutáé: a napi adaptációs kudarcok—eredmények megbeszélésekor nem pusztán az évek alatt kialakult tekintély kedvéért, de mintegy introspekciós felvillanás-ként átlássa a gyerek saját helyzetét és viselkedését. Úgy érzem, ezek az epizódok készítik elő annak lehetőségét, hogy a serdülés ösztöntörténéseivel megmozduló érzelmi élet és fel-felbukkanó önismereti igény a pszichoterápia számára hasznosítható legyen.

Nemrégiben két lánynál és egy fiúnál figyeltem fel arra, hogy a serdülés kezdetén (12-13 éves korban) az időről időre felbukkanó vagy folyamatosan tartó játéktartalmak hogyan változtak és váltak különösen jelentőssé a belső változás eredményeként. Edit évekig, testvérei születése óta mindig pólyásokkal játszott. Most

játékában a nagylány testvér és annak fiú barátja, az iskolában hallott slágerek éneklése került előtérbe. Zita évekig a kisbaba születését, testi gondozását játszotta, mindebben fontos szereplő volt az apa. Most a baba és a felnőtt nő szerepe összemosódik az erősen szexuális hangsúlyú játékban. (Testápolás—ölekezés—csókolgatás—csókolódzás). Máté hébe-hóba, állatos játéka mellett, WC-történeteket játszott testvéreiről, akik történetesen lányok, de ennek eddig nem volt jelentősége. Most lánybabákat öltöztet, fésülget, közben nagy izgalommal testrészeit leltározza, mintegy véletlenül hasukhoz, nemi szervükhöz kapkod. Egy alkalommal a játék közben megjegyeztem, hogy talán szívesen barátkozna osztálytársnőivel. Hevesen tiltakozott, nevetgélve, igen gyengéden visszatért a babákhoz. — Mindhármójuk játékából úgy látszott, olyan történeteket, párbeszédet próbálnak, melyre nagyon vágyódnának, de fantáziáik nem kötődnek semmilyen valóságos lehetőséghez.

A serdülés felkeltette érdeklődésüket a másik nem iránt, de nem jutnak cselekvésben tovább, mint a babákkal való megelevenítésig. Ezért, noha tudom, milyen nagy lépés fejlődésükben az újonnan megjelenő játéktartalom, mégis olyan érzéssel hallgatom, mintha légüres térben lennének. Ez a benyomás természetesen abból is fakad, hogy életkorukban a babázást mindenképpen igen infantilisnak érezzük.

Viki esetében világosan látszott, hogy a légüres tér érzés abból fakad, hogy noha vágyai igen erősen a fiúk, tehát társak felé fordítják, de semmilyen eszköze nincs arra, hogy értse a másik embertől jövő jelzéseket, hogy az emberek viselkedését, motivációik összefüggését valamennyire is lássa. Hetedik osztályos korában az addig csendesen és gépszerű konformizmussal viselkedő lány — ezt a viselkedést kisiskolás korában igen fáradtságosan lehetett kialakítani — hirtelen erősen felhangolt lett, órákon gyakran nevetgélt, feltűnősködött, kritikátlanul közbekiabált, szünetekben pedig gyakran konfliktusba került, mert kikezdett a



fiúkkal. Nevetgélve mesélte szerelmi kaladjait, pl. férfi osztályfőnöke szerelmes belé, illetőleg ő az osztályfőnökébe. Visszatérő jellemzése szerelmeiről: olyan helyes, szerelmesek vagyunk. Túlfűtött viselkedése miatt kényszerültünk arra, hogy fél évig magántanuló legyen, csak bizonyos órákat látogatott, aktuális önfegyel-métől függően. Ez időben az évekig csak kontrollra szorító-terápiás kapcsolat megint szorossá vált: a napi eseményekből kiindulva arra törekedtem, hogy levegőben lógó történeteit való-ságos környezetükbe, a tényleges emberi viszonylatokba helyez-zük el. Ez annál is nehezebb feladat volt, mert történetesen családi környezete is bizarr módon valószínűtlen: apai nagyanyja neveli, aki az egyetlen biztos pont a lány életében, és aki a nagyapa halála óta Vikiben látja élete értelmét. A lakás félreeső szobájában lakik Viki tökéletesen tartás nélküli apja, alig tartva a családdal a kapcsolatot. Viki anyja bizonytalan időkben jelenik meg, egész életét, férfikapcsolatait homály fedi. A nagyanya egyetlen segítsé-ge nővére, és annak férje, velük azonban a papás-mamást játszó gyerekekre jellemző féltékeny vetélkedés alakult ki Viki nevelésé-vel kapcsolatban.

A nagyanya látja ugyan Viki furcsaságát, de ezt állandóan elhárítja, a múlt század szabályai szerinti illedelmes fiatal lányt nevelne belőle. A nevelésben kialakult sokéves kapcsolatunk alapján tökéletesen rám hagyatkozik, azaz más-más okok miatt Vikit és nagyanyját egyaránt a realitás felé kell terelnem. Ez a törekvés kritikus pontjához a pályaválasztás idején került. Viki intelligencia szintje az átlagos övezetbe esik, de érdeklődése be-szűkül, infantilis, teljesítménye megítélésében teljesen kritikát-lan. A nagyanya kapcsolatai szerint próbál iskolát választani, végül pályaválasztási vizsgálat után a gépíróiskola mellett dön-tünk. Monotónia-tűrése, igen jó helyesírása erre alkalmassá teszi. Az új iskolában középiskolás nagylánynak érezte magát. Ugyan-akkor csak lány osztálytársai voltak, mégpedig olyanok, akik valóban nagylányok voltak, valódi fiúkapcsolatokkal, mellettük

Viki öltözete esetlen volt, kihívó viselkedése gúny tárgya lett. (Pl. a belőtt fülbevalótól a füle begyulladt, de lelkesen viselte tovább, dagadt fülcimpával meglehetősen visszatetsző látványt keltve.) A minderre vonatkozó megbeszélést kívánta és elutasította egyszerre, minden tanács úgy hatott rá, mint a nagyanya szentimentális prédikációi. Szerelmi történetei ekkor fiúk hiányában egy népszerű együttes tagjairól szóltak, külön-külön és összevéve szerelmes volt beléjük. A kiválasztást az vezette, hogy egyikőjük pár évvel korábban állítólag az ő iskolájába járt, és órá felfigyelt volna. Ez idő alatt a rendelőben levő fiúkat, esetleg tíz év körülieket is, állandóan megszólított. Provokatív viselkedése, a gúnyra adott agresszív reakciói miatt lassan az iskolában lehetetlen helyzetbe került, tanárai is ellenségesen kezelték. Második évben kibuktatták, miközben a munkahely, ahol nyári gyakorlatát végezte, precíz munkája miatt visszavárta. Valamilyen magánvizsga után valóban odakerült, megbecsült munkaerő. Történeteiből úgy hallok, idősebb nők anyailag felkarolták. Valóságosabbnak ható fiútörténetről számol be, elbeszéléséből arc nélküli lovag rajzolódik ki, találkozásai, terveik, szakításaik mintha egy ötven év előtti limonádé regényből léptek volna ki. Egy ideig még havonta felkeresett, lassan egy éve nem hallottam róla.

Csabáról kisiskolás kora óta csak telefonon számolt be apja, különös zökkenő nélkül végezte az általános iskolát. Személyesen újra nyolcadikos korában láttam iskolaválasztási problémái miatt. A pályaválasztási tanácsadóval együtt intelligenciaszintje, teljesítménye alapján gimnáziumra gondoltunk, lassúsága, labilis alkalmazkodási készsége miatt könnyebb gimnáziumot kerestünk volna. Végül az őt igazán jól értő és vezető, jó gyakorlati érzékű apa nyomdaipari szakmunkásképző mellett döntött, mely döntést Csaba pillanatok alatt magáévá tette. Kiváló helyesírással, precizitásával jó eredményeket ért el. Tulajdonságai alapján az apával együtt arra gondoltunk, hogy kiváló korrektor válna belőle. A szakmunkásképző ideje alatt Csaba újra rendszeresen járt hoz-

zám. Örült a régi és újra felfedezett kapcsolatnak, néha visszautalt azokra az eseményekre, melyeket a hozzámjárás idején átélt. Úgy látszott, szívesen él a beszélgetés lehetőségével, szeretne dolgaiban eligazodni. Azonban sem otthonáról, sem az iskoláról és a műhelyről nem tudott egyebet mondani, mint szűkszavú semmitmondó közhelyeket. Részletesen felidézte pl. a nagymama házáról, régi otthonáról a liftjavítás nehézségeit, illetve élete lényeges eseményeként rendszeresen előadta a közlekedési útvonalat, melyen az iskolába vagy a műhelybe ment. A BKV-járatok útvonalainak fejben tartása régi kedvenc foglalatossága, ahogy ezt más aspergeri autistáknál is gyakran tapasztalhatjuk. Iskolai — műhelybeli kapcsolatairól, a családi eseményekről semmit sem tudtam meg. Apjához, aki kisgyerek kora óta legbiztosabb támasza, a maga módján nagyon erősen ragaszkodott, de amikor — értesülve veszélyes szívrohamáról — egészsége felől érdeklődtem, egy a külvilágtól eltanult konvencionális, „ó, már jól van”-nal elintézte a témát, majd belekezdett ismét az autóbushoz való taglalásába.

Valóságos kapcsolatok helyett azonban, a felnőtt életre készülődve dédelgetett egy különös fantáziát: megismerkedik egy nála pár évvel idősebb trolivezetőnővel, ez lesz a felesége. Elbeszélése úgy hatott, mintha álmodozását valóságos jelennek vagy közeli biztos jövőnek élné át, akadékoskodó kérdéseimet magabiztos mosollyal és csavaros ötletekkel háritotta el. Emlékezve arra, hogy óvodás korában Csaba egyik fő szenvedélye volt a trolibuszozás, kíváncsi lettem az ábránd részleteire. Másrészt arra gondoltam, keretek közé szorítva kellene elősegíteni, hogy a fantázia különváljék a valóságtól. Ezért felkapva Csaba egy kósza ötletét, erősen szorgalmaztam, hogy az ábrándból elbeszélést írjon. A szerelmi történet elkészült részletei azonban a trolivezető életének hétköznapi viszontagságait tartalmazták, személyes érzésekhez, gyöngédségi vágyhoz, szexuális fantáziákhoz sem az írásban, sem megbeszélésében nem lehetett eljutni.

Az iskola befejezésekor Csaba ugyanúgy eltűnt, mint Viki. Utolsó értesülésem az apa telefonja, az iskolához tartozó nyomda alkalmazta, remény van arra, hogy kiképezzék korrektornak.

Viki és Csaba esetében egyaránt úgy látszik, hogy a pubertásban számukra is felvetődik a társak iránti igény, elsősorban a partnerkapcsolat vágya. Ezzel egy időben főként a külvilág szorítása miatt a pályaválasztás feladatával, a felnőtté válás programjával kell szembesülniük. Mindkét probléma megoldása saját választást, a személyes késztetések mobilizálását igényli, sem a felnőttek diktálta szokásrendben, sem az iskolarendszerben mint szociális közegben, nincs megadva a használható begyakorolható viselkedési séma. Ahogy iskolába kerüléskor szembesülni kellett az alkalmazkodás kényszerével, most a saját vágyak és egyéni érdeklődés másoknak is tetsző, mások által igényelt megvalósítása a feladvány. A pályaválasztás területén külső segítséggel a megoldás sikerrel járt: Viki és Csaba viselkedési furcsaságait eltűrik precíz, megbízható munkájuk fejében. A személyes kapcsolatteremtés azonban csak fantáziában sikerül, az irrealitásban mozog: viselkedési furcsaságaikra alig van rálátásuk, a „milyen vagyok” kínzó kérdését a munkaeredmények feletti elégedettség elcsendesíti.

A serdülőkorban visszatérő autistáim közül Barnabás az egyetlen, akiben az önismereti igény valóban megjelenik, kétségeivel pszichoterápiához fordul. Tizenhárom éves kora körül válik szokásává, hogy anyja rosszálló, figyelmeztető szavait vagy fáradt, esetleg türelmetlen gesztusait igazságtalan haragnak, bántásnak értékeli. Ellenkezéssel, agresszióval reagál, majd a félreértés megbeszélésekor kínzóan szörszálhasogató; két-három mondatos párbeszédeken órákig kényszerül rágódni. Gyakran patthelyzetbe jutva anyja az én segítségemet kéri. A pályaválasztási procedúrák átmenetileg elvonják Barnabás figyelmét sérelmeiről, iskolai ambíciói (vegyipari szakközép) kerülnek előtérbe. A háttérben azonban végig ott lappang a kényszeres tépelődés: a gyógyszervegyé-

szet iránti érdeklődést betegségfélelmek, fertőzésveszély, a gyógy-  
szerek mérgező-gyógyító hatása, a test működésének titkai, erő-  
sen nárcisztikus dinamika táplálja. Ügyetlensége azonban a la-  
bormunkára képtelenné teszi, munkabírása sem elegendő: kudarc-  
cai után a pályaválasztási tanácsadó tanácsára iskoláit dolgozók  
gimnáziumában folytatja, a pályaválasztási döntést elnapolhatja.  
(Külön előadást érdemelne az autistákkal folytatott pályaválaszt-  
ási vizsgálatok tanulsága: *Herskovits* Mária személyes beszélge-  
tésben a mérhető IQ-tól független kritikátlan igényszintet, az  
irreális teljesítménymegítélést és pályaelképzelést találta jellemző-  
nek.) Mindenesetre Barnabás képességeinél alacsonyabb szintű  
munkában sem tud tartósan megmaradni életidegen viselkedése,  
a rossz szociális percepció miatt. Jellemző, ahogy zsebében egy  
pszichiátriai alkalmatlansági bizonyítvánnyal engedelmesen vé-  
gigcsinálta a katonai sorozást, majd amikor már mindenben meg-  
felelőnek találták, zavartan megjegyezte, hogy még egy orvosi  
igazolást be kell mutatnia. Ezután természetesen felmentették.  
Más alkalommal, amikor egy néptelen utcán egy korabeli fiú  
pénzt kért tőle, egészen addig, amíg tárcáját, a nyakában lógó  
láncot erőszakkal el nem vette tőle, ő jóhiszeműen a kölcsön  
körülményeit igyekezett megbeszélni. Amikor aztán a rendőrör-  
sön bejelentette az esetet, őt nézték hóbortos hazudozónak,  
mindaddig nem adva hitelt szavának, míg másnap apja el nem járt  
ügyében.

A gimnáziumban történelemből megbuktatták, így elhatároz-  
ta, hogy egyelőre abbahagyja (harmadikos). Ez időben kezd rend-  
szeresen járni hozzám; szeretné önmagát megérteni, szeretné, ha  
a kapcsolatteremtésben nem érnék mindig kudarcok. Beszélgeté-  
seink napi sérelmeiből indulnak: korábbi tépelődő módján újra és  
újra ismétli a kritikus párbeszédet és gesztusokat, érteni akarja  
a számára érthetetlen vicceket, illetve ingerültségeket, érteni akar-  
ja, hogy miért tételezett fel ott is rosszindulatot, ahol közömbös-  
ség vagy legfeljebb fáradtság volt a másik ember viselkedésében.

Végeláthatatlan újrakérdezése, pánikos vagy dühöngő kötözködése eddig főként a családban, elsősorban az anyával szemben nyilvánult meg. Úgy gondolhatjuk, azért esett kétségbe anyja vélt haragján, mert attól rettegett, hogy az egyetlen biztos kapcsolódási pontot, az anyjával való kontaktust elveszítheti. Időnként hevesen szorongott anyja egészsége miatt, vagy szentimentálisnak ható szólásokban fejezte ki, hogy ő anyja betegségének okozója. Gondolkodása, beszéde bizarr jellegzetessége, hogy a szavaknak csupán egy merev értelme van a számára, mint *Piaget* kisgyermekkorra vonatkozó példáiban. Anyja csodálni való türelemmel és empátiával válaszolgatott és magyarázott, ezt a szerepet kell részben betöltenem a terápia során. A lényeges különbség az, hogy természetsszerűleg érzelmileg kevésbé terhelt a kapcsolatunk. Ugyanakkor a sokéves múlt folytán tekintélyt jelentek, az egészség reményét képviselem a szemében. Tulajdonképpen más pozícióban ugyanazt a tanulási lehetőséget biztosítom, mint anyja: a terápia gerince a szociális interakciók elemzése, a szociális percepció tanulása. Illusztrációként legutolsó beszélgetésünkéből: Munkatársának azt mondta valamire, „Felfedezted a spanyolviasz-  
kot!” „De nagy hülye vagy!” — volt a válasz. „Te ugyan igen, de én okos vagyok” — felelte. Erre meg akarták verni. — Tudja, hogy a verés a szándékos sértés miatt következett volna, azt is tudja, hogy kollégája, aki nála jóval primitívebb, nem ismeri a spanyolviaszk kiszólást, mégis hosszan meg kell beszélnünk, hogy a kolléga csupán zavarában volt sértő, ezután az ő szándékos sértése nem volt helyénvaló. A megbeszélésben percekre összekeveredik, ki mit mondott, visszatér egy pillanatra a rossz igeragozás használata úgy, ahogy mostani beszélgetéseinkben eddig csak egyszer: amikor egy alkalommal egy korábbi virágdekoráció ajándékát említem fel és azt, hogy milyen jólesett saját készítésű ajándéka. Akkor is összekeveredett, ki is volt meghatva: azaz érzelmileg hangsúlyos helyzetben visszacsúszott a régi szintre: nem megkülönböztethető az Én és nem Én. — A példához hason-

ló helyzetek megbeszélésével annyi haladást értünk el, hogy tudja magáról, hogy ilyenkor kötekedni kezd, ez ellen igyekszik küzdeni. Azt is tudja már, hogy az ok alapvető értetlensége; törekszik a helyzet megértésére. „Két pontot kell látni” — mondta egyszer —, a saját és a partner oldaláról kell érteni a történetet. — A terápiával párhuzamosan ő maga talált megfelelőbb munkahelyet, egy arborétumban növénygondozó, munkáját értékeli, jutalmat is kapott — kollégái kezdik becsülni jó tulajdonságaiért. (Pl. a vasárnapi ügyeletet megbízhatósága miatt szívesen bízzák őrá.)

Összefoglalásul azt mondhatjuk, hogy a serdülőkor speciális próbatételt jelent az autisztikus személyiség számára. A korszak fejlődési feladata az eriksoni értelemben vett identitás megszilárdulása. A folyamat lényeges mozzanata a szociális környezettel való harmonizálás lehetőségeinek megtalálása. Az autistákra jellemző rossz szociális percepció, az empátiás készség hiánya ilyen módon a felnőtté válás komoly akadálya, támpont nélkül hagyja a személyt az identitáskrizis harcában. Megfelelő pályairányítás mellett a munka területén a beilleszkedés megvalósulhat, a saját és a társadalmi igény összetalálkozhat. Az intim szférában azonban a feladat meghaladja az autisztikus személyiség szociális képességét. A kommunikációs készség hiányának felismerése — az ezzel kapcsolatos szenvedés — készítette Barnabást a terápia újrakezdésére. Tudja, hogy mi az, amit nem tud — ez fejlődési vívmánya és valamelyest gyógyulási lehetősége sorstársaival szemben. Tudása mostani kiindulópontunk a sziszifuszi munkában.

## IRODALOM

- Asperger, H.*: Zur Differenzialdiagnose des kindlichen Autismus. In: Acta Pedopsychiatrica. 1968
- Gerő Zs.*: Realitás hangsúlyú intervenciók autista gyerekek játékerápiájában. (Lásd e kötetben.)
- Erikson, E. H.*: Identity, Youth and Crisis. 1968

---

Elhangzott: 1988-ban a Magyar Pszichiátriai Társaság Gyermekpszichoterápiás Munkacsoportja és a Magyar Pszichológiai Társaság Klinikai Gyermekpszichológiai Szekciója közös rendezésében tartott „Narcisztikus gyerek problematikája, diagnózisa és terápiás lehetősége” című ülésen. A közlemény a szerkesztőségbe érkezett: 1989. III. 16.



# ÖRÖKBE FOGADOTT GYERMEKEK CSALÁDI BEILLESZKEDÉSÉNEK NEHÉZSÉGEI

Popper Péter

Örökbe fogadott gyermekek családi beilleszkedésének tudományos igényű vizsgálatát *P. Liebermann Lucy* kezdte meg klinikánkon. A munka szükségességét klinikánk pszichológiai osztályának gyakorlati munkája vetette fel: rendelésünkön ugyanis ismételt találkozunk olyan esetekkel, ahol a panaszok oki összefüggésben állnak az örökbefogadás tényével. Természetesen nem volt módunk arra — éppen a diszkrecionális problémák miatt —, hogy reprezentatív felmérést végezzünk arra vonatkozóan, hogy az örökbefogadási esetek között milyen arányban fordulnak elő olyan személyiségfejlődési zavarok, amelyek az örökbefogadás, illetve a nem megfelelő módon történt örökbefogadás következményeiként foghatók fel. Vizsgálatainkban 104 eset anyagára támaszkodunk. Ezen eseteket 1957—1969 között vizsgáltuk családi és iskolai adaptációs zavarok, neurotikus reakciók, pszichoszomatikus tünetképződés miatt. Módszerünk a szokásos klinikai gyermekgyógyászati és pszichológiai rutinvizsgálatok alkalmazása volt: gyermekgyógyászati vizsgálat, kiegészítve a szükséges egyéb szakvizsgálatokkal: ezenkívül pszichológiai anamnézis, ismételt exploratív beszélgetések a gyermekkel és a családtagokkal, projektív és teljesítménytesztek (Rorschach, TAT, Szondi és Binet-Simon), rajzvizsgálatok és környezettanulmány.

1. Már a vizsgálati anyag feldolgozásának kezdetekor szembetalákoztunk azzal a semmiképpen sem lebecsülendő problémával, hogy az örökbefogadás és az örökbefogadottság tényéhez általánosan negatív értékítélet kapcsolódik.

Mai kultúránkban a vérségi kapcsolatoknak bizonyos „misztifikálása” tapasztalható a választott kapcsolatokkal szemben. Mind a szülők, mind a gyermekek részéről a vérségi leszármazást nagyobb emocionális kötöttségű „valódiabb” kapcsolatnak tartják, amelyhez képest a „nem saját” gyermek csökkentebb értékű kapcsolatot reprezentál. Már nyelvünkben is bizonyos negatív hangulati elem kapcsolódik a nevelőszülő, különösen pedig a mostoha fogalmához. Nem örökbe fogadott gyermekeknél is találkozunk olyan szorongásos fantáziákkal — különösen a szülőkkel való aktuális konfliktusok esetén —, hogy ő nem is igazi gyermeke szüleinek, találták vagy elcsérélték.

A pszichológus tapasztalatai szerint a valóságban nem a vérségi kapcsolat, hanem a vérségi kapcsolat tudata az, amely a szoros emocionális kontaktust elsősorban movitálja. Emellett úgy tűnik, hogy a választott kapcsolatok (pl. barátság, szerelem) emocionális intenzitása nem marad el a vérségi kapcsolatoknál tapasztalható szint mögött. Az ún. együttes élmény (*Mérei*, 1948) kapcsolat-teremtő ereje a leglényegesebb az interperszonális relációk alakulásában. Ez a hatás az örökbefogadás esetében is teljes mértékben érvényesül. Ami az érzelmi kapcsolatok jellegét illeti, vérségi kontaktusok esetében is gyakran találkozunk szélsőséges agresszív megnyilvánulásokkal szülő és gyermek között, ellenszenvvel stb. — még ha a társadalmi konvenciók nyomására ezt kevésbé vállalják is, leplezni igyekeznek. Örökbefogadási esetekben e konfliktusok nyíltabban kerülnek a felszínre.

Az örökbefogadással kapcsolatos előítéletek olyan általános kedvezőtlen talajt jelentenek a kapcsolat későbbi alakulására,

amellyel mindenképpen számolnunk kell, ha meg akarjuk érteni azokat a speciális motívumokat és reakció módokat, amelyeket a továbbiakban elemzünk.

2. Az örökbefogadás motívumainak vizsgálatánál leggyakrabban három helyzettel találkozunk:

a) Előrehaladott életkorú szülő által történő örökbefogadás. Idősebb, gyermekszerető szülők gyakran fogadnak örökbe gyermeket akkor, ha saját gyermeküket már felnevelték. Érzelmileg, életvitelük szempontjából igénylik a szülői funkció továbbfolytatását. Tapasztalataink szerint ebben az esetben a legkedvezőbb az örökbefogadott gyermek érzelmi helyzete a családban, s ennek megfelelően legkisebbek a beilleszkedési nehézségek. Bonyolultabb a helyzet akkor, ha az idős szülők gyermeke meghalt, és a veszteség kompenzálása motiválja az örökbefogadást. Ezekben az esetekben ugyanis az örökbe fogadott gyermekre már egy kész „családi szerep” vár, az a tudatosan megfogalmazott vagy tudatalanul jelentkező igény merül fel vele szemben, hogy a meghalt gyermek helyére lépve betöltve annak szerepkörét a családban, mintegy folytassa a megszokott kapcsolatformákat. Az esetek nagy részében azonban az örökbe fogadott gyermek karakterére, személyiségének megfelelő reakció módjai nem illenek rá az elvárások kész formái. Ennek következtében a szülők csalódnak, s a gyermek emocionális biztonsága meginog.

b) Hajadonok által történő örökbefogadás. A hatályos jogszabály — éppen az örökbefogadások előmozdítása érdekében — lehetőséget ad arra, hogy hajadonok által történő örökbefogadás esetén ún. fiktív apa kerüljön anyakönyvezésre, s az örökbefogadó hajadont e fiktív apa özvegyének tüntetik fel, annak nevét viselheti.

Ebben az esetben azonban az érzelmi alaphelyzet már nem egyértelműen kedvező az örökbe fogadott gyermek számára. Az örökbe fogadó hajadonok egy részénél kifejezett kontaktuszavar áll fenn, sokszor egyéb szexuális jellegű zavarokkal párosulva. A

gyermeket tehát magányuk kompenzációs eszközeként használják. A kontaktuszavar sokszor olyan emocionális torzulásokat, súlyos neurózisokat takar, amelyeknek megléte kérdésessé teszi, hogy az örökbefogadó hajadon képes-e a gyermek fejlődésének megfelelő egészséges, stabil érzelmi légkört biztosítani. Tapasztalataink szerint az esetek egy részében az örökbefogadó számára nem a gyermek, hanem a gyermek által biztosított társadalmi látszat a fontos. Továbbá éppen kontaktuszavara és magányossága miatt túlzott várakozással fordul a gyermek felé, érzelmileg túlfűtött kapcsolatot alakít ki, sokszor meggátolja, hogy a gyermek a felnőtté válás során kialakítsa a maga szuverén létformáját. Ez a helyzet különösen serdülőkorban válik súlyos konfliktusok forrásává.

c) Meddőség esetében történő örökbefogadás. Vizsgált esetünk túlnyomó többségében ez a motívum jelentkezett. Ugyanakkor éppen ezekben az esetekben találoztunk a legsúlyosabb konfliktushelyzetekkel, beilleszkedési nehézségekkel. Ennek okát a meddő asszonyok jelentős részénél tapasztalható személyiségzavarban látjuk. Úgy tűnik, hogy a gyermekszülés lehetősége jelentős tényezője a női önértékelésnek és érzelmi biztonságnak. A meddőség kifejezett női önértékelési zavarral, érzelmi elbizonytalanodással jár. A meddőséget alapvető női kudarcként élik át. Jelentősen hozzájárul ehhez, hogy a férjek zöme is — kimondottan vagy titkoltan — csökkent értékűnek tartja a meddő nőt.

Ez a csökkentértékűségi érzés alapján rendítheti meg a házasság stabilitását is. Azt tapasztaltuk, hogy a meddőség által okozott önértékelési válság generalizálódó tendenciát mutat: kedvezőtlenül befolyásolja a szexuális életet, s végső soron aláássa az asszony bizalmát saját ösztönös reakcióiban. Mindez rendkívül erősen érezhető az örökbe fogadó meddő asszonyok pedagógiai bizonytalanságában is. Mindennapi nevelési problémák, apró konfliktushelyzetek megoldásában sem mernek spontán reakcióik szerint cselekedni, igyekeznek tudományosan, „könyvből” nevel-

ni. Az örökös bizonytalanság negatíve befolyásolja a gyermek érzelmi biztonságát is.

3. Az örökbe fogadott gyermekek harmonikus családi beilleszkedésének egyik legfőbb akadálya a szülőknek az az alapvető törekvése, hogy a gyermek előtt eltitkolják az örökbefogadás tényét és viszonyukat vérségi kapcsolatnak tüntessék fel. Az elmondottak alapján ez a törekvés emberileg érthető. Felmerül azonban két kérdés:

a) Lehetséges-e az örökbefogadás tényének tartós eltitkolása?

b) Lehet-e egy alapvető hazugságra stabil emberi kapcsolatot felépíteni?

Tapasztalataink alapján mindkét kérdésre nemmel kell felelni. Az örökbefogadás eltitkolására vonatkozóan a szülők rendkívül gondos intézkedéseket szoktak tenni, amelyekhez családjogi segítséget is kapnak. Eltekintve azoktól az esetektől, ahol a szülők meglepő naivitást tanúsítanak (pl. 2-3 éves életkorú gyermek örökbefogadása esetén is megpróbálják eltitkolni az adoptálás tényét, ami eleve reménytelen), azt tapasztaljuk, hogy az esetek túlnyomó többségében a gyermek, mire a serdülőkort eléri, legtöbbször tudja, hogy örökbefogadott, vagy legalábbis sejti, hogy származása körül valami nincs rendben. Ez utóbbi lehetőség talán még súlyosabb emocionális zavarok oka lehet, mert táptalajt nyújt tárgyatlanság, szorogások, szélsőségesen irreális fantáziák keletkezésére. Még a legkörültekintőbb óvintézkedések — lakóhelyváltás stb. — esetén is maradnak előre nem látható, latens információs lehetőségek, amelyek előbb vagy utóbb leleplezéssé érnek be.

Általában maguk a szülők is sejtik ezt, és az eltitkolást csak időlegesnek tekintik. A probléma ott jelentkezik, hogy mikor mondják meg a gyermeknek azt, hogy örökbefogadott. Ezzel a kérdéssel küszködve húzzák, halasztják a helyzet tisztázását egészen addig, amíg vagy a véletlen leplezi le őket, vagy legtöbbször valamilyen kiélezett konfliktus során elszólják magukat. Pszicho-

lógiai szempontból nincsen kedvező életkori időpont az adoptáció tényének közlésére, de erre a legkevesbé alkalmasak az agresszivitással telített konfliktushelyzetek.

Az általunk vizsgált esetek nagy részében 6—7 éves kor után, de különösen pubertásban a gyermekek tudták vagy sejtették származásukat, miközben a szülők meg voltak győződve arról, hogy a gyermek semmiről sem tud. A gyermekek kitűnő érzékkel alkalmazkodnak a szülőknek ahhoz az igényéhez, hogy az örökbefogadás tényét eltitkolják. Ezzel kapcsolatosan a gyermekek érzelmi reakciói a szülőkkel való viszonytól függően a legkülönbélebbek. Van aki az örökbefogadás eltitkolását „becsapásnak” minősíti, különösen akkor, ha a szülőkkel való kapcsolata kedvezőtlen. Minden konfliktusuknak okát erre a tényre vezeti vissza. Jó kapcsolat esetén találkoztunk olyan reakcióval is, amely megértően fogta fel a szülők titkolózását és abban szeretetük megnyilvánulását látta. Ugyanilyen szélsőségek jellemzik az örökbefogadás tényét leleplező közléseket követő érzelmi reakciókat is. A szülőkkel való jó kapcsolat esetén ezt a bizalom és őszinteség megnyilvánulásaként élik át, míg ellentétekkel telített viszonyban, különösen ha a leleplezés valamilyen agresszív kitörés során történt, úgy értelmezik, hogy a szülő „felmondta” az eddigi kapcsolatot.

A második kérdésre ugyancsak nemleges a válasz. Az alapvető őszintétlenség állandó szorongással, lelepleződési félelemmel telíti a szülő—gyermek kapcsolatot, s ez a permanens stresszhelyzet elbizonytalanítja az érzelmi relációkat.

Különös súllyal jelentkezik az eltitkolt örökbefogadás jelentősége akkor, ha az örökbe fogadott gyermek fejlődése nem felel meg a szülők ideáljainak, várakozásainak. Ilyenkor azonnal felmerülnek a kétségek: vajon milyen rossz sajátosságokat örökölt és hordoz a gyermek? A csalódott szülő könnyen eljut az örökbefogadás megbánásáig, és a gyermekkel való érzelmi kapcsolata ambivalenssé válik.

## MEGBESZÉLÉS

Vizsgálati eredményeink arra mutatnak, hogy a társadalmi előítéletek kedvezőtlenül befolyásolják az örökbe fogadott gyermekek családi beilleszkedését. Nem tartjuk megvalósíthatónak az örökbefogadás tartós eltitkolását, s még azokban a ritka esetekben is, amikor ez sikerül, a lappangó titok kedvezőtlenül befolyásolja a család érzelmi légkörét. Pszichológiai szempontból a nyíltan vállalt és a gyermekkel értelmi és érzelmi teherbírásának megfelelő módon, kezdettől közölt örökbefogadást tartjuk megfelelőnek.

Gyakorlatunkban több olyan eset fordult elő, amikor a szülő az örökbefogadást megelőzően kért tőlünk tanácsot. Módunkban állt végigkísérni olyan gyermekeknek a fejlődését, akik előtt kezdettől nem titkolták el, hogy örökbefogadott. A közlésre kiváló alkalom volt pl. az óvodás korú gyermekek szokott érdeklődése a gyermek születése iránt, amelyet legtöbbször a saját személyükre is vonatkoztatnak. Pl. „Én hogy születtem?” stb. Előre felkészülve kb. ilyen jellegű válaszokat adtunk: nekem nem volt kisgyerekem, nagyon szerettem volna egyet, elmentem egy helyre, ahol sok kisgyermek volt, és rögtön téged választottalak, annyira megtetszettél stb. Ezekben az esetekben az örökbefogadás ténye kezdettől beépült a gyermek tudatába, és a későbbi fejlődés során nem talákoztunk az átlagostól eltérő intenzitású beilleszkedési nehézségekkel.

A kezdettől nyíltan közölt örökbefogadás ugyanis megkíméli a gyermeket attól a traumától, amely minden későbbi leleplezés esetén elkerülhetetlen: hogy újra kelljen értékelnie kialakult, személyiségébe és életvitelébe beépült érzelmi relációit, mert a meglévő kapcsolatformák a lelepleződés következtében összeomlottak.

Vizsgálataink kimutatták, hogy az örökbe fogadó szülők jelentős részénél kifejezett személyiségzavar áll fenn, s ez nevelési biztonságukat, érzelmi kapcsolatuk későbbi alakulását kedvezőt-

lenül befolyásolja. Ennek ellenére sem meghalt gyermek, sem hajadon, sem meddőség esetén nem tartjuk kontraindikálnak az örökbefogadást akkor, ha ezeket a traumákat és személyiségzavarokat az örökbe fogadó szülő pszichoterápiás segítséggel előzetesen feldolgozza.

Ennek megfelelően javasoljuk egyrészt a fokozott felvilágosítást a nyíltan vállalt örökbefogadás érdekében, másrészt az örökbe fogadó szülő előzetes kötelező pszichológiai vizsgálatát a személyes alkalmasság vonatkozásában, megfelelő pszichológiai, pedagógiai tájékoztatását, és ha szükséges, előzetes pszichoterápiáját.

## ÖSSZEFOGLALÁS

104 örökbe fogadott gyermek pszichológiai vizsgálata alapján a szerző elemzi az örökbefogadással kapcsolatos társadalmi értékeit: az örökbefogadás motívumait és az örökbefogadás eltitkolásának lehetőségét, hatásait. Megállapítja, hogy az örökbe fogadó szülőknél gyakran mutatható ki személyiségzavar, s ez eleve kedvezőtlenül befolyásolja a későbbi emocionális kapcsolatok alakulását. Elemzi az örökbefogadás eltitkolásának negatív következményeit, s pszichológiai szempontból a nyíltan vállalt örökbefogadást tartja megfelelőnek.

## IRODALOM

- G. W. Allport*: 1956, Handbook of Socialpsychology. Vol. I. University Press Cambridge.
- Bergler, E.*: 1946. Quart. Rev. Psychiatr. I. 1.
- Elkonyin D. B.*: 1964, Gyermeklélektan. Tankönyvkiadó, Budapest.
- Gegesi Kiss Pál*: Gyermekgyógyászat. 1956, 2.
- Gegesi Kiss Pál*: Magyar Pszich. Szle. 1963, XXI. 1.



- Gegesi Kiss Pál és P. Liebermann Lucy*: 1965, Személyiségzavarok gyermekkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Gegesi Kiss Pál*: Magyar Pszich. Szle. 1966, XXIII. 3.
- Leontyev, A. G.*: 1964, A pszichikum fejlődésének problémái. Kossuth, Budapest.
- Mérei Ferenc*: 1948, Gyermektanulmány. Egyetemi Nyomda, Budapest.
- Wallon, H.*: 1958. A gyermek lelki fejlődése. Studium, Budapest.



## IV. KÓRKÉPEK ÉS ESETEK A PSYCHÉS TÉNYEZŐI

Popper Péter—Geiger Agota—Csepányi Loránd—  
Ellen György

A táplálkozási funkciók két szélsőséges zavara a pszichogén obesity és az anorexia nervosa. Jelen előadásban kizárólag a társadalmi-pszichés etiológiájú funkcionális írásiállomás-zavarokról beszélünk. Az anorexia nervosa problémája a társadalmi szíven végződő foglalkoztatja a pszichiátriát és a klinikai pszichológiát. A körképet először C. Lasague ismertette „Anorexia mentalis” néven, hangsúlyozva ezzel a betegség pszichogén jellegét. Az anorexia nervosa patomechanizmusának feltárása során jelentős előrelépéseket hoztak a legújabb pszichiatrisi és pszichológiai kutatások, elsősorban H. Bruch és G. F. M. Russell előrelépő jelentőségű munkái. Klinikánk pszichológiai részlegén is végeztek óta foglalkozunk a táplálkozási funkció zavarainál (Geiger Kori és Liebermann, Popper). Ezeket a zavarokat tapasztalataink alapján — a neuropszichés modellem állásfoglalásával megegyezően — szimptomatikus jellegűnek tartjuk, azaz a gyermekekben személyiségfejlődés legelőbbi, emocionális jellegű zavara ill. műgátrák. *Duffy* 1961 anorexia nervosában szenvedő betegét a következő három kategóriába sorolta:

1. Olyan betegek, akik az általuk felöltözött alhíjús veszélyes állapot állandó újratisztapán állapothoz érnek és ezért féltik az életüket.



## AZ OBESITAS ÉS ANOREXIA PSYCHÉS TÉNYEZŐI

Popper Péter—Geiger Ágota—Csépanyi Loránd—  
Elkán György

A táplálkozási funkciók két szélsőséges zavara a pszichogén obesitas és az anorexia nervosa. Jelen előadásban kizárólag a tisztán pszichés etiológiájú funkcionális táplálkozási zavarokról beszélünk. Az anorexia nervosa problémája a múlt század végétől foglalkoztatja a pszichiátriát és a klinikai pszichológiát. A kórképet először *C. Lasague* ismertette „Anorexia mentalis” néven, hangsúlyozva ezzel a betegség pszichogén jellegét. Az anorexia nervosa patomechanizmusának feltárása terén jelentős előrelépéseket hoztak a legújabb pszichiátriai és pszichológiai kutatások, elsősorban *H. Bruch* és *G. F. M. Rassel* alapvető jelentőségű munkái. Klinikánk pszichológiai részlegén is évtizedek óta foglalkozunk a táplálkozási funkció zavaraiival (*Gegesi Kiss* és *Liebermann, Popper*). Ezeket a zavarokat tapasztalataink alapján — a nemzetközi irodalom állásfoglalásával megegyezően — szimptomatikus jellegűnek tartjuk, azaz a gyermekkori személyiségfejlődés legtöbbször emocionális jellegű zavara áll mögöttük. *Dally* 146 anorexia nervosában szenvedő betegét a következő három kategóriába sorolja:

1. Olyan betegek, akik az általuk feltételezett elhízás veszélye miatt állandó irreális pánikállapotban élnek és ezért félnek az evéstől.

2. Kifejezetten neurotikus betegek, akik minden szexuális megnyilvánulásukkal kapcsolatban gátlásosak és érdektelennek mutatkoznak saját egészségi állapotukat illetően.

### 3. Kevert csoport.

Fejlődéslelektanilag az újszülött- és csecsemőkor jellemezhető azzal, hogy az aspecifikus reagálási módon belül elsősorban vegetatív, még pontosabban gastrointestinalis funkcionális változásokkal reagálnak az őket ért kedvező és kedvezőtlen hatásokra, köztük a pszichikus jellegű történésekre is. Ebben az életkorban az ösztönkielégülésnek, illetve az átélt frusztrációknak, azaz az öröms és kínélménynek a többsége táplálkozási funkcióhoz kötött. Ezért is nevezzük ezt a fejlődéslelektani szakaszt orális fázisnak.

A további fejlődés menet során a táplálkozási funkció, az orális kielégülés centrális helyzete megváltozik. A gyermek motoros, intellektuális és emocionális fejlődésével, aktivitásformáinak és szociális kapcsolatainak gazdagodásával egyenes arányban a táplálkozás és az orális kielégülés az örömforrások, illetve a reagálási lehetőségek egyikévé válik.

Ennek alapján érthető a pszichológiai irodalomnak az az állásfoglalása a pszichogén táplálkozási zavarokkal kapcsolatban, amely az alábbiakban foglalható össze:

Ha a későbbi életszakaszokban is megmarad a táplálkozási funkció és az oralitás domináns jellege, akár mint szinte kizárólagos örömforrás, akár mint a környezeti hatásokra adott vegetatív reagálási lehetőség — akkor ez a személyiségfejlődés bizonyos mérvű fixációjaként értékelhető. Más szóval, a táplálkozási funkciónak ilyen középponti szerepe a későbbi életkorok szempontjából inadekvát, korábbi fejlődési szintnek felel meg. Ez az állapot nemcsak fixáció, hanem hosszan tartó stresszállapotok által kiváltott regresszió esetében is bekövetkezhet, mint azt pl. gyakran látjuk serdülőkorú lányok anorexia nervosája esetében.

Ebből a szempontból tehát kimutatható az obesitas és az anorexia közös bázisa, amelyen az obesitas mint a táplálkozási funk-

ció túlműködése, az anorexia pedig mint csökkent működése jelenik meg.

Az elmondottak egyben irányt szabnak a pszichoterápiás megoldásoknak is, amennyiben a terápiás cél a tünetként jelentkező polyphagia vagy súlyos étvágytalanság mögött álló emocionális konfliktusok rendezése, azaz a fixáció vagy az esetleges regresszió oldása.

A fentiekből érthető az ún. tüneti terápiáknak, racionális ráhatásoknak, rábeszéléseknek, belátásra bírásoknak, kényszertáplálásoknak alacsony terápiás effektusa ezekben az esetekben.

Engedjék meg, hogy ezeknek előrebocsátása után a probléma egy részterületén végzett kutatásainkról számoljak be. Úgy tűnik, hogy az elmondottakon túlmenően mind az obesitas, mind az anorexia etiológiájában még egy rendkívül fontos pszichés komponenssel kell számolnunk, amelynek vizsgálata és kezelése meglehetősen elhanyagolt. Tapasztalataink alapján fel kellett tételeznünk, hogy mind az obesitas, mind az anorexia esetében a percepció, illetve az apercepció folyamatok speciális zavarával is szemben állunk. Már *H. Bruch* utal arra, hogy az anorexia nervosában szenvedő betegeknél a testséma-érzékelés kifejezett zavara diagnosztizálható. Ezenkívül ignorálják a viszceroszenzoros ingereket, amelyek a táplálékfelvétel szükségességére figyelmeztetnek. Általában minden orvosi, pszichológiai segítséggel szemben negatíviztikusak.

A túlevő, elhízott gyermeknél feltűnő, hogy nem érzékeli a jóllakottságot, nagy mennyiségű táplálék elfogyasztása után sem érzi a gyomor teltségét, vagy csak rendkívül rövid időre. Úgy tűnik, hogy e vonatkozásban az ingerküszöb rendkívül magas, bár elképzelhető, hogy súlyosabb percepció zavarral is számolnunk kell. Az explorációk során ez mint érzékelési bizonytalanság csapódik le, a gyermek sohasem biztos abban, hogy mikor evett eleget, állandó vagy nagyon gyorsan visszatérő éhségérzetet jelez.

Az anorexia nervosa eseteiben ez a percepció zavar még súlyo-

sabb és összetettebb. Eseteinkben az alábbi területeken találkozunk kifejezetten percepciós zavarokkal:

a) A gyermek nem érzékel éhséget. De nem érzékeli a gyomorcontracturákat sem, amelyek normális esetekben kifejezett fájdalommal is járhatnak. (Megjegyezzük, hogy végeztek kísérleteket ballonszonda segítségével, amelyek kimutatták a beteg által nem érzékelt gyomor-contracturák meglétét, tehát bizonyították, hogy valóban percepciós zavarról van szó.)

b) Az anorexiás betegek nem percipiálják megfelelően saját testvázukat. Gyakori tapasztalat, hogy a súlyosan leromlott állapotban lévő beteg tükörben sem érzékeli saját anorexiás állapotát, nem látja magát ijesztően soványnak, sőt elhízástól fél.

c) Végül eseteink egy részében kifejezett zavarokat észleltünk az ízérezézés terén. Az explorációk során a betegek arról számoltak be, hogy „mindennek gipsz íze van”, azaz íztelen. Azt tapasztaltuk, hogy csak rendkívül erős ízhatásokat tudnak differenciálni (erősen savanyút vagy keserűt, esetleg csípőset). Tehát az ízpercepció esetében is számolnunk kell legalább az ingerküszöb kóros megemelkedésével.

Felmerül az a kérdés, hogy etiológiailag honnan származtathatjuk a percepciónak ezeket a zavarait. Vizsgálataink alapján, amelyek középpontjában a családkutatás, illetve a korai gyermekkor pontos rekonstrukciója áll, az alábbi következtetésekre jutottunk.

Kiindulásunk az az általános pszichológiai, illetve fejlődépszichológiai tapasztalat, hogy a percepciós folyamatok kialakulásában a tanulás folyamatának rendkívül jelentős szerepe van. Ez azt jelenti, hogy ép morfológiai és fiziológiai viszonyok mellett is percepciós zavarok keletkezhetnek, ha a pszichés faktor, azaz a percepció tanulása valamilyen ok folytán megzavart. Vizsgálatainkat tehát a percepciótanulás korai fázisára összpontosítottuk. Az érzékeléstanulás folyamatának két lehetséges zavarára bukkantunk:



1. A táplálkozási funkcióhoz kapcsolódó percepciós folyamatok (jóllakottság, éhségérzet stb.) kezdetben kizárólag vegetatív jelzések nyomán alakulnak ki. Érzelmileg kedvező fejlődésment esetén ezek meg is maradnak a vegetatív reguláció szabályozása alatt. Nevelésileg, érzelmileg kedvezőtlen helyzetekben azonban mind a táplálkozási, mind az ürítési funkciókkal kapcsolatosan a gyermek környezete erős emocionális reakciókat produkálhat (pl. egyél még a nagymama kedvéért, anyuka szomorú, hogy nem ittrad meg a kakaót, apuka örül, hogy a bilit használtad stb.). Ezekben az esetekben a gyermek nagyon korán felfigyelhet arra, hogy vegetatív funkcióin keresztül hatni tud a környezetére, sőt bizonyos fokú hatalmat is kap a kezébe, evésével, ürítésével örömet és bánatot okozhat, jutalmazni és büntetni tud. Érzelmi problémák, pl. kielégítetlenség vagy túl szoros kontaktus esetén a gyermek élni kezd ezekkel a hatalmi lehetőségeivel, sőt az emocionális motiváció idővel dominánssá válhat a vegetatív készletekkel szemben. (Pl. székelési ingere van, de visszatartja és azt feleli, hogy nem kell kimennie. Éhes, de nem eszik, hogy a környezetét büntesse, azt mondja, hogy nem éhes. Nem éhes, de eszik a környezet kedvéért, hogy örömet okozzon stb.). Mint látjuk, kifejezett paradox reakciók is kialakulhatnak emocionális komponensek hatására, azaz az emocionális reguláció átveheti a vezérlést a vegetatív készletekről. A sokszoros ismétlődés során kondicionáló faktorok is fellépnek, a gyermek megszokja, hogy nem a primer vegetatív ingereire figyel és azokat érzékeli, hanem ezek helyett a környezetre gyakorolt hatásra. Ilyen módon megte-remtődik a bázisa a percepciós zavar kialakulásának.

2. A percepciós zavar keletkezésének másik gyökere a környezet reagálásával kapcsolatos. Csecsemő- és kora gyermekkorban ugyanis a gyermeknek csak szükségletei vannak, de gyakorlatilag semmilyen módja nincs azok szuverén kielégítésére. Ez teljes egészében a környezet megértésétől függ. A gyermek különböző számára addig ismeretlen ingereket, feszültségeket, készleteket

érez (pl. fázik, éhes, csípi a pelenka stb.). Ezek differenciálását kellene elsajátítania a percepciótanulás során. E folyamatban döntő, hogy milyen a környezet részéről érkező visszajelentés (feed back). Ha a visszajelentés adekvát, tehát pl. éhes és megetetik, akkor a percepciótanulás, a különböző ingerek differenciálásának megtanulása zavartalan lesz. Ha azonban a környezet a gyermek aspecifikus jelzéseit (pl. sírás, nyugtalanság stb.) félreérti és rendszeresen inadekvát módon reagál (pl. éhes és tisztába tesz, vagy fáj valamije és megetetik stb.), akkor az inadekvát visszajelentések következtében a percepciótanulás folyamata megzavart lesz, percepcióbizonytalanság vagy hamis percepció keletkezhet.

Nagyon jellemző a fent elmondottakon kívül az a megfigyelés, amelyet különösen anorexiásoknál tapasztalunk, hogy saját testi állapotaik értékelésében rendkívül bizonytalanok, és gyakran a környezethez fordulnak segítségért (pl. megkérdezzük, nincs-e melege, mire azt feleli: kérdezzük meg anyukát!).

Mindebből úgy tűnik, hogy az emocionális bázisú fixációkon túlmenően, az obesitas és az anorexia esetében számolni kell a percepciózavaraival is, amelyek már a korai extrauterin élet szakaszában szerveződnek. A percepciózavar mindenesetre megkönnyíti az anorexia és az obesitas kialakulását. A kialakult táplálkozási rendellenességek feltehetően ezt a percepcióbizonytalanságot tovább növelik.

Elsősorban erre a szempontra kívántuk felhívni a figyelmet egyrészt azért, mert klinikai kutatásaink ezen a téren meggondolkoztató eredményekhez vezettek, másrészt azért, mert az obesitas és anorexia etiológiájában és terápiájában ez az aspektus meglehetősen mellőzött.

## IRODALOM

- Lasegue, C., 1873, Archives Générales de Medicine, I. 385.
- Bruch, H., 1971, Psychosom. Med. 33, 135.
- Rassel, G. F. M., 1969, Scientific Basis of Medicine. Annual Revues S 236.
- Gegesi Kiss P.—P. Liebermann L., 1965, Személyiségzavarok gyermekkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Gegesi Kiss P., 1971, Gyermekklinikai pszichopathológia. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Popper P., 1968, A kövér gyermekek pszichológiája. Magyar Peditaer 2, 123.
- Dally, S., 1969, Anorexia nervosa. London Univ.
- Bruch, H., 1965, J. Nerv. Ment. Dis. 141, 555.

## KÜLSŐ KONTROLL, ÉRZELMEK FELISMERÉSE ÉS KIFEJEZÉSE KÖVÉR GYERMEKEKNÉL

Geiger Ágota—Berghammer Rita

Közleményünkben a fejlődési kövérség problémáját három szempontból közelítjük meg.

Első kérdésfeltevésünk az, hogy hogyan alakul ki a *Bruch* (1961), *Schachter* (1971), *Stunkard és Mazer* (1978), *Cohen és Alpert* (1978) által leírt, a táplálkozás terén tapasztalt külső kontroll, vagyis az, hogy a kövér ember éhségérzete elsősorban nem belső biológiai, hanem külső környezeti hatások által determinált. Vannak-e olyan tényezők a kövér gyermekek fejlődésének körülményeiben, amelyek szignifikánsan különböznek a fiziológias súlyúakétól. Arra kerestünk választ, hogy ezek a gyermekek milyen mértékben voltak kitéve külső kontrollnak újszülöttkoruktól kezdve a táplálkozás, egyéb orális kielégülések, mozgás és önállóság terén.

Vizsgálati mintánkban 100, endokrinológiai kivizsgálás után fejlődési kövérségűnek diagnosztizált 9 és 13 év közötti gyermek került, akiknek szüleitől — anyjától és apjától külön-külön — vettük fel az anamnesztikus adatokat, majd ezeket összehasonlítottuk kor, nem és tanulmányi átlag szempontjából megegyező kontrollcsoport adataival. Szembetűnő és statisztikailag is szignifikáns különbségek mutatkoztak a két csoport között.

A szoptatásra vonatkozó adatok (1. táblázat) azt mutatják, hogy a kövér gyermekek közül többet szoptattak és hosszabb ideig. Ez a különbség erősen szignifikáns.

1. táblázat. A szoptatási idő összehasonlítása

Szoptatási idő (hó)	Obes	Kontroll
	gyermek száma	
1 hó alatt	91	89
1 – 2	80	67
2 – 3	69	58
3 – 6	54	31
6 – 9	26	13
9 – 12	20	5
12 – 18	14	2
18 – 24	5	0
Nem szoptott	9	11

2. táblázat. A szülők véleménye a gyermek csecsemőkorai táplálkozásáról

	Obes	Kontroll
	gyermek száma	
Nagyon jó evő	45	21
Jó evő	41	39
Rossz evő	14	40

A 2. táblázaton feltűnő, hogy a „nagyon jól” és „jól” evő kategóriákba összesen 86 elhízott gyerek tartozik, rossz evő mindössze 14 volt csecsemőkorában.

Az éjszakai szoptatás, illetve etetés gyakorisága (3. táblázat) szintén nagyobb a kövér gyermekek körében. Megjegyzendő, hogy az éjszakai táplálás a nagy súlyú csecsemőknél általában igen ritka.

3. táblázat. Éjszakai szoptatás, illetve etetés

Időtartam	Obes	Kontroll
	gyermek száma	
1 hó alatt	31	7
2 hó alatt	20	4
3 hó alatt	13	1

Az általunk vizsgált kövér csoportból 3000 g alatti súllyal mindössze 30 gyerek, 3500 g feletti súllyal pedig 44 gyermek született. Ezeket a gyermekeket tehát nem azért etették éjjel, mintha kis súlyúak lettek volna, hanem azért, hogy ne sírjanak. Az éjszaka etetett gyermekek közül tizenkettő anyjával egy ágyban aludt, hogy a legkisebb sírásjelzésre meg lehessen szoptatni.

Az éjszakai teáztatás terén különösen feltűnő, hogy 6 hónapon túl 31 és 1 éves koron túl is még 16 kövér gyermeket teáztattak éjjel (4. táblázat).

Mindezek az adatok plasztikusan mutatják a fejlődési kövérségben szenvedő gyermekek családjának táplálkozás-centrikusságát és bizonyítják, hogy az anyák nem a gyermek szükségleteihez alkalmazzák az etetés mértékét, hanem saját indítékaikhoz (le-

4. táblázat. Éjszakai teáztatás

Időtartam	Obes	Kontroll
	gyermek száma	
1 hó alatt	46	0
1 – 6 hó	39	19
6 – 12 hó	31	6
1 éven túl	16	1

gyen az irtózás a gyermek sírásától, félelem rosszul tápláltságától, vagy az a társadalmi nézet, hogy a jó anyaság bizonyítéka a láthatóan jól táplált gyermek). Bruch (1973) elhízott gyermekek csecsemőkori táplálását vizsgálva arra a következtetésre jut, hogy az anyák a gyermek különböző szükségállapot-jelzéseit nem differenciálják kellő finomsággal, azokat egységesen éhségjelzésként értelmezik, aszerint reagálnak. A gyermek számára ezért a táplálkozás nem az éhség fiziológiai ingereihez kapcsolódik hozzá, és nem kizárólag ezek redukciójaként jelenik meg, hanem mindenemű feszültség hamis oldási lehetőségévé válik. Az anya mintegy „a gyermek helyett érzel”, vagyis a gyermeket „külvilági hatások irányítják belső szükségletei helyett” (Barta, Geiger, Molnár, 1975. 59. o.)

A csecsemőkori tápláláshoz kapcsolódó traumák terén vizsgáltuk az újszülöttkori éhezés és a hirtelen elválasztások számát. Itt is feltűnően nagy a különbség a két csoport között (5. táblázat).

Az újszülöttkori éhezés esetleg indokolhatja a szülők szorongását és a következményes későbbi túltáplálást, a hirtelen elválasztás pedig ismét a gyermek szükségleteihez nem alkalmazkodó hozzáállásra mutat rá.

Igen érdekesek a cuclizásra vonatkozó adatok (6. táblázat). Feltűnő, hogy sokkal több kövér gyermek cuclizott, sőt még most, 9—13 éves korban is cucliznak 13-an elalvás előtt. Az adiposus gyermekek nagy része, a kontrollcsoporttal szemben, cuc-

5. táblázat. Csecsemőkori tápláláshoz kapcsolódó traumák

	Obes	Kontroll
	gyermekek száma	
Traumatikus elválasztás	31	12
Éhezés újszülött korban	17	6

lit vagy rongyot szopott, sokkal kevesebb szopta az ujját. Ebben valószínűleg nagy szerepe van annak, hogy az anya akarja kontrollálni a gyermek cuclizását, ő dönti el, hogy odaadja-e neki vagy sem, így ez az örömforrás is a külső környezettől függ.

A mozgásfejlődés adatai 1 és 3 éves kor között a kontrollcsoport lényegesen nagyobb mozgékonyaságára mutatnak. Ennek oka részben az, hogy a nagy súlyú gyermekek kevésbé mozgékonyak, de jelentős szerepe van a külső kontrollnak is, amennyiben a nem mozgékony kategóriába került gyermekek 83%-át féltették a mozgástól, az esetleges sérülésektől (7. táblázat).

6. táblázat. Adatok egyéb orális kielégülésről: cuclizás

Időtartam	Obes: cuclizás		Kontroll: cuclizás	
	cuclival vagy ronggyal	ujjal	cuclival vagy ronggyal	ujjal
1 hónapig	75	14	19	59
2 hónapig	56	12	16	43
6 hónapig	51	9	15	29
1 évig	37	5	10	21
2 évig	35	4	2	13
3 évig	24	3	0	5
3 év felett	21	0	0	3
Most is, elalvás előtt	0	13	0	0

7. táblázat. Mozgásfejlődés 1 – 3 éves korban

	Obes	Kontroll
	gyermekek száma	
Mozgékony	52	89
Nem mozgékony	48	11
Féltették eleséstől stb.	42	4



Az önállóság terén (8. táblázat) még feltűnőbb a különbség. A kövér gyermekek kövérségére jellemző, hogy közülük 19-et időnként még most is fürdetnek és öltöztetnek, a csoportnak mintegy harmada pedig nem közlekedik önállóan.

8. táblázat. Függőségre vonatkozó adatok

	Obes	Kontroll
	gyermekek száma	
Időnként öltöztetik, fürdetik	19	0
Nem közlekedik egyedül	31	3

9. táblázat. Választípusok előfordulása a Rudolph-tesztben

Választípus	9–11 év között			11–13 év között		
	Obesek átlaga (db)	Normálok átlaga (db)	A különbség szignifikancia- szintje (kétmintás t-próbával)	Obesek átlaga (db)	Normálok átlaga (db)	A különbség szignifikancia- szintje (kétmintás t-próbával)
Helyes érzelem- megnevezés	4,8	3,96	$p < 0,05$	5,9	4,6	$p < 0,05$
Egyértelműen té- ves válasz	6,25	7,4	$p < 0,05$	5,9	6,9	$p < 0,10$

Második kérdésfeltevésünk az volt, hogy az anamnesztikus adatok alapján több területen külső ellenőrzés alatt álló elhízott gyermekek fogékonyabbak-e külső érzelmi információk iránt is, vagyis a külső kontroll kiterjed-e a pszichés funkciókra. Ennek vizsgálatára 51 kövér és 51 kontroll gyermekkel Rudolph-tesztet tettünk fel és azt vizsgáltuk, hogy milyen mértékben ismerik fel az érzelmek mimikai kifejezéseit. A gyermekeket két korcsoportra osztottuk: 9 és 11, illetve 11 és 13 év közöttiekre.

A 9. táblázat ábrázolja a kövér és fiziológiás súlyú csoport teljesítményét a mimikai információk értelmezésében.

A táblázatban látható, hogy a kövér gyermekek mindkét korcsoportban több helyes választ adtak és kevesebbet tévedtek, mint a kontrollcsoport tagjai. Az átlagok közötti differenciák csekélynek tűnhetnek, de a kétmintás t-próba a különbségek szignifikanciáját igazolta. Az adiposus gyermekek tehát jobban ismerik fel és nevezik meg az arckifejezéseket, vagyis külső érzelmi információkra fogékonyabbak, azokat finomabban differenciálják, mint az egészségesek. Feltételezésünk szerint ez abból származik, hogy nagyobb mértékben függenek környezetüktől, ezért nagyobb szükségük van arra, hogy annak jelzéseit minél jobban felismerjék.

*Lénárd és Forrainé* (1961) Rudolph-tesztre megállapított életkori normáit a kontrollcsoport teljesítménye enyhén, a kövéreké jelentősebb mértékben meghaladja.

A 10. táblázat az egyes Rudolph-képekre lebontva mutatja az eredményeket, tehát azt, hogy a gyermekek hány százaléka nevezi meg helyesen az egyes érzelemkifejezéseket.

A legtöbb érzelem esetében itt is feltűnő a kövér gyermekek jobb teljesítménye. A kisebb korosztályokban jelentősen jobban azonosítják a fájdalom (1), a csodálkozás (4), a gúny, a káröröm (14) és a nagy öröm (16) arckifejezéseit, mint a kontrollcsoport. Utóbbiak mutattak viszont enyhén jobb teljesítményt a rosszkedv (2), a rémület (6) és a harag, gyűlölet (7, 8) felismerésében. A 11—13 évesek között a kövérek megint csak nagyobb biztonsággal ismerik fel a fájdalom (1), a csodálkozás (4) és a nagy öröm (16) mimikai kifejezéseit, de ezekhez társul még a félelem (5) és a gyűlölet (7) kimagaslóan jobb megnevezése. A normál csoport viszont erősen visszaesik a dac, gyűlölet (7) azonosításában. A kövérek tehát később tanulják meg felismerni a szorongás és az agresszió kifejeződéseit, mint a fiziológiás súlyúak.

Harmadik kérdésfeltevésünk, hogy a környezet érzelmi információit oly pontosan felismerő kövér gyermekek hogyan tudják kifejezni saját érzelmeiket. A velük folytatott explorációk során

10. táblázat. Az egyes érzelmek felismerése a Rudolph-tesztben százalékban

Érzelem	Kövér		Kontroll	
	Kicsik	Nagyok	Kicsik	Nagyok
	n-24	n-27	n-24	n-27
1. Fájdalom	50,0	51,9	12,5	11,1
2. Rosszkedv, fájdalom	33,3	51,9	45,8	48,1
3. Nagyfokú elkeseredés	45,8	48,1	50,0	51,9
4. Csodálkozás	83,3	88,9	54,2	70,1
5. Félelem	25,0	59,3	25,0	40,1
6. Rémség, iszonyat	8,3	14,8	12,5	37,0
7. Dac, gyűlölet	37,5	70,4	50,0	18,5
8. Düh, bosszú	58,3	77,8	70,8	70,1
9. Kétkedés	0,0	0,0	0,0	0,0
10. Aggodalom	25,0	18,5	16,7	14,8
11. Undor	4,2	3,7	0,0	11,1
12. Káröröm	12,5	25,9	16,7	14,8
13. Gyanakvás	0,0	0,0	0,0	0,0
14. Gúny, káröröm	16,7	14,8	4,2	22,2
15. Csábító sóvárgás	0,0	0,0	0,0	0,0
16. Nagy öröm	62,5	59,3	33,3	44,4

állandóan tapasztaltuk kifejezési nehézségeiket, az érzelmi átélés hiányát, a leíró stílust, vagyis mindazt, amit különböző kutatók (pl. *Neimah és Sifneos 1970; Rad et al 1979*) a pszichoszomatikus betegek jellemzőjeként írnak le. A jelenség vizsgálatára háromperces élménybeszámolókat vettünk magnetofonra és elemeztük különböző tartalmi és formai szempontok szerint.

A 11. táblázat az élménybeszámolókból mondott szavak átlagos számát, a 12. táblázat pedig a beszédidők átlagát mutatja.

E két táblázatból látszik, hogy a kontrollcsoport tagjaiból bőségesebben áradnak az élmények: jelentős mértékben többet és hosszabb ideig beszélnek.

11. táblázat. Az élménybeszámolók szavainak átlagos száma

9–11 év között			11–13 év között		
Obesek	Normálok	A különbség szignifikancia-szintje	Obesek	Normálok	A különbség szignifikancia-szintje
141	209	$p < 0,05$	168	270	$p < 0,01$

12. táblázat. A beszédidők átlaga (secundum)

9–11 év között			11–13 év között		
Obesek	Normálok	A különbség szignifikancia-szintje	Obesek	Normálok	A különbség szignifikancia-szintje
87	133	$p < 0,10$	98	151	$p < 0,01$

Az élménytartalom jellegére jellemző, hogy míg a normál gyermekek körében a prepubertás kornak megfelelő, kortársakhoz fűződő erős érzelmi kötelékek, közös kalandok keresése, veszélyhelyzetek vállalása, társakkal együtt elkövetett csínytevések a beszámolók egyharmadában fordulnak elő, addig a kövér csoportban egyetlen ilyen jellegű igény sem található.

Iskolai teljesítményről a kövérek beszélnek többször, más jellegű teljesítményről viszont a kontrollcsoport. Betegségről, sérülésről szóló élmények többször jelennek meg az elhízottaknál, sőt néha az egész élménybeszámolót kitöltik.

Indulati töltés szerint csoportosítva a beszámolókat; pozitív élményt, azaz örömmel, elégedettséggel, sikerrel járó eseményt, illetve veszélyből való megmenekülést mond el a kövérek 54, a kontrollcsoport 73%-a. Szavakban kifejezetten félelem érzése,

manifeszt agresszió, frusztráció, szégyenérzés, kisebbségi érzés többször tűnik fel a normál csoportban. Tehát a kontrollcsoport beszámolóiból a tartalmi elemzés alapján nagyobb mértékű érzelmi involváltság derül ki.

Társakkal való ellenséges viszonyt a kövérek jelenítenek meg gyakrabban, s ezekben az élményekben mindig övék a szenvedő szerep. Ide kívánczik egy formai sajátosság is, amely szerint a többes szám első személyű érzelmkifejezések jóval gyakrabban fordulnak elő a kontroll-csoportban: kicsiknél 29%-ban a kövérek 5%-ával szemben, a nagyok között 41%-ban a kövérek 12,5%-a ellenében. Ez is rámutat az egészséges gyermekek kortársakkal való erősebb érzelmi közösségére.

Erősen kiemelkedik tehát, hogy az adiposus gyermekek rosszabban illeszkednek a kortárs közösségekbe, amiben mind dependenciájuk, infantilizmusuk, mind a kövérség következtében kialakuló másodlagos elszigetelődés szerepet játszik.

Az élménybeszámolókból szereplő tevékenységek adatai (13. táblázat) azt mutatják, hogy az egészséges csoportból sokkal

13. táblázat. Az élménybeszámolókból előforduló tevékenységek

A tevékenység	Kövérek	Normálok
	(százalékban)	
Csoportos mozgás		
a) Spontán (kaland, játszótér, futballozás, fürdőzés, csónakázás)	22	67
b) Szervezett (kirándulás, sport, bál)	12	24
Csoportos, nem mozgásos (éjjeli őrség, tábortűz, közös éneklés, horgászás, mozi)	16	12
Egyéni, mozgásos (biciklizés, barkácsolás)	8	12
Egyéni, nem mozgásos (kézimunka, vásárlás)	6	2
Evés	16	12
Megismerés, intellektuális tevékenység	14	24

többen számolnak be mozgásos élményről, azok között is kiugróan gyakrabban kortársakkal együtt átélt mozgásélményről.

A beszámoló élményszerűségét több pszicholingvisztikai mutató alapján vizsgáltuk:

A normál súlyú gyermekek szignifikánsan több mozgást jelentő igét használnak: a kimondott szavaknak átlagosan 4,3%-a, míg a kövéreknél csupán 3% (a különbség  $p < 0,05$ -os szinten szignifikáns).

Az „én” szó gyakorisága nem mutat lényeges eltérést. Az emocionális zavar Mahl-féle mutatói sem adnak szignifikáns különbséget. Az olyan fordulatok száma viszont, ahol a mesélő maga tárgyként szerepel, tehát passzívan éli át az eseményeket, a nagyobb korcsoportban szignifikánsan eltér: a kövérek 54, a normálok 15%-ánál adódnak ilyenek.

Az érzelmi töltést közvetlenebbül kifejező nyelvi jegyek előfordulása terén figyelemreméltóak a különbségek.

Ezeket a nyelvi jegyeket két csoportra osztottuk:

1. szócsoport: jelzők és határozók (minőség- és mennyiségjelzők, mértékhatározók, mód- és időhatározók).

2. szócsoport: kérdések, felkiáltások, humor, indulatszavak, argókifejezések, érzelemközei fordulatok és hangulatfestő szavak.

A 14. táblázat az élménybeszámolóknál előfordult összes szó százalékában mutatja a fenti két szócsoport gyakoriságát. Kitűnik, hogy a kontrollgyermekek mindkét szócsoportot szignifikánsan gyakrabban alkalmazzák élményeik elmondásakor.

A kétféle szócsoport előfordulásának összesített átlaga tekintetében a kisebb korcsoportban  $p < 0,01$ -os, a nagyobbaknál  $p < 0,05$ -os szinten szignifikáns a különbség a kontrollcsoport javára.

A továbbiakban részletesebben ismertetjük a kövér gyermekek élményfeldolgozásának és közlési módjának jellemzőit.

Pozitív emocionális töltésű társas élmények és társakkal átélt

14. táblázat. Az érzelemkifejező szavak gyakorisága százaléokban

A szócsoport sorszáma	Kövérék		Normálok	
	9-11 évesek	11-13 évesek	9-11 évesek	11-13 évesek
1.	1,5	2,2	3,4	2,7
2.	0,7	0,6	0,9	1,3
Összesen	2,2	2,8	4,3	4,0

félelmi helyzetek között a kísérleti és kontrollcsoportban közel egyenlő arányban találtunk átéléssel előadott mozzanatokot. Az eltérés inkább abban áll, hogy a kövérek közül jelentősen kevesebben választanak ilyen élményt: 26%, a normálok 72%-ával szemben. Ezenkívül a kövérek ilyen jellegű beszámolóiban többségében nem tisztán a kortársakkal való együttes élmény dominál. A történésnek majdnem minden esetben valamilyen módon köze van az anyához vagy legalábbis a tekintélyhez.

A felnőttekkel közös pozitív élmények érzelmi alapja szintén különbözik a két csoportban: a kövéreknél szinte kizárólag a felnőttel való együttlét maga jelenti az élményt, a külső hatások passzív befogadása jellemző, míg a kontrollcsoportban a mozgás (kirándulás, motorozás), új készségek elsajátítása (pl. megtanul horgászni vagy biciklizni), illetve az ajándéktárgyakhoz való hozzájutás adja meg a felnőtt által közvetített hatások kellemes színezetét.

Jellegzetes a különbség a félelem kifejezésében is. A fiziológiás súlyú gyermekek többnyire nyíltan kimondják, tehát érzelmmegnevezéssel vagy más, az előbbieken tárgyalt nyelvi eszközzel érzékeltetik félelmüket. Latens szorongás, amely csak a zaklatott előadásmódban érződik, többször fordul elő a kövéreknél: 30%

a normál csoport 16%-ával szemben. Mindkét csoportban vannak néhányan, akik nem mondják ki félelmüket, de annak nyilvánvaló elhárítását hordozza a szöveg (pl. bagatellizálás, racionalizálás formájában). Az a jelenség pedig, amelyben a félelem sem verbálisan, sem metakommunikatív módon jelenik meg, csupán az eseményből egyértelműen következtethető, csak adiposus csoportban figyelhető meg. Ilyenkor az érzelmkifejezés helyét grammatikai funkció nélküli töltelékszavak és semmitmondó részletek leírása foglalja el, monoton intonációval előadva.

A teljesítményről szóló élmények elmondásában is jelentős különbségek vannak a két csoport között. Az iskolai teljesítményről vagy mulasztásról beszélő kövér gyermekek néha még hiteles, érzelmileg átélt beszámolót is képesek tartani. Úgy tűnik fel, hogy ami a szülők számára legalább olyan fontos, mint nekik, illetve amiben igen kevés szerepe van a spontaneitásnak, arról néhány kövér gyermek tud élményszerűen beszélni.

Természetesen az adiposus csoport sem homogén az érzelmek kommunikálása szempontjából. Feltehető, hogy az érzelmeknek nemcsak kifejezése, hanem átélése sem egyenlő szintű a fejlődési kövérségben szenvedőknél. Erre mutat a Rorschach-teszt két adata: a jegyzőkönyvek több mint felében található koartált, illetve koartatív élménytípus és sivár indulati típus egyfelől, s a szorongást közvetítő tartalmak gyakori előfordulása másfelől.

Végül bemutatunk egy példát, amely jól érzékelteti mindazt, amit a kövér gyermekek kifejezésmódjáról megállapítottunk.

Egy 10 éves 8 hónapos kövér fiú élménybeszámolója:

„Hát egy hétköznapon, azt hiszem, hogy hétfő volt, nyáron, elindultunk a nem tudom, a Keleti vagy a Déli pályaudvarra, fölültünk a nem tudom, milyen nevű vonatra, ki volt írva, hogy nem tudom, hova megy, és hát szépen elmentünk vele, és Kaposvárnál leszálltunk róla, bementünk a nem tudom már milyen utcába, és meglátogattuk a Jóska bácsit. Hát . . . hol, ott, tegnap, holnap, másnap, ez aaa nagyon meleg volt és dél felé ugye, kimentünk, ugye, fürdeni a Balatonra. Nem Kaposvárra, hanem Fonyódra, bocsánat. Aztán kimentünk fürdeni. Ez így ment,



egy jó két-három héten keresztül, aztán lementünk Kaposvárra. És ugye, ott disznóölés volt, odajött egy ilyen mézáróseMBER, úgy mondják, és volt hat disznó vagy mennyi, és akkor azt levágtuk. Hááát ugye, ahogy ugye levágtuk, ott volt a fül, azt mondja a Jóska bácsi: na, megkóstolod ennek a malacnak a fülét? Hát mondom, sózva biztos olyan jó lesz. Hát megettem, mondom, elég finom volt. Aztán csináltunk kolbászt, szalonnát, hurkát, ilyesmit. Hát . . . megint lementünk Fonyódligetre, és fűrdtünk. Nagyon jó volt, és mentünk hajókirándulásra. Egyszer . . . hát, nyár vége felé, fogtuk magunkat, elköszöntünk, és nagyon szépen megköszöntük a vendéglátást, aztán kimentünk abból az utcából és . . . kimentünk a vonathoz. A vonatra felültünk, és leszálltunk ott a pályaudvarnál, és . . . fölültünk egy villamosra, nem tudom már pontosan, milyenre, hatvanötös vagy milyen villamosra, és . . . akkor . . . elindultunk velem egészen le, szóval nem tudom már, meddig, ott fölültünk a kis földalattira, azt hiszen lejöttünk velem egészen oda a huszonötösig, onnét pedig haza.”

Látható, hogy a vizsgált személy minduntalan a körülmények részletezésébe merülne bele, de ezekben kisgyermeki módon tájékozatlan. Az állatok levágásának nyilvánvalóan félelemkeltő jeleneténél a töltelékszavak burjánzanak el, s érzelmkifejezés csak a táplálkozásról szólva jelenik meg. A többi részlet kronológikus elbeszélés, mely a spontaneitást teljesen nélkülözi.

## IRODALOM

- Barta L., Geiger Á., Molnár M.: Kóros kövérség és soványtság a gyermekkorban. In: Válogatott fejezetek a gyermekkor endokrinológiájából. A gyakorló orvos könyvtára 176. Medicina, 1975, 38—65.
- Bruch, H.: Conceptual confusion in eating disorders. *J. of Nervous and Mental Diseases* 133. (1961) 46—54.
- Bruch, H.: *Eating Disorders — Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. Basic Books, Inc. Publishers, New York, 1973.
- Cohen, N. L., Alpert, M.: Locus of control as a predictor of outcome in treatment of obesity. *Psychological Reports* 42. 1978, 805—806.
- Lénárd F., Forrainé Bánlaki E.: Az érzelmek felismerése arckép alapján 7—17 éves korban. *Pszichológiai Tanulmányok* III. 1961, Akadémiai Kiadó, 267—283.
- Mahl, G. F.: Disturbance and silences in the patient's speech in psychotherapy. *J. Abnorm. Soc. Psychology* 53. 1956, 1—15.

*Nemiah, J. C., Sifneos, P. E.:* Psychosomatic Illness: a Problem in Communication. In: *Recent Research in Psychosomatics* — Ed. Pierloot, London 1970, 154—160.

*Rad, M. von, Drücke, M., Knauss, W., Lolas, F.:* Alexithymia: Anxiety and Hostility in Psychosomatic and Psychoneurotic Patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* Vol. 31. No. 1—4. 1979, 223—234.

*Schachter, S.:* *Emotion, Obesity and Crime.* Academia Press, New York 1971.

*Stunkard, A. J., Mazer, A.:* Smorgasbord and Obesity. *Psychosomatic Medicine* Vol. 40. No. 2. 1978, 173—176.

---

Megjelent: Magyar Pszichológiai Szemle, 1982/3, 260—270.

## ENURETIKUS KISLÁNY PSZICHOTERÁPIÁJA

Feuer Mária—Pintér Anna

A nevelési tanácsadóknak és a gyermekpszichoterápiás rendeléseken az utóbbi időben egyre sokasodnak az éjszakai ágybavizelés panaszával jelentkező gyerekek. Az organikus ok nélkül fennálló enuresis nocturna hátterében igen sokféle érzelmi tényező játszhat szerepet. A legkülönbözőbb etiológiájú kórképekhez mint tünet csatlakozhat, nincs külön enuretikus személyiség (Szamosi J., 1973).

Bármilyen környezeti ártalom okozhat olyan személyiségzavart, amely enuresisben lép fel (Kabainé Huszka A., idézi: Szamosi J., 1973). Az enuresist korábban az uretrális részösztön rekációképződésével hozták kapcsolatba, újabb megfigyelések és kutatások azonban nem igazolták az uretrális személyiség létét. Nem találtak specifikus jellemzőket az enuresisben szenvedők személyiségstruktúrájában (Binét Á., 1981).

A tünet legszembetűnőbb jellemzője a titkosság, csak a közvetlen környezet tud róla (Nemes L., 1973).

Szakirodalmi adatok szerint a bevizelés lehet vigasz jellegű, mint a sírás (Rotter L., 1942); tükrözheti az önállósággal és a függőséggel kapcsolatos ambivalenciát (Binét Á., 1981); utalhat a gyermek csökkent biztonságérzetére, s az állandó feszültség fokozhatja a hólyag ingerlékenységét (Züblin W., idézi: Szamosi J., 1973); jele lehet fixált énejlődésnek, amikor még a szag- és hőorientáció a két fő érzékelési modalitás (Hermann I., 1984; Binét Á.,

1981). Több szerző kiemeli és jellemzőnek tartja a családi határok elmosódottságát, a szerepek és funkciók egymásba való átfolyását. Az ilyen családokban a gyerek mindenkié, több olyan ember veszi körül, akik apa- vagy anyaszerepet visznek (*Kertész-Rotter L.*, 1942; *Hermann I.*, 1984; *Binét Á.*, 1981). A szfinkter-betegségeknel az én önszabályozó működésében sérülés tapasztalható (*Hermann I.*, 1984; *Hermann A.*, 1979).

Enuretikusoknál nemegyszer tudatközelben van az, hogy amíg ő alszik, addig nagyon fontos dolgok történnek a környezetében. A bevizelés hátrányai miatt a gyerek gyakran kárpótolni igyekszik magát, s ez fokozott ambivalenciában nyilvánul meg (*Freud, S.*, *Freud A.*, 1971; *Binét Á.*, 1981).

Az enuresis pszichoterápiás kezelése csak az organikus okok kizárása után célszerű. A kezelés nem nélkülözheti a verbális terápia elemeit, ezen kívül bizonyos esetekben alkalmaznak kondicionálást és gyógyszerelést is (*Kolos T.*, 1973).

A feltáró gyermekpszichoterápiák célja a realitáshoz való sikeres alkalmazkodás megvalósítása. A gyermek alkalmazkodásának meghatározója, hogy milyen mértékben képes elviselni az Ödipusz-szituációból származó megvonást. Az Ödipusz-komplexum végső eredményeként fejlődik ki a Felettes-Én. A kialakulóban levő Felettes-Én nagy súllyal nehezedik a gyermek Énjére, ezért kisgyermekek analízisénel célszerű az Ént erősíteni (*Klein, M.*, 1981).

Az alábbiakban bemutatunk egy esetet, amelynek érdekessége, hogy a terápia folyamán túlsúlyban volt a verbális elem, mindössze két játéktárgyat használtunk fel a rajzoláson kívül.

(A terapeuta *Feuer Mária*, a szupervizor *Pintér Anna* volt.)

Betegünk — akit továbbiakban Évának nevezek — hatéves. Nagycsoportos óvoda. Kétéves korában lett szobatiszta, majd három és fél éves korában kezdett enuretizálni. Az apa 37, az anya 30 éves, mindketten műszaki értelmiségiek.

## ANAMNÉZIS

A kislány panaszmentes terhességből, időre, simán született 3400 g-mal. Jól és megfelelő mennyiségben szopott 6 hónapos koráig. Az elválasztás lassan és fokozatosan történt, az anya elmondása szerint problémamentesen. Éva mind motorosan, mind mentálisan normálisan fejlődött. Néhány megfázáson kívül más betegsége nem volt. Bölcsődébe nem járt, óvodába hároméves korában került, ahová könnyen és gyorsan beilleszkedett. Háromszobás összkomfortos öröklakásban négyen laknak. Évának egy öt éves leánytestvére van, aki két éves kora óta ágytisztá, vele alszik egy szobában, de külön ágyban.

## PANASZ

A kislány tünetei három és fél éves korában akkor kezdődtek, amikor az anya visszatért egy tíznapos hivatalos külföldi kiküldetésből. Távollétében a gyerekeket az apa látta el. A bevizeléssel párhuzamosan alvászavarok is jelentkeztek. Éva nehezen aludt el, éjjel többször felébredt és átment a szülők szobájába. Néhány hónap múlva a szülők azt a tanácsot kapták az ismerősüktől, hogy éjszakánként ébresszék fel a gyereket, ettől meg fog szűnni a panasz. Az ébresztő mindig az anya volt, kezdetben éjjelente kétszer; a rendelésen való jelentkezés idején rendszertelenül, általában hetente két-három alkalommal pisiltette meg Évát. Ez a módszer a bevizelés terén nem hozott eredményt, de az alvási problémák kb. egy hónap alatt fokozatosan megszűntek. A jelentkezés időpontjában az enuresis mindennapos.

Évával az óvodában nincs gond, szívesen jár, mind a gyerekekkel, mind az óvónőkkel jó a kapcsolata, „ott bezzeg-gyerek” — mondja az anya.

A szülők további panaszként említik, hogy Éva mindig mindenben első akar lenni. Képtelen elviselni, ha úgy érzi, hogy

megelőzték őt. Például amikor az apa autóvezetés közben egy piros lámpához érve másodikként sorol be, akkor a kislány dührohagot kap, kiabálni kezd apjával, hogy miért nem hajtott gyorsabban, hiszen ő akar az első kocsiban ülni és elsőnek elindulni. Ilyen vagy ehhez hasonló esetekben csak nehezen lehet megnyugtítani.

## AZ APA

Magas, jól öltözött, „szépfíú”-típus, aki ennek tudatában is van. Értelmiségi szülők egyetlen gyermeke. Otthon elkényeztettek, az anyja túlféltő, babusgató, az apja mindent megengedő volt vele. Szülei házasságát jónak mondja annak ellenére, hogy apjának több házasságon kívüli kapcsolata is volt. Véleménye szerint a házasság éppen ezért volt „ideális”, mert anyja mindig szeméthunyt férje félrelépései fölött; erről vitát vagy veszekedést emlékezete szerint sohasem hallott.

Az iskolában végig kitűnő eredménnyel tanult, ez volt az egyetlen, amit szülei megköveteltek tőle.

Jelenleg vezető beosztásban dolgozik, munkájával elégedett.

## AZ ANYA

Szép arcú, csinos asszony, láthatóan sokat ad külsejére. Apja szigorú, keménykezü ember volt, aki nem tűrt ellentmondást. Anyja mindenben alávetette magát férje akaratának, aki „zsarnokskodott a család fölött”. Szülei sokat veszekedtek, ő ezt nagyon nehezen tűrte, s alig várta, hogy elkerülhessen otthonról. Emiatt először egy vidéki egyetemre jelentkezett, de nem sikerült a felvételi. A következő évben a pesti próbálkozás eredményt hozott, s sikerült elintéznie azt is, hogy kollégiumi elhelyezést nyerjen.

## A HÁZASSÁG

Társaságban mutatták be őket egymásnak, s az ismeretségből hamarosan kölcsönös szerelem lett. Jelentkezésük idején nyolc éve házasok. Együttlétük 5-6. éve válságos volt, mert a feleség megtudta férje házasságon kívüli kapcsolatát. Emiatt néhány hónapig külön is éltek, majd a férfi kezdeményezésére ismét összeköltöztek. Az asszony a különélés ideje alatt „rájött”, hogy férje nagyon fontos számára, így elmondása szerint szívesen vette a házasság helyreállítását. A feleségben azonban ennek ellenére nagyfokú sértettség maradt, a beszélgetések során gyakran tett malíciózus megjegyzéseket férjével kapcsolatban. A férj fölényes stílusban beszél felesége féltékenységéről, nevetségesnek és indokolatlannak tartja szemrehányásait, de ugyanakkor elejtett félmondatokkal, rejtélyes telefonokkal ébrentartja aggodalmait.

## A TERÁPIA

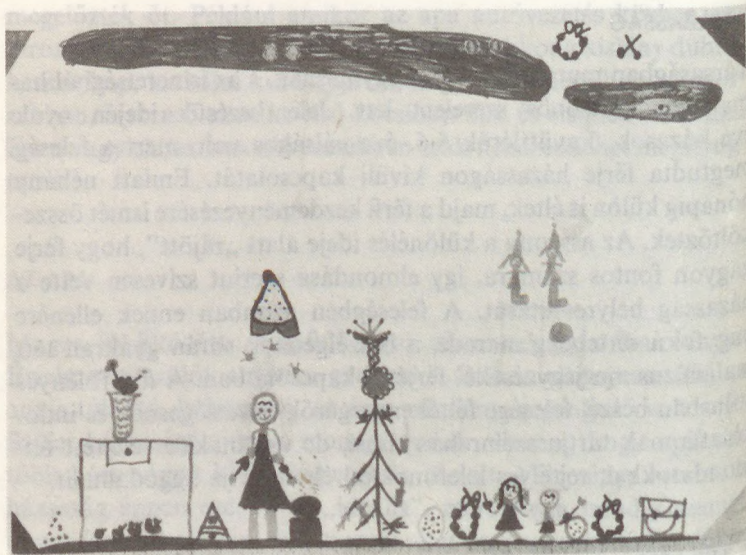
Évával az öthónapos terápiás kapcsolat alatt 21 alkalommal találkoztunk.

Kifejezetten szép kislány, ragyogó értelmi képességekkel.

Az első alkalommal bizalmatlanul jön be, keveset beszél. Egy nagy — az egész papírlapot kitöltő — ágas-bogas, tarka, kusza virágot rajzol, majd zsebre teszi. Nehezen oldódik, engem gyanakodva méreget. A kérdésekre a lehető legrövidebben, udvariasan felel. Közben gyakran hátrafordul, mert a mosdó csapja erősen csöpög. „Pisil” — mondom. Elneveti magát, odamegy, megpróbálja elzárni a csapot. Rámnéz, majd kinyitja annyira, hogy vékony sugárban folyjon a víz. „Én is” — feleli.

(Ez a játékos oldott pillanat részben értelmezési kísérlet, s egyben terápiás szerződésnek is tekinthető.)

A következő alkalommal azonnal rajzolni kezd (1. ábra), s közli, hogy nekem fogja azt ajándékozni.



1. ábra

Karácsonyi kép. A testvére áll és nézi az ajándékokat. (Ő nem szerepel a rajzon.) Egy papírkoronát rakott a fejére. „Tehát olyan királynőféle” — mondom. „Igen — feleli —, az, de az igazi én vagyok, mert nekem szebb koronám van.” A rajzzal kapcsolatban az is kiderül, hogy először saját magát szeretne volna királynőként megörökíteni, de az „nem sikerült elég szépre”. Majd a játékokhoz fordul, elővesz egy mackót, ez nagyon tetszik neki, ölelgeti, babusgatja, becézi. Később visszaülteti a polcra és építőkökből várat épít. Itt lakik a király és a királynő. A várban két csap van.

— A királynőé elromlott — mondja —, mert mindig folyik, és nem tudja elzárni, pedig a boszorkány mérges ezért.



— Szegény királynő, a csap is folyik, boszorkány is van és még mérges is. Nehéz helyzetben van ez a királynő.

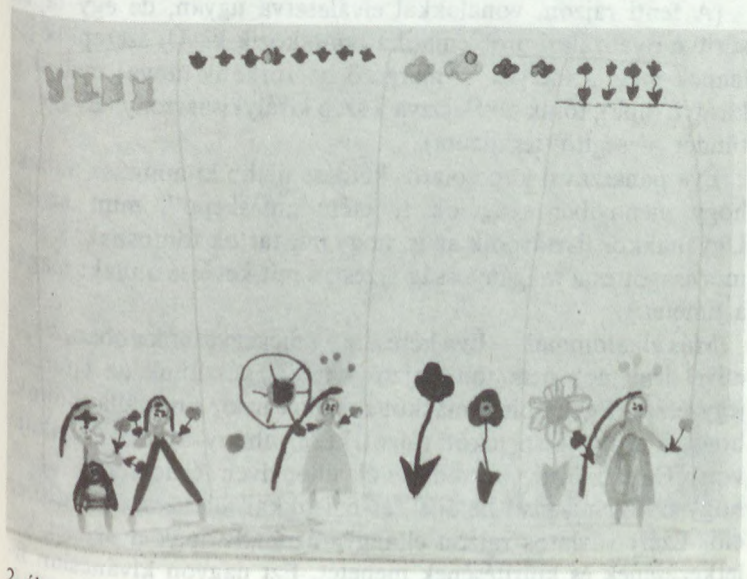
— (Bólogatva kérdi): És szerinted lehet itt valami varázst csinálni?

— Biztos vagyok benne, hogy a királynő helyzete javulni fog.

(A bizalmatlan Évát tehát sikerült megnyerni, a várépítéssel folytatja az előző alkalommal elkezdett beszélgetést. Az is kiderül, hogy tünetét a környezet rosszallással fogadja. Amikor biztosítom afelől, hogy helyzetét megértéssel fogadom, segítséget kér tőlem.)

A következő alkalmak egyikén ismét rajzzal kezdi az órát (2. ábra).

Egy királynő és egy boszorkány versengenek a királyfiért. A boszorkány meg akarja mérgezni a királylányt. „Ez egy nagyon



2. ábra

mérges boszorkány” — közli. A rajz jobb oldalán egy tündér látható, aki „majd segíteni fog a királylánynak”.

Házat épít a mackónak, beleteszi és közli:

— Most ő a királynő. (Majd hirtelen abbahagyja a játékot.)

— Nem kérdezed meg, hogy bepisilek-e?

— Nem. De ha akarod, beszélhetünk róla.

— Az anyu mindig megkérdezi. Különben nem fontos, hogy megkérdezd. A kismackó szomorú.

— Ez fontos.

— Egyedül van, ha feleségül menne valakihez, akkor nem lenne egyedül.

Később kiderül, hogy a házban lakik a boszorkány is, ami szintén nagy bánatára van a mackónak, mert ő is a királyfi kezére pályázik.

(A fenti rajzon, vonalakkal elválasztva ugyan, de egy lapra sűrítve rivalizálási problematika bontakozik ki. Új szereplők jelennek meg: a mérges = mérgező boszorkány (anya) mellett a királyfi (apa), tőlük elválasztva a szép királykisasszony (Éva) és a tündér = segítő (terapeuta).

Éva panaszával kapcsolatos kérdése újabb kitapintása annak, hogy mennyiben reagálok tünetére „másképp”, mint anyja. Ugyanakkor tisztázódik az is, hogy mit tartok fontosnak: a szomorúságot és a magányosság érzést; s mit kevésbé annak: magát a tünetet.)

Más alkalommal — Éva kérésére — megegyezünk abban, hogy mivel írni még nem tud, rajzos naptárt készítünk az enuresis jegyzésére. Egy papírra mackót rajzolok neki, s megállapodunk, hogy ő annyi kismackót rajzol köré, ahány száraz éjszakája volt. Ennek örül, és rendkívül intenzíven érdeklődni kezd, hogy ő hogyan pisil be éjjel, és másokkal miért nem fordul ez elő. Ezért vázlatos rajzon elmagyarázom Évának a vizelet keletkezésének és kiürítésének menetét. Ezt nagyon kíváncsian fi-

gyeli, majd megkér, beszéljük meg anyjával az ébresztések megszüntetését.

(A hármásban zajlott közös megbeszélés — ahol Éva mondja el javaslatát — igen büszkévé teszi. Örömét fokozza, hogy úgy érzi, a biológiai ismeretek révén egyúttal olyan titok birtokába is jutott, mely szövetségünk megerősítője, újabb záloga. Ebben az időszakban tehát a terápia énerősítő funkciója kerül leginkább előtérbe.

Mint a szülőktől később megtudtam, Éva az utóbbi időben otthon is feltett hasonló kérdéseket, a választ azonban elutasították azzal, hogy azt ő még úgysem értené meg.

Évát tehát az alapprobléma szimbolikus kimondása után a fantázia világából a realitások szintjére követem, miközben folya-



3. ábra

matosan biztosítom őt arról, hogy elfogadom tünetével együtt, nem akarom azt tőle mindenáron elvenni. Pozitív indulatáttételes eredmény, hogy viszonzásul, a kedvemért lemond az anya éjszakai ébresztési közreműködéséről.)

Visszatérve a fantáziavilágba újabb rajzot készít (3. ábra).

A királylány egy szépen gondozott virágoskertben sétál és várja a királyfit. A rajzzal kapcsolatban Éva azt állítja, hogy a királylány most vidám, mert valami jóra vár. Amikor a kép láttán a vidámságot illetően kétségemet fejezem ki, előveszi a mackót, akiről kiderül, hogy még mindig szomorú.

— Ez a kismackó nagyon szép — mondja —, azt akarja, hogy az apukája vegye feleségül, mert az övé a legszebb apuka.

— És az anyukája?

— Haragszik a mackóra, ha csókolózni akar az apukájával.

— Talán a kismackó is haragszik az anyukájára.

— (Leteszi a játékot és csodálkozva kérdi): A gyerekek nem haragszanak senkire, ugye?

— A gyerekeknek is szabad haragudni.

— Kire?

— Akire méregesek. Például az anyukájukra, apukájukra, a testvérükre vagy a barátaikra. Bárkire.

Erre Éva folytatja a játékot. Este van, a mackó lefeküdt. Egy zsebkendővel betakarja, majd összegyűri azt és a mackó combjai közé gyömöszöli. Megfog egy építőkockát — ez az anya —, aki rászól a mackóra, hogy mit csinál; felkelti és pisilni viszi.

— Mi történt? — kérdezem.

— A kismackót felébresztették — mondja —, most szomorú.

— Aludt?

— Vagy már előtte felébredt, mert dudált egy autó.

— Azt gondolom, hogy azt játszottad el most nekem, hogy miért vagy néha dühös az anyukádra.

— Dühös ..., dühös ...

— Úgy gondolom, hogy te ilyenkor nem szomorú vagy, hanem mérges, mert azt szeretnéd, hogy hagyjanak békén.

— Te ezt tudod?

(A terápiának ebben a fázisában kimondásra került Éva vágyfantáziája s anyjának ezzel kapcsolatos indulata is. Éva szomorúságának haragként való értelmezése lehetővé teszi számára az agresszióval kapcsolatos gondjának megfogalmazását. Ennek megbeszélése újabb problémakört érint meg, amely a maszturbációval van kapcsolatban.)

Az anyával történt újabb beszélgetés során kiderül, hogy Éva szinte egy az egyben játszotta le az otthoni történeteket. Időnként este az ágyban egy rongydarabot szorít a combjai közé s azzal maszturbál. Az anya a fenti problémával tehetetlenül áll szemben, s a helyzetet nem tudván másképp megoldani, rászól a kislányra és pisilni viszi. Észrevétele szerint ez csak ritkán fordul elő, ennek ellenére attól tart, hogy ez valamilyen betegséget okozhat Évának. Az ezzel kapcsolatos nevelési problémákat az anyával megbeszéltük.)

Az ezt követő periódusban Éva játékában sok agresszív elem jelenik meg. Pl.: a boszorkányra rádől a ház; a királynő kizárja a házból a boszorkányt, s kint sötét és hideg van stb. Ezzel párhuzamosan lassanként enuresise teljesen megszűnik.

(Ebben a fázisban tehát szabad utat kap Éva anyja elleni indulata, amely csak a terápia biztonságában jelenik meg, más — pl. az otthoni — környezetben ennek nyoma sincs.)

Érdekes, hogy Éva a tünetmentességet csak mellékesen említi meg — az enuresis-naptárt elfelejti elhozni —, s különösebb örömet nem mutat az eredmény láttán.

Az eddigi, analitikusan orientált feltáró terápia menetébe most technikai változtatást hozunk, s inkább a lereagáltató terápiás megoldás felé hajlunk, várva a hirtelen, nagy erővel kitörő agresszió csenedesedését. A látszólagos „gyógyulást” is e lereagáltatás következményének tartjuk.)

Az egyik órán közli, hogy a mackó elhatározta, feleségül megy apjához, és akkor ő lesz a királynő, az apa pedig a király. Sok szolgáljuk lesz és hatalmas palotájuk. Azért döntött így a mackó, mert az apja a legszebb és a legokosabb a világon. Én erre úgy reagálok, hogy elmondom: lehetséges, hogy valóban nagyon szép és okos apja van a mackónak, de semmiképpen sem mehet feleségül hozzá, mert annak már van felesége, a mackó anyja. A mackónak az apa helyett valaki mást kell választania. Éva többször visszatér fenti fantáziájára s beleegyezésemet kéri. Mivel hajthatatlan maradok, dühbe gurul s toporzékolni kezd. — Haragszom rád! Nem jövök többet ide, mert nem szeretlek! — kiabálja indulatosan, lángvörös arccal.

(Mivel az apával való kapcsolat fantáziája mindinkább reálisabbá kerül, s Éva tőlem várja ennek szentesítését, a terápia során most először határozott véleménynyilvánítással ellentmondok neki. Ezzel viszont lehetővé teszem számára, hogy heves indulatainak egy részét rám hárítsa. Ennek előnye a szorongás-csökkentő hatás, azaz tapasztalatot szerez arról, hogy a harag, düh megmutatása és kimondása nem jár együtt a kapcsolat felbomlásával, megszakadásával, vagyis „szabad haragudni”).

A következő alkalomra enuresise ismét mindennaposá válik, sőt néhányszor a délutáni alvás közben is bevizel. Viselkedése is megváltozik, infantilissá, kisgyermekessé lesz. Pl. amikor a játékpólcról le akarja venni az építőkockákat, segítségemet kéri, mert „nem éri el”, közli, hogy nem tudja, hol tartom a filctollakat, segítségre tart igényt a mackó betakarásánál stb.

(Ebben az időszakban tehát Éva regresszióba kerül, még beszéde is nyafogóssá, enyhén selypessé válik. A tünet újbóli jelentkezésével anyját s pszichológusát „bünteti”. Az anya valóban indulatosan reagál kislánya „visszaesésére”).

Ekkor készül az alábbi rajz (4. ábra).

Hatalmas „varázshegyet” és rajta „boszorkányfát” rajzol. A hegy mellett „varázsvirág” nő, amit egy nagyobb és egy kisebb



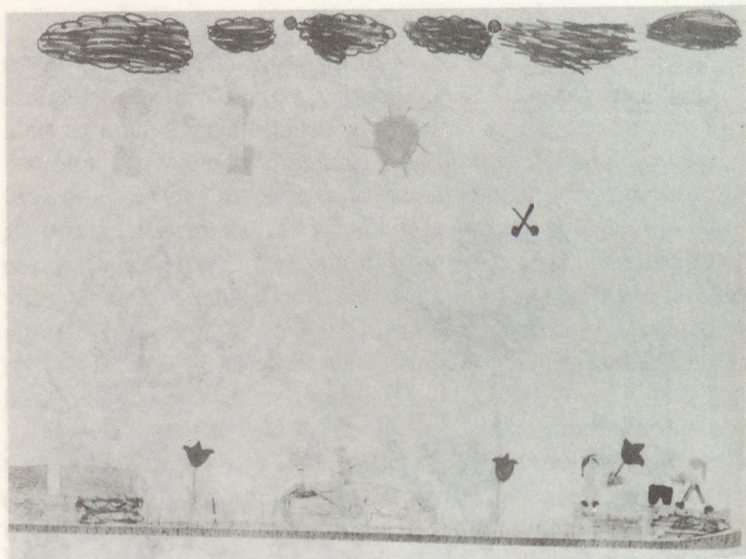
4. ábra

királynő öntöz. Ők ketten majd ezzel a virággal felmennek a hegyre, hogy elpusztítsák a fát és az ott lakó boszorkányt. A pusztítás különféle módjain fantáziál: elaltatja a boszorkányt 100 évre, megeteti a farkassal, felkergeti a fa tetejére stb.

(Éva újabb szövetséget köt velem a boszorkány ellen, együtt öntözzük a varázsvirágot.)

A következő rajzon (5. ábra) egy kislány meg egy kisfiú a vízparton virágot szed. A kislány anyja nem látja őket, mert messze van a vízben.

Rajzolás után, építés közben a következőket meséli: az óvodában, ahová a mackó jár, van egy kisfiú, aki udvarol neki. De a mackó anyjának erről nem szabad tudnia.

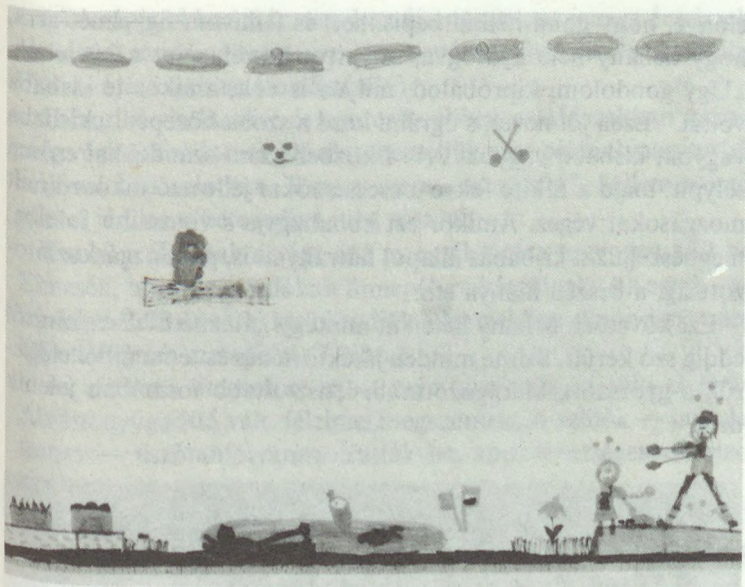


5. ábra

(Éva új óvodai kapcsolatát nem tartom véletlennek, hanem pozitívumként, a gyógyulás első határozott jeleként könyvelem el.)

Legközelebb új problémát hoz. Éjjel fél, hogy jön egy farkas és megeszi. Akkor is fél, amikor egyedül van a szobában, és nem látja a szüleit. Ekkor emlékeztetem arra, hogy nemrégiben a boszorkányt akarta a farkassal megetetni. Pirulva feleli, hogy amikor szülei nem engednek meg neki valamit, mérgében titokban azt kívánja, hogy apját és anyját bárcsak felfalná egy farkas. Ekkor emlékeztetem Évát arra a korábbi beszélgetésünkre, amely a szülőkre való harag lehetőségéről szólt, s enuresisét anyja elleni agresszióként, anyja büntetéseként értelmezem.





6. ábra

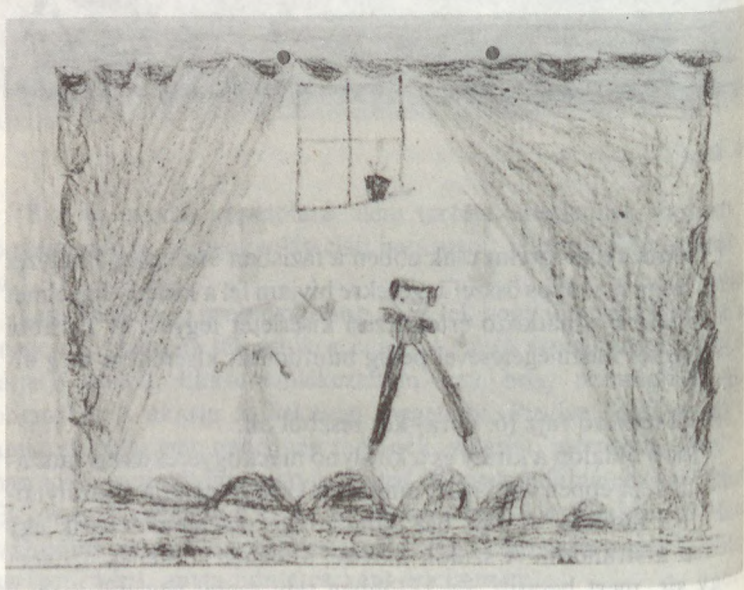
(Véleményem szerint csak ebben a fázisban érett meg a helyzet arra, hogy bizonyos összefüggésekre hívjam fel a kislány figyelmét s a tünetére vonatkozó értelmezési kísérletet tegyek. A korábbi beszélgetés felemlegetésével pedig büntudatát kíséreltem meg oldani.)

A következő rajz (6. ábra) két részből áll.

A jobb oldalon a király és a királynő mackógyerekekkel játszanak. „Most éppen azt látod, amikor a király odaadja a királynőnek” — mondja. A rajz bal oldalán egy csecsemő fekszik egy pléden a strandon. A szülők messze, a vízben fürdenek. „Lehet hogy sír, mert bepisilt. És különben sem szeret egyedül lenni.” Ekkor elmondom Évának, hogy a csecsemőállapot kétségtelen

előnye, hogy gond nélkül bepisilhet; és felhívom figyelmét arra, hogy néhány hete nyafogva, selypítve beszél, mint a kisbabák. „Úgy gondolom, kipróbálad, milyen is volt, amikor te kisbaba voltál.” Ezen jót nevet, s ugrálni kezd a szoba közepén: „kisbaba vagyok, kisbaba vagyok...”. Eközben szánt szándékkal erősen selypít, majd a földre fekvé a csecsemőkre jellemző inkoordinált mozgásokat végez. Amikor ezt abbahagyja s visszaül a fotelba, megbeszéljük a kisbabás állapot hátrányait is, pl. mozgáskorlátozottság, a beszéd hiánya stb.

Ezt követően néhány héten át mintegy „átismétli” Éva, amiről eddig szó került. Szinte minden játéktörténet és téma újból előke-  
rül, s gyorsabb, kidolgozottabb, letisztultabb formában jelenik meg.



7. ábra

(A terápia ekkor már nem hoz új anyagot, az ismert érzelmek, indulatok szordináltabb újraélése, a már megbeszélte elemek átala-kítása, újrafogalmazása történik.)

Infantilis viselkedése és enuresise ebben az időszakban szűnik meg végleg. Ez alatt az idő alatt beszéljük meg például maszturbá-ciójával kapcsolatban, hogy az nem „rosszaság”, kellemes ér-zésekkel jár, nem betegedhet meg tőle stb.

Ennek a fázisnak a vége felé az egyik órára ragyogva állít be. Elmeséli, hogy az óvodában ünnepélyre készülnek. Az egyik ver-set ő és a neki udvarló kisfiú tudják a legszebben elmondani, ezért együtt fognak szerepelni (7. ábra).

Az enuresis megszűnté most már büszkeséggel tölti el Évát. Alvása nyugodttá vált, félelmei megszűntek. A szülők — javasla-tomra — úszótanfolyamra írták be, ahol tehetségesnek bizo-nyult.

A terápia befejezése után 3, illetve 6 hónap múlva találkoztunk a kislánnyal. Panaszmentes volt, s iskolai pályafutását is sikerrel kezdte meg.

## MEGBESZÉLÉS

Éva tünetét az ödipális helyzet megoldatlansága, az ezzel kapcsola-tos ösztönindulati problémák okozták és tartották fent.

A terápia során felszabadultak a feszültségek, indulatok, és a játékszituációban kimondásra kerülhetett a probléma. A jó terá-piás kapcsolatra támaszkodva a probléma fantáziabeli megoldá-sát letiltottam, ezzel az indulatok egy része rám tevődhetett. A tilalomra agresszióval és regresszióval reagált. Ebben az állapot-ban a fantáziák mágikus félelmeket hoztak létre, amelyeket lefor-dítottam a realitás nyelvére. Kimondásra került a szülő elleni agresszió is, amellyel kapcsolatban a tünet mint büntetés került értelmezésre. Az „átismétlő” időszakban a már ismert és megér-

tett érzelmek, indulatok kezelhetővé és elfogadhatóvá váltak, ami a tünet végleges feladását eredményezte. A szorongások fokozatos oldásával nyitottá vált új, számára megfelelő kortárskapcsolatok irányába. A sportban és az iskolában elért sikerek sokféle élményt hoztak, és az élet új örömei felé terelték a kislányt.

## IRODALOM

- Berge, A.* (1946): Le facteur psychique dans l'énurésise. Ed. du Seul, Paris
- Binét, Ágnes* (1981): Zur Genese von Störungen der Sphinkterkontrolle bei Kindern. In: Handbuch der Kinderpsychoterapie, Band IV. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Freud, Anna* (1971): Az én és az elhárító mechanizmusok. In: A pszichoanalízis és modern irányzatai. Szerk.: Buda Béla. Gondolat Könyvkiadó, Budapest
- Freud, Anna* (1982): Normalitás és patológia a gyermekkorban. (Kézirat)
- Hallgren, B.* (1957): Enuresis: a clinical and genetic study. Acta Psychiatrica Neurol. Scand. 32., suppl. 114.
- Hermann Alice* (1979): A gyermekben érlelődik a jövő. Kossuth Könyvkiadó, Budapest
- Hermann Imre* (1984): Az ember ősi ösztönei. Magvető Kiadó, Budapest
- Kertész-Rotter Lilian* (1942): Urethralerotika és jellemfejlődés. (Kézirat)
- Klein, Melanie* (1981): A kisgyermekkor analitikus kezelés pszichológiai alapelvei. In: Pszichoterápia. Szerk.: Buda Béla. Gondolat Könyvkiadó, Budapest
- Kolos Tamás* (1973): Az enuresis nocturna pszichogenitása és terápiája. In: Klinikai pszichológia. Előadások. Szerk.: Gegesi Kiss Pál. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Lévyné F. K.* (1933): A gyermek ágybavizeléséről (enurézis). In: Lélekelemzési tanulmányok. Somló B. Könyvkiadó, Budapest
- Nemes Livia* (1973): A modell szerepe a gyermeki tünetképzésben. In: Klinikai pszichológia. Előadások. Szerk.: Gegesi Kiss Pál. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Szamosi József* (1973): Pszichés tényezők szerepe az enuresisben. In: Klinikai pszichológia. Előadások. Szerk.: Gegesi Kiss Pál. Akadémiai Kiadó, Budapest
- Vikár György—Virág Teréz* (1985): Pszichotrauma elaborációja a gyermekpszichoterápiában. Magyar Pszichológiai Szemle, 2.

---

Megjelent: Magyar Pszichológiai Szemle, 1986/2, 56—67.

## FIATALKORÚ ANYAGYILKOS ESETE

P. Liebermann Lucy—Majláth György

A Budapesti Orvostudományi Egyetem I. sz. Gyermekklinika és a Budapesti Rendőrfőkapitányság Fiatalkorúak Gyermekvédelmi Osztálya 1954 óta kooperál. Ezt az együttműködést az a tapasztalat tette szükségsszerűvé, hogy a bűnesetek jelentős számában az ún. „klinikai háttér” felfedésének lényeges, sőt pótolhatatlan szerepe van az eset értékelésében.

Az eset érdekességét a bűncselekmény extrém volta, valamint azok a pszichés, organikus és környezeti tényezők sajátos összjátéka adja, amely M. J. személyiségében fejlődése során a gáttalanságnak olyan fokát hozta létre, amely végül rendkívül megrázó bűncselekmény elkövetésére vezetett.

A gyermek- és fiatalkori bűnözésben az anyagyilkosság nem tartozik a gyakran elkövetett bűncselekmények sorába. Az ilyen eset vizsgálata éppen ezért rendkívül tanulságos.

Alapos tanulmányozást érdemel az eset azért is, mert M. J. a gyermekkort csakúgy, mint serdülő éveit olyan specifikus környezeti és pszichés körülmények között töltötte el, mint általában az intézetekben élő állami gondozott kortársai. Korán intézetbe került, mert anyja, hogy a család kenyerét megkeresse, kénytelen volt munkát vállalni.

M. J. 1940. március 10-én született. A deliktum elkövetésének időpontjában 17 éves volt. Apját nem ismerte, adatokat nem tudunk róla. Anyja 1940-ben Budapestre jött, amikor vele állapo-

tos volt. A gyermek Budapesten született. Innen anyai nagymamához került vidékre. M. J. kézzel írott vallomását így kezdi: „Négyéves koromig nagyszüleimnél nevelkedtem, ötödik évemben már intézetbe adott. Anyámmal sokat veszekedtem. Például, hogy sokat eszem, 550 Ft-ból nem tud eltartani. Ezek voltak, amiért megutáltam.”

A fejlődésmenet egyes szakaszai lényegében ismeretlenek. 1945 nyarán édesanyja Budapestre hozza s Erzsébeten a Karmelita rend által fenntartott intézetben helyezi el. Itt járt először óvodába, majd iskolába. Négy évig volt az intézmény növendéke. A harmadik osztályt megismételte. Beszélgetés közben elmondja, hogy az itt töltött évek mély benyomást gyakoroltak rá. Egyes eseményekre még ma is úgy emlékszik vissza, mintha csak tegnap történtek volna. Az elmondott élményanyag három jellemző eseményét érdemes megemlíteni.

a) A második osztályba járt, amikor 7 éves korában három éjszakán át látta, hogy az ördög a hálószobába érve a szomszédos ágyon alvó gyerekekről — aki nem gyónt — lehúzta a dunyhát. Ő igyekezett azt visszahúzni, de nem sikerült. Az ördögnek lángoló szeme és piros nyelve volt. Színe fekete, óriási és ellenállhatatlanul erős volt.

b) M. J. nagyon szereti az édességet, különösen a csokoládéféleségeket. „Még ma is élek-halok érte.” Az intézetben hetenként volt édességosztás. A nevelő ilyenkor felkötötte nagy kötényét, mint a parasztasszonyok, megtöltötte csokoládéval, süteménnyel, édességekkel s a szobában, a tiszta padlóra széjjelszórta. „Az ilyen csokoládéosztások életem legszebb percei voltak.”

c) Az intézetben vallásosságban nevelték a gyermekeket. Rendszeresen jártak misére, beosztás szerint ministráltak, részt vettek az egyházi szertartásokban. M. J. elmondta, hogy kispap szeretett volna lenni.

Az intézményt 1949-ben államosították. A gyermekek állami gondozottak lettek, jelentős részüket a szabadsághegyi gyermek-

védőotthonban helyezték el, M. J. is idekerült. Gyermekkorának ez az időszaka — előző intézeti éveivel viszonyítva — ellenkező előjellel rögződött benne, különösen érzelmi életére vonatkozóan. Elmondta, hogy jóbarátai itt nem voltak, nagyon magányos életet élt.

Volt ugyan egy barátja, de ez nem volt az igazi, mert kihasználta, s ha tehetett, még zsarolta is. Ha erősebb fiú gyengébb kislányt akart bántani, igyekezett a kisebbet megvédeni.

M. J. már gyermekkorában indulatos volt. Ha verekedett, olyan indulat lepte meg, hogy vetélytársát csak akkor volt képes elengedni, ha társai neki komoly fájdalmat okoztak. („Nem tudtam elengedni.”) Társai ezért az intézetben gúnyneven „gyilkosnak” nevezték el. Dührohama miatt egy alkalommal ideggyógyászati rendelésre küldték. A rendelés helyére azonban már nem emlékszik. Tudomása szerint ott villanyozták.

Tanulmányaiban nem a legjobban haladt. Az általános iskola VI. osztályában megbukott. Feltehetően ezért, valamint magatartása miatt a Szabadság-hegyről a Bajza utcai fiú nevelőotthonba helyezték át, ahol a VI. osztályt megismételte.

Anyjával kapcsolata nem volt jó. Anyja nem szerette, noha csomagot néha küldött, de voltak látogatások, amikor nem jött el. Ilyenkor mindig tudta, hogy anyja azért nem látogatta meg, mert férfismerősével volt. Anyja távolmaradását furcsa módon rendszerint ezzel indokolta, sőt M. J. szerint vele beszélt meg szerelmi ügyeit is. Különösen mélyen bántotta a Bajza utcában eltöltött egyik karácsonya, amikor édesanyja nem látogatta meg s csomagot sem küldött. Ekkor egyik társától kért édességet.

Az 1954—55-ös tanévben MTH ipari tanuló lesz, vidéki otthonba került. Innen 1955 márciusában magatartása miatt fegyelmi úton — mert környezetébe beilleszkedni nem tudott — eltanácsolták.

M. J.-nek az ezután következő időszakát a teljes érzelmi kötetlenség, a rohamszerűen fellépő vándorlás időszakának is nevez-

hetnének. Elbocsátása után mint állami gondozott a Szlávi utcai fiúotthonba kerül, s a Tétényi úti kórházban dolgozik mint segédmunkás. Alacsony keresete miatt azonban kilép. Ezután az otthon igazgatója a fővárosi temetkezési vállalathoz helyezi el munkára, ahol átlagosan 750 Ft-ot keres. Ezt a munkahelyét is elhagyja azzal a reménnyel, hogy sógora vállalatánál betanított munkás lehet. Sógora azonban elhelyezni nem tudta, ezért egy építőipari vállalatnál mint kerítésfonó helyezkedik el. Mivel a munka itt nehéz volt, anyja közbenjárására 1956 áprilisában a B. Gyermek-kórház mosodájába került mosodai segédmunkásnak. Havi keresete 1000 Ft. Egy év múlva, 1957 április elsején személyi torzsalakodás miatt felmondanak neki, s a P. S. utcai kórház mosodavezetője útján az U. úti kórház mosodájába került.

Anyjával ebben az időben már rendkívül rossz viszonyban élt. Magatartása vele szemben meglehetősen kiélezett, mind gyakrabban elutasító jellegű volt. Eddigi szeretetlensége ebben az időszakban már gyűlöletté fokozódott. A gyöngédség hiánya miatt anyjával szemben tanúsított magatartásában a szélsőséges indulati elemek vezető szerepet tölthettek be.

Néhány megszakítástól eltekintve általában otthon lakott. Mind gyakrabban veszekedtek. Egy alkalommal a rádiót szedte szét, amit összerakni nem tudott. Vita közben karon ragadta és meglökte anyját, aki az ágyra esett. Veszekedés közben kölcsönösen szidták egymást. A szóváltást követő veszekedések az esetek többségében anyagi természetű okok miatt kezdődtek el és extrém síkon folytak anya és fia között.

1956 nyarán anyjával pénzügyek miatt ismét összevesztek. Otthonról elköltözött és a B. Gyermek-kórház legényszállására ment lakni. Pénzét azonban gazdaságosan beosztani nem tudta, ezért kibékült anyjával és ismét hazaköltözött. Ez a tényező sajátosan jellemző kettőjük kapcsolatára. Az októberi ellenforradalmi események ideje alatt otthon lakik, de ebben az időszakban megint



sokat veszekedtek, élelem bevásárlásában nem segít, a rádiót felhangosítja stb.

1957 januárjában anyja új lakásba költözött. M. J. ekkor ismét a legényszálláson lakik, s másoktól tudja meg anyja új lakcímét. Ebben az időszakban disszidálni készült, ezért felkereste anyját, akitől az útra karórát és pénzt kapott. Az országból való távozása nem sikerült, ezért anyjához megy vissza lakni. Itt, félig kész lakásuk építkezésében segít (téglát hord, ablakdeszkát szerez stb.). Nagyobb veszekedések ez idő tájban — eltekintve kisebb szóváltásoktól, miközben M. J. ilyeneket mondott: „belevágom a kést” — nemigen voltak.

Anyjának ekkor már vőlegényjelöltjével viszonya volt, s ha veszekedtek, fiát többször megfenyegette nevelőapjával. M. J. ezzel szemben rendkívül féltékeny volt, de attól is félt, hogy anyja a lakásból kiteszi.

1957. március 31-én, ismét anyagi természetű okok miatt, összevesztek. A fiúban ekkor merült fel először tudatosan, mi lesz, ha az anyja férjhez megy, és férje odaköltözik a lakásba. A gondolat félelemmel töltötte el. A fent említett napon történt veszekedés után rendkívül feldúlt állapotban ment el otthonról a legényszálláson levő lakására. Útközben elhatározta, hogy mielőtt anyja férjhez menne, s jövendő nevelőapja hozzájuk költözne — anyját meg fogja ölni.

Az eset teljessége érdekében szükséges megemlíteni, hogy előző lakásukban néhány hónapig anya és fia egy ágyban aludt (nyomozati adatok szerint). Erről ugyan részletes adataink nincsenek, annyi azonban bizonyos, hogy ez a sajátos együttalvás rendkívül magas indulati feszültséget jelentett M. J. részére. Az anya ekkor 38, M. J. 17 éves volt.

1957. április 1. (hétfő). Azzal a szándékkal ment haza, hogy megöli anyját. A gyilkosság formájaként először villamosáramra gondolt, amit az ajtókilincsbe akart bevezetni. Mivel ennek technikai részét kivitelezni nem tudta (anyagbeszerzés, a bevezetés

módját nem merte megkérdezni és a kilincset mások is megfoghatják) — tervétől elállt.

Felmerült benne az is, hogy lelöki anyját az emeleti folyosó korlátjáról. Mivel ez zúzott sebet ejthet, ami a rendőrséget is hamar nyomra vezetné, végrehajtását nem merte vállalni.

Anyját udvarlója munka után rendszerint hazakísérte, s az utóbbi időben mind gyakrabban tartózkodott náluk éjszaka is.

Ezen a napon az ő megjelenése gátolta meg a bűncselekmény elkövetésében.

Meg kell említeni, hogy M. J. vért még gyermekkorában sem bírt látni. Az orvosoktól félt, ha oltáskor vért látott, rendszerint rosszul lett.

Ezzel indokolta a villanyáramot, valamint a későbbiekben megjelölt gyilkossági módozatokat, ezért nem vállalkozott — többek között — arra sem, hogy anyját a korlátról lelökje.

Április 2. (kedd). Ezen a napon újból átgondolta a gyilkosság előző napi tervét, melyet most véglegesen is elvetett. Hegyes szerszámokra gondolt — de a vér látásától való félelme ettől ismét elriasztotta. Lapos szerszám után nézett: „ólom, ami nehéz, de kicsi”. Hazaérve 100 Ft-ot vett ki a szekrényből anyjának 2700 Ft megtakarított pénzéből. Az ágyra helyezte, hogy jól látható legyen, majd a rádiót felhangosította, mert az anyja ezért rendszerint veszekedni szokott vele.

Néhányszor felemelte kezét, ütések mért a levegőbe, hogy elég erős-e a karja. Amikor anyja megérkezett, egy óvatlan pillanatban mögéje lopakodott, karját ütésre emelte. Lesújtani azonban nem tudott, mert, mint később mondta „nem volt elég erőm ahhoz, hogy megtegyem”. Ezután veszekedést provokált, szidta anyja udvarlóját, arra számítva, hogy ezért meg fogja ütni.

Április 3. (szerda). Azzal ment haza, hogy ma végrehajtja tervét. A 100 Ft-ot ismét az ágyra dobta, a rádiót felhangosította. Anyját fél 7-re várta, helyette azonban az udvarlója jött meg, akit a szoba erkélyére igyekezett vezetni, közben az időjárásról beszél-

gettek. Majd M. J. visszasietett, eltette az ágyra dobott pénzt. Kis idő múlva az anyja is megérkezett.

M. J. elmondta, hogy ekkor rendkívül indulatos volt, mindennek elmondta magában az idegen férfit, aki ismét keresztülhúzta számítását.

Április 4. (csütörtök). Anyja iránti gyűlölete egyre fokozódott. Ezen a napon azt határozta el, hogy anyját kézzel fogja megölni. Korábban indult haza. Otthon ismét kivette a 100 Ft-ot a szekrényből, arra gondolva, hogy emiatt ismét összevesznek, s ha anyja őt megüti, meg fogja ölni. Felmerült benne az is, hogy elviszi a megtakarított 2700 Ft-ot és utána végez anyjával. Mivel félt, hogy anyja a lopást előbb is felfedezheti, s mielőtt megölhetné, rendőrkézre adhatja, első terve mellett tartott ki.

Ezen a napon a Vidám Parkba ment barátaival szórakozni, inni, és közvetlen éjfél előtt jött haza. Elmondása szerint 20 percnyi csengetés után — legnagyobb meglepetésére — anyja udvarlója nyitotta ki az ajtót.

Anyja alaposan megszidta a késői hazajöveteléért.

Ezt az éjszakát otthon töltötte, de másfél óráig nem tudott elaludni, annyira indulatos volt.

1957. április 5. (péntek). Reggel bosszúsan keltek fel. Anyja nem szólt hozzá semmit. M. J. pedig rendesen elment munkahelyére. Útközben ismét a gyilkosság gondolatával foglalkozott, s elhatározta, hogy tettét ma fogja elkövetni.

Délután találkozott az udvarlóval, akinek azt mondta, hogy anyja üzeni, ma ne jöjjön el, mert nagyon fáradt, fáj a feje és korán szeretne lefeküdni.

M. J. ezen a napon 1/2 5-kor érkezett haza a munkából. A lakásba érve mindent gondosan berendezelt. (Mellékajtókat, ablakokat stb.) A rádiót felerősítette, a vaskalapácsot előkészítette.

Édesanyja 1/2 7-re érkezett meg. A fiú veszekedést provokált, szidni kezdte anyja udvarlóját, és kölcsönösen szidták egymást.

Az anya igyekezett fiával higgadtan beszélni, közben házi teendőit végezte. (Vacsorát készített, a lakást rendberakta.)

M. J. továbbra is emelt hangon beszélt, közben anyja a pótágyat készítette elő, s a fiú egyik megjegyzésére azt mondta: „akkor el leszel küldve”.

M. J. ekkor anyja mögé lépett, aki éppen az ágy fölé hajolt és balkezeivel (M. J. átállított balkezes — kiemelés tőlünk) először fültövön sújtotta, majd további ütések mért a halánték és a csípő tájékára. Anyja az ütések következtében a földre zuhant. M. J. ezután a hasát ütötte és a fejét kezdte rúgni az eszméletlen asszonynak. Majd azt látta, hogy anyja időközben megmoccan, mindkét lábával a hasára és a mellére lépett, amit így indokolt: „attól félttem, hogy életben maradt”.

Az asszony már csak nyöszörgött és gyengén lélegzett. Ekkor ráhúzta a paplant az eszméletlen testre, alányúlt és balkezeivel megfojtotta.

A szekrényből kihányta a ruhákat azzal a szándékkal, hogy félrevezesse a hatóságokat és magához vette a 2600 Ft-ot, majd visszament a feltehetően még agonizáló anyjához. „Ezután úgy véltem — mondja M. J. —, hogy még él, ekkor kalapáccsal néhányat a fejére ütöttem a paplanon keresztül.”

Majd felemelte a paplant, s mikor a szívdobogását már nem hallotta, elhagyta a lakást.

Este 8 óra volt, mikor az utcára lépett. A pénzből 200 Ft-ot saját céljára (utazásra, élelemre stb.) magánál tartott, a többit a szomszédos utca egyik betoncsatorna gyűrűjébe rejtette el.

A B. kórház legényszállására igyekezett egyik barátjához, a portás a szállásra már nem engedte be. Egy ideig a környéken járkált, majd az első rendőrnek — akivel találkozott — elmondta, hogy most jött haza moziból, és mikor a lakásba lépett, anyját meggyilkolva találta.

Az elmondottak valóságáról a szolgálatot teljesítő rendőr is

meggyőződött, aki értesítette hatóságát. Az események ezután már filmszerűen peregtek le.

A helyszínre érkezett rendőrszervek azonnal megkezdtek a nyomozást. M. J. meghallgatásával kezdték, aki elmondta, hogy a Bástyá filmházban volt, ahol a Don Juan c. filmet látta.

A nyomozás során percek alatt megállapítást nyert, hogy a Bástyában nem az általa említett filmet adták.

M. J. ekkor a helyszínen beismerte, hogy anyját ő gyilkolta meg.

Jegyzőkönyvi vallomását így fejezi be: „anyám nekem nem hiányzik, nem bántam meg, amit tettem, ha élne és olyan lenne hozzám, mint amilyen volt, még egyszer megölném. Azért öltem meg, mert számára másodrendű voltam, persze a pénz is szerepet játszott. Mióta anyámat ismertem, utálok, nem érzem anyámnak.”

\* \* \*

A személyiség fejlődésében a következő momentumokat szeretnénk hangsúlyozni:

1. Az anya—gyermek kapcsolatnak kóros jellegzetessége, a túl szoros kötöttség és szexuális momentumok szerepe. Az apa hiánya.

2. A nevelési környezeti hatások jelentősége: hányatott, heterogén gyermekkori állandó környezetváltozás, súlyos érzelmi elhagyatottság, nevelési traumák.

3. A deliktum elkövetésének indítékai és oka.

4. További kérdés a prognózis problémája.

Lássuk ezeket részletesen:

1. Csecsemő- és gyermekéveit falun töltötte. A fejlődésmenet szakaszait nem ismerjük. Konkrét organikus betegségeire nem emlékszik vissza. A Karmelita-rend intézményében a III. osztályt, a szabadság-hegyi fiúotthonban a VI. osztályt járta kétszer. Düh-

rohamairól és fékezhetetlen indulatairól a szabadság-hegyi otthonban eltöltött ideje óta tud. Innen — feltehetőleg emiatt — a Bajza utcai fiú-nevelőotthonba helyezték át. Itt egy alkalommal ideggyógyászati vizsgálatra küldik, ahol tudomása szerint villa-nyozták is.

Az eddigiek során tehát arra következtethetünk, hogy M. J. problematikusságáról biztos adataink 9 éves kora — vagyis 1949 — óta vannak, amikor is a szabadság-hegyi fiúnevelőotthonba került, és ott a VI. osztályt mint ismétlő tanuló kezdi meg.

Másrészről: nem kell nagy merészség ahhoz a feltevéshez, hogy problematikusságának szálai még korábbra is visszavezethetők, ha figyelembe vesszük kb. 7 éves korában 3 éjszakán látott ördög-vízióit és a harmadik osztályban ismétlésre történő elmarasztalását.

Ezekből az időkből azonban orvosi leletek, vizsgálati szakvélemények nem álltak rendelkezésre. Ezért meg kellett elégednünk azzal, hogy M. J.-nek már ebben a korában tapasztalt rendellenes magatartásának, valamint szélsőségesen uralkodó jellegű agresszivitásának organikus eredetét egyelőre feltételezzük.

A nevelési hatások sokféleségéből külön kiemeltük az anya—gyermek, illetve fiatalkorú kapcsolatát, mert a kapcsolat döntő hatást fejt ki az egyén egész életére, személyiségének fejlődésére. Olyan irányú tapasztalatok is vannak — hivatkozunk itt *Bowlby* kutatásaira —, hogy minél korábbi e kapcsolat megszakadása, annál nagyobb a lehetősége annak, hogy a gyermek nem kívánt irányban fejlődjék, s ebből szükségszerűen az érzelmi gazdátlanság, elhagyatottság állapotáig eljusson.

M. J.-nek anyjához való kapcsolata tulajdonképpen mindvégig rossz volt. E kapcsolat tartalmát nézve az elsősorban indulati, nem érzelmi kötöttség volt. E kapcsolat jellegét tekintve nem anya—gyermek, hanem inkább idősebb nő és fiatal fiú kapcsolata utal, noha erről részletes adataink nincsenek.

Az anya, részben M. J., valamint a meghallgatott tanúk egybehangzó vallomása alapján nem tartozott az ún. „rossz anyák” csoportjába. Ha rekonstruálni akarnánk személyiségét, azt mondhatnánk, hogy hideg volt és rideg, aki gyermekének gondozását már kezdettől fogva inkább anyagilag és jogilag igyekezett biztosítani, míg érzelmi nevelését tulajdonképpen teljesen elhanyagolta.

Ez kitűnik M. J.-nek anyjához való kapcsolatából is. E kapcsolat alapján erősen infantilis volt, amelyben finomabb érzelmi differenciáltság, érzelmi kölcsönhatások és reakciós módok nem alakultak ki. Tiszta indulati kötődés, a pubertáskor féktelen szexuális elemeivel kevert módon (Szondi, TAT).

Ugyanakkor az anya—gyermek kapcsolat furcsaságai közé kell sorolnunk, hogy M. J. állítása szerint anyjának az évek során több udvarlója volt, s ha új férfi jelent meg életében, vele beszélte meg saját szerelmi ügyeit. Továbbá: újra rá kell mutatnunk arra a tényre, hogy a nyomozati adatok alapján még előző lakásukban egy ágyban aludt néhány hónapon keresztül az anya és 17 éves fia.

A pszichológiai és nyomozati adatok alapján: M. J. egész személyiségét nagyfokú infantilizmus és orális sajátosságok jellemzik (Szondi-teszt). E sajátosságok anyjához való kapcsolatában is megtalálhatók, aki gyakran korholja, hogy sokat költ édességre, étkezésben nem mértéktartó. A gyakori veszekedések oka rendszerint ez volt.

Ezenfelül M. J.-nek sohasem volt apja vagy apát pótló kapcsolata.

2. M. J. csecsemő- és kora gyermekéveit falun, az anyai nagyszülőknél töltötte. Anyja 500—600 Ft-ot fizetett a gyermek ellátásáért, miközben Budapesten lakott és dolgozott. 1945-ben, 5 éves korában Erzsébeten a Karmelita rend óvodájába, majd annak iskolájába íratta be. 1949-ben a szabadság-hegyi, majd 1952—54-ig a Bajza utcai fiú nevelőotthon növendéke lett. E rövid felsorolásból is kitűnik, hogy az intézetekben folyó nevelőhatások

sokfélesége, valamint a bánásmód különbözősége érzelmi életben okoztak elsősorban teljes rendetlenséget.

Az 1954—55-ös tanévben mint ipari tanuló ismét otthonban lakik. A nyári vakációt is rendszerint anyai nagyszüleinél tölti. E néhány adatból ismét kitűnik, hogy M. J. életének legnagyobb részét, eltekintve a szünidőket, kereken 10 évet intézetben töltötte el. Érzelmi nevelése tehát gyakorlatilag nem volt. Ebből adódóan szükségszerűen jutott el az érzelmi elhagyatottság, a rendezetlenség és a súlyos magányosság állapotába.

M. J. teljesen egocentrikus (Rorschach-adatai), másokkal azonosítani nem tudja magát. Az anya nővérének tanúvallomásából ismeretes, hogy egyik nyári vakációja alkalmával anyai nagyszüleinél nagyanyjának elmondta, hogy nagyon szereti a változatos-ságot, ezért hóhér lesz, mert azt jól fizetik. E nagynénjének tanúvallomása szerint az is ismeretessé vált, hogy M. J. akasztással fenyegette anyját.

Emellett szólnak a Szondi-, TAT és Rorschach-adatai, amelyekből az is kiderül, hogy a centrális probléma az agresszivitás.

A munkahelyekről beszerzett információk is agresszivitásról, felgyülemlett indulatokból fakadó durva magatartásról tesznek tanubizonyságot. Munkahelyének egyik gondnoka tanúvallomása alapján M. J. közvetlen munkatársait életveszélyesen fenyegette. Rohamszerűen jelentkező és visszatérő, uralkodó jellegű agresszivitásból fakadó konfliktusok, valamint az állandó nagyobb kereseti lehetőségek utáni törekvése kényszeríti, hogy munkahelyeit rendszeresen elhagyja.

3. A pszichológiai vizsgálatok, valamint a beszélgetés közben szerzett benyomások alapján a deliktum elkövetésében a következő indítékok szerepelnek:

a) Szondi-teszt alapján: fokozott robbanó indulat, amit a purbertás az epileptoid személyiségben gátlástalanságig fokozott. Paroximálisan agresszív személyiség, gátolt tudatosítási képességgel.



b) Rorschach és R. görbe jellegzetességei: szorongás, agresszivitás, perszeveráció, finomabb érzelmi emóciók teljes hiánya, extrém érzelmi sivárság.

c) TAT jellegzetességei: képzeletszegénység, perszeveráció. Elhagyatottság, súlyos magányosság, agresszivitás. Első képre bűntudat halvány nyoma.

Értelmi képesség: Idő- és térbeli tájékozottsága hiányos. Figyelőképessége, valamint logikája csökkent. Beszélgetés közben gyakran ismétli önmagát. Következtetőképessége gyenge. Értelmi feszültségbírása is csökkent. Mondanivalójában a tartalmi összefüggés hiányos. Perszeverál és hirtelen fárad. Összegző gondolkodásra való képessége hiányos. Fogalomkincse és beszédképessége ezzel szemben meglepően csiszoltnak mondható. Sokat olvas.

Affektivitás: Érzelmi életében fejlődéstanilag kezdeti fokon rögződött. Azonosítani másokkal nem tudja magát. Teljesen egocentrikus. A deliktum elkövetésének módozatairól szenttelenül beszél. Értelmi képességei és indulati élete között rendkívül nagy feszültségkülönbség áll fenn az értelmi erők rovására. (Ún. „Triebhafter Charakter“.)

A deliktum elkövetésének indulati okai voltak, ezen belül első sorban a féltékenység. M. J. csökkent beszámíthatóságú, nem megbízható kontrollal rendelkező epileptoid személyiség, primitív fokon „megdermedt” érzelmi élettal, kifejezetten infantilis indulati és orális kötöttségi módokkal. Képességvizsgálatot az idő rövidsége miatt nem végeztünk.

Az epileptoid alkat mellett a következő tények szólnak:

a) Az elvégzett EEG-vizsgálatban kimutatott száceres jegyek. Ezt a Rorschachban, Szondiban, valamint a TAT-ban ugyancsak bizonyítva látjuk. Nevezetesen: perszeveráció, érzelmi sivárság, lassú reakciós idő, extrém agresszivitás, általában robbanó indulatosság, csökkent tudatosítási és gondolkodási képesség, egocentricitás, gáttalanság és a finomabb érzelmi reakciók teljes

hiánya. A száceres jelleget támasztja alá továbbá az a tény is, hogy M. J. átállított balkezes.

b) Mindezen kedvezőtlen alkati adottságokat kedvezőtlen életkörülményei (a rossz anya—gyermek kapcsolat, apa hiánya, hányatott élet, érzelmi nevelés teljes hiánya) nagymértékben kifejlesztették. Mind a pszichológiai vizsgálat adatai, mind a gyilkosság előkészítésének és elkövetésének módozatai amellet szólnak, hogy epileptoid tudatködben elkövetett deliktumról van szó.

c) Ezt a feltevést támasztja alá az a tény is, hogy M. J. időszakosan robbanó módon indulatos és agresszív volt kora gyermekkorától fogva, és részben ez a tulajdonsága tette számára lehetlenné azt is, hogy a munkahelyén hosszabb ideig megmaradjon. Ezek az összeveszések minden valószínűség szerint periodikusan jelentkező tudatködbös állapotban történtek.

4. Befejezésül néhány szót a prognózisról. Úgy látjuk, hogy M. J. prognózisa pszichiátriai, valamint erre a célra alkalmas munkaterápiás intézetben is kétséges. Távolabbi tervei szerint elmondta, hogy büntetésének letöltése után a megdolgozott pénzéből saját otthon megteremtésére fog törekedni, amit ízlése szerint kíván majd berendezni. A büntetés letöltésének módját illetően erős fizikai munkát ajánlottunk. Erre alkati és általános testi felépíttésége is alkalmassá teszi.

Köszönetet mondunk *dr. Horányi Béla* professzor úrnak az ideggyógyászati vizsgálatok elvégzéséért.

#### IRODALOM

*Bovet, L.*, Psychiatric Aspects of Juvenile Delinquency. World Health Organization Monograph Series No. 1. Geneva, 1951.

*Bowlby, J.*, Family Approach to Child guidance — Therapeutic Techniques.

- Introduction to the Papers presented at the XIth Inter-Clinic Conference for the Staffs of Child Guidance Clinics.
- Bowlby, J.*, The Study and Reduction of Group Tension in the Family. Paper read during a Specialist Meeting of the International Congress on Mental Health, August, 1948.
- Bowlby, J.* et al., The Diagnosis and Treatment of Psychological Disorders in Childhood. The Tavistock Clinic, London.
- Glueck, S., Glueck, E. T.*, Delinquents in the Making, Paths to Prevention. New York, Harper Brothers, 1952.
- Harvard University Press: One Thousand Juvenile Delinquents, Their Treatment by Court and Clinic, Cambridge, 1934.
- Karpman, Ben.*, Summing UP in Psychodynamics of Child Delinquency. Round Table Conference, 1952. Am Jour. Ortho-Psych., 23: 711. 1953.
- Report by a Study Group from the Public Health Department L. C. C. and the Tavistock Clinic: Preventive Mental Health in the Maternity and Child Welfare Service.
- Rosenbluth, D., Bowlby, J., Roudinesco, J.*, Separation from the Mother as a Traumatic Experience for the Child: Some Notes on Obtaining a Relevant History The Tavistock Clinic. London.

---

Megjelent: MTA Pszichológiai Tanulmányok, II. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1959, 523—533.

## PSZICHOGÉN MOZGÁSZAVAR TERÁPIÁJA

Popper Péter—Ladócsy Mária—Saád Judit

Mozgásszervi betegek vizsgálatára konzervatív eljárást vagy sebészi beavatkozást igénylő esetekben is a szaktudománynak kialakult, hatékony módszere van.

Ritka esetben, amikor a mozgásszervi zavar a pszichés egyensúlyvesztés kórosan fixált jelzése, a csak organikus szemléletű megközelítés és terápia a tünet további fixálódásához vezet. Betegünknel, kinek terápiáját ismertetni kívánjuk, ilyen, kórosan fixált mozgászavar pszichés hátterére derül fény.

1967 augusztusában vettük fel klinikánkra a 13 éves leánybeteg. Jobb karja és bal lába merev, mozgásban korlátozott volt, aktív vagy passzív mozgatási kísérletre erős fájdalmat jelzett.

Kórelőzmények. A panaszok 1966 nyarán jelentkeztek először. A leány úszóversenyre készült, s a verseny előtti napon hirtelen beállt a jobb kar mozgásképtelensége. A területileg illetékes szakrendelésen jelentkezett, ahol „izomszalag-szakadást” állapítottak meg, karját 8 napra begipszelték. B<sub>1</sub>- és B<sub>12</sub>-vitamin injekciókat kapott. Néhány hét alatt a mozgászavar rendeződött. Szeptemberben, minden értékelhető előzmény nélkül, jobb karja megduzzadt, ujjai szederjések lettek, erősen verejtékezett. A rendelésen poszttraumás túlerőltetést diagnosztizáltak. Csuklószorítót és B<sub>1</sub>-B<sub>12</sub>-vitamin-kúrát kapott, panaszai elmúltak. Novemberben az iskolában jelentkeztek hasonló panaszok, a diagnózis ezúttal „ér-beidegzési zavar”. A B<sub>1</sub>- és B<sub>12</sub>-vitamin-kúrán kívül Bupatol-

injekciókat kapott, azonban panaszai most már nem szűntek meg, sőt súlyosbodtak. Emiatt kórházi kivizsgálásra került, ahol Claudatio venosa (Paget-Schroetter-syndroma) diagnózist állítottak fel. Terápiaként Bupatol-injekciókat, naponta  $3 \times 1$  Pipolphen tablettát kapott és gyógytornakezelésben részesült. Az átmeneti javulást otthon recidiva követte. Ezután sebészeti osztályra került. Diagnózisa: Periarthritis humeroscapuláris. Trauma supraspinalis l. d. Terápia: novokain-injekciók az ín tapadási helyére, Hydrocortison, gyógytorna. Kisebb fokú átmeneti javulás után újabb otthoni recidiva következett.

Az otthoni tartózkodás során a leány lázadozott az állandó orvosi kezelések ellen. Anyja igyekezett meggyőzni, hogy meg kell akadályozni a mozgászavar továbbterjedését. Ezt követően, ugyancsak minden értékelhető előzmény nélkül, miközben otthon a széken ült, bal lába is mozgásképtelenné vált. A szülők több konzíliumot kértek; ennek során 6 héten át Pipolphen-injekció kúrát kapott, aminek következtében sokat aludt, de állapota változatlan maradt.

A most már jobb karjára és bal lábára mozgásképtelen leány az ORFI I. sz. Rehabilitációs Osztályára került kivizsgálás céljából. A beteg mozgásszervi kivizsgálása során elváltozása semmilyen mozgásszervi betegségre nem volt jellemző. A munkaterápián tünt fel az osztály vezető főorvosának, hogy a mozgásaiban korlátozott leány a szőnyegcsomózáshoz szükséges finom mozgásokat tökéletesen végzi.

Diagnózisa: Contractura art. humeroscap. l. d. Spasmus intermittens musculorum extr. sup. l. d. et inf. l. s. M. Charcot? — Először itt vetődik fel tehát a mozgászavar pszichés eredete. További kivizsgálás céljából került klinikánkra. A széles körű gyermekgyógyászati és neurológiai vizsgálatok a panaszok organikus alapját nem mutatták ki. A részletes pszichológiai vizsgálat megerősítette az ORFI-ban már feltételezett conversiv hysteria diagnózist. A panaszokat egyértelműen pszichés eredetűnek fog-

tuk fel. Komplex pszichoterápiás és mozgásterápiás kezelést javasoltunk. Miután a beteg érzelmileg igen jól kapcsolódott az ORFI pszichológusához, megbeszéltük, hogy a kezelést ambuláner ott folytatjuk, a klinika pszichológiai osztályával való rendszeres konzultáció mellett.

A pszichológiai vizsgálatok eredménye. Értelmileg életkorának megfelelő, jó színvonalú, határozott introspektív lehetőségekkel. Ezt azért hangsúlyozzuk, mert enélkül eredményes, oki pszichoterápia nem lett volna folytatható.

Emocionálisan viszont kifejezett fixációs jegyeket találunk. Érzelmi reakciói életkorához képest súlyos mértékben infantilisak. 7—8 éves gyermekének felelnek meg. Erős szexuális fantáziákkal telített (Binet-, Rorschach-, Szondi-, TAT-tesztek alapján).

A család és ezen belül a beteg centrális érzelmi problémái. A gyermek nem kívánt terhességből származik. A szülők sokáig gyermektelen házassága igen problematikus, mert az anya életében a központi helyet édesapja foglalja el, akihez infantilis módon kötődik. Emiatt férje érzelmi élete perifériájára került, megbántott ember. A gyermek megszületésének közvetlen előzményei az alábbiak voltak: az anya szívbeteg édesapjának nyugdíjazása után azt az orvosi tanácsot kapta, hogy egy unoka világrahozatala évekkel meghosszabbíthatná édesapja életét, miután annak tartalmat adna. Az anya tehát a gyermeket tulajdonképpen édesapja kedvéért szülte, érzelmileg sem ő, sem férje nem vállalta. A gyermek életében a nagypapa jelentette mind érzelmi, mind reális szempontból az egyetlen stabil kapcsolatot; kettejük között extrém szoros kötöttség alakult ki. A nagypapa foglalkozott vele, ő volt játszótársa, barátja, korrepetitora és érzelmi támasza. A gyermek 9 éves volt, amikor a nagypapa meghalt, s ez alapvető érzelmi traumát jelentett számára, stabilitása a családban, életvitelében megingott. Az anya igen merev, kirobbanóan indulatos, agresszív személyiség, aki nem volt alkalmas arra, hogy annak a gyermeknek, akinek létezése a nagypapa halálával értelmét veszített.

te számára, és akit saját életébe beilleszteni nem tudott, valódi támasza legyen a serdülőkor problémáiban. Az apa számára a gyermek lényegében a házasság ismertetett problematikáját reprezentálta, s ezért a gyermeket érzelmileg ő sem vállalta. A szülők és a gyermek között napirenden vannak a rendkívül éles jelenetek, kölcsönös dühkitörések, melyeknek látszólagos reális oka az, hogy a leány úszóedzésre jár. Az anya ezt a családtól való eltávolodásként értékeli, és szexuális kalandokkal gyanúsítja. A pubertással jelentkező szexuális és egyéb érzelmi problémákkal szemben mindkét szülő értetlen, nevelési ráhatásuk lényege, hogy rendkívül erős büntudatot igyekeznek a leányban kialakítani a fiúkkal való minden kapcsolattal szemben. A pubertásos problémákkal magára maradt leány fokozatosan abba a helyzetbe kerül, hogy a serdülés és felnőtté válás során kialakult élethelyzeteket nem tudja vállalni, nem is akar felnőtté lenni. Számára a legkívánatosabb a kisgyermekkorú élethelyzet. Az érzelmi fixáció folyamata ezzel az állapottal magyarázható. A konverziós mechanizmusok során kialakult mozgászavar lényegében reálisan is megteremti az érzelmi státusnak megfelelő infantilis élethelyzetet és létvitelt, hiszen mozgáskorlátozottsága következtében nem tud az életkorának megfelelő módon élni, társkapcsolatai beszűkülnek, fiúismeretségekről szó sem lehet, s ugyanakkor a szülőknek ki kell őket szolgálniuk, kisgyermekes módon istápolniuk.

A mozgászavar — gyakorlatilag bénulás — pszichés motívumai közül tehát az alábbiakat foglalhatjuk össze:

1. Az érzelmi regresszióknak megfelelő infantilis élethelyzet és életvitel megteremtése.
2. Szülőkkel szembeni agressziókiélés.
3. Büntudati szorongások által motivált önbüntetői tendencia.

A pszichés és szomatikus státus praesensnek megfelelően terápiánknak az alábbi feladatokat kellett megoldania:

1. Megszüntetni az érzelmi regressziót, kialakítani és vállalhatóvá tenni az életkorának megfelelő érzelmi reakciókat és életformát.

## 2. Oldani a fixált mozgászavart.

Az első feladat megoldására két út kínálkozott. A legkedvezőbb az lett volna, hogy a szülőkkel való foglalkozás, esetleg későbbi családi csoport-pszichoterápia segítségével sikerül a családi milió rendezése. Ezt az utat járhatatlanná tette az a tény, hogy a szülők mereven ellenálltak saját problémáik értelmezésének és tudatosításának minden kísérletével szemben, s ennek következtében tulajdonképpen végig oppozícióban voltak a pszichológus személyével és leányuk pszichoterápiájával. A maximálisan elérhető eredmény fokozatos semlegesítésük volt. Ezért a terápiás tervben más lehetőséget kellett választani: azt, hogy a beteg egyéni, értelmező jellegű pszichoterápiája során toleranciáját annyira erősítsük, hogy a negatív milió ellenére is vállalni tudja a serdüléssel, a felnőtté válással járó helyzeteket, problémákat. Ennek a folyamatnak érzelmi támasza egyedül a pszichológus személye lehetett.

A fixált mozgászavar oldására mozgásterápiai gyakorlatokat dolgoztunk ki, amelyet a pszichoterápia aktuális fázisának megfelelően választottunk meg. A gyakorlatok felépítése a következő volt:

1. Sajátos felépítésű relaxációs gyakorlatok.
2. Az ép végtagok aktív mozgatása.
3. Az ép végtagok aktív mozgatása és a mozgásképtelen végtagok hasonló mozgásának behunytt szemmel való elképzelése.
4. Az ép végtagok aktív mozgatása és a mozgásképtelen végtagok fokozatos passzív mozgatása.
5. Az ép végtagok mozgatása mellett a passzíve megmozgatott végtagok aktív megtartása az adott testhelyzetben.
6. Mind az ép, mind a mozgásképtelen végtagok aktív mozgatása.

A mozgásterápia kivitelezését nehezítette az erős fájdalomérzés. Ennek csillapítására a gyakorlatok megkezdése előtt fél órával placebót adtunk. A placebót a terápia kétharmadában alkal-



maztuk, azután fokozatosan csökkentettük az adagot, majd teljesen megszüntettük. A terápia során a placebót mindig ajánlottuk: az adag csökkentése, majd megszüntetése kizárólag a beteg kérésére történt. A pszichoterápia fázisai röviden az alábbiakban foglalhatók össze:

1. Az első 2—3 hónapban a beteg nem vállalja a pszichoterápiás helyzetet. Ennek áthidalására javasoljuk, hogy írjunk folytatásos regényt, miután erős irodalmi hajlandóságú. Beleegyezik, s családregényt kezdünk írni, melyben egy 4 éves gyermek sorsát mondja el rendkívül negatív, brutális családi miliőben. A regényben igen sok agresszív tartalmat projiciál mindkét szülőre.

2. Saját helyzetét ekkor még nem azonosítja a regénybeli gyermekével. Terápiánk ekkori fázisában azonban a regénybeli gyermek megbetegszik, s ez a betegség a regény megbeszélésekor áttereli a szót saját betegségre. Ezzel kapcsolatosan mesélni kezd nagypjáról, s lassan megfogalmazza annak centrális szerepét életében. Ezzel párhuzamosan a regény írása abbamarad, a beteg vállalni kezdi a pszichoterápiás helyzetet.

3. Saját helyzetének értékelése, megbeszélése során a beteg szimbólumot teremt, amit úgy fogalmaz meg, hogy ő egy fal mögött él, amely környezetétől elválasztja. Erre a falra azért van szükség, mert védelmet nyújt, ugyanakkor őt is korlátozza. Fokozatosan elfogadja terápiás célkitűzésként a fal lebontását, melynek az a feltétele, hogy az ő belső biztonsága megnövekedjék, hogy ne legyen szükség ilyen védelemre.

4. Ezután erős ellenállási periódus következik a pszichoterápiával és a pszichológus személyével szemben. Az ellenállást agresszív periódus vezeti be. Szemtelen, gúnyos a pszichológussal szemben. Ezután pedig a terápiás foglalkozásokon mellébeszél, „társalog”, húzza az időt. Otthon viszont kedves, szeretetreméltó. A terápia későbbi fázisában a beteg megfogalmazta, hogy ez a periódus lényeges volt számára, mert meggyőződött róla, hogy a

pszichológus őt minden szemtelensége, agresszivitása ellenére is érzelmileg vállalta.

5. E periódus lezajlása után a terápia nagy léptekkel halad előre. Először hajlandó azonosítani a regénybeli gyermek sorsát az ő helyzetével. A falszimbólum reális megfelelőjeként saját mozgásképtelenségét értelmezi, mely őt passzivitásra kényszeríti.

6. Magas tudatosítási szinten kezdi megfogalmazni otthoni helyzetét, azt, hogy a szülők őt érzelmileg nem vállalják. Spontán megfogalmazza, hogy mozgászavarával ugyanolyan négyéves gyermeket adott szüleinek, amilyen a regényben szereplő volt. Ezzel párhuzamosan agresszív periódus kezdődik a szülőkkel szemben, az így előidézett konfliktusokat azonban már érzelmileg tudja vállalni.

7. A szülőkkel szembeni agresszivitás oldásának útját olyan megfogalmazás jelzi, hogy ha egészséges lesz, lényegében új gyermeket ad szüleinek, aki már elég felnőtt ahhoz, hogy megtalálja a szülőkkel való konfliktusok megoldásának módját; kvázi, bánni tudjon szüleivel, és megteremtse a neki megfelelő életformát. Ez a megfogalmazás szorosan együtt jár a gyógyulás igenlésével.

Összefoglalásként az alábbiakat emeljük ki:

1. A terápia során a beteg mind pszichésen, mind mozgás szempontjából teljesen rendeződött. Az eset rendezése 150 foglalkozást, összesen 225 munkaórát vett igénybe. Minden foglalkozás egyórás pszichoterápiából és kb. félórás mozgásterápiai gyakorlatból állt. Az oki pszichoterápiás munka tehát rendkívül időigényes.

2. Meglepő, hogy a panaszok jelentkezésétől az ORFI és a Gyermekklinika közös vizsgálatáig terjedő egy év alatt — bár a gyermek hat egészségügyi intézményben fordult meg — a pszichogén mozgászavar lehetősége sehol sem vetődött fel. Ez felhívja a figyelmet az egyoldalú organikus szemlélet hátrányaira és a beteg komplex szomatikus és pszichikus vizsgálatának szükségességére.

3. Bár szuggesztív ráhatással a mozgászavar valószínűleg gyorsabban oldható lett volna, azonban a tüneti terápia a tünetváltás veszélyével fenyeget. A szervült tünet lényeges eleme a beteg pszichikus homeosztázisa fenntartásának, s ezért annak fokozatos és lassú elvonása az ésszerű, párhuzamosan az oki pszichoterápia folytatásával; a tünetet létrehozó és fenntartó pszichés anomália rendezésével.

## ÖSSZEFOGLALÁS

A szerzők pszichogén mozgászavarban szenvedő serdülő korú leány komplex terápiájáról számolnak be. Részletesen elemzik azokat a családon belüli emocionális konfliktusokat, amelyek a mozgászavar kialakulásában releváns szerepet játszottak. A konverziós mechanizmusok során kialakult mozgászavart úgy értékelik, mint arra irányuló kísérletet, hogy a beteg felbomlott emocionális homeosztázisát kóros reakciókkal próbálják visszaállítani. Kimutatják a mozgászavar keletkezését motiváló regresszív, agresszív és autoagresszív tendenciákat. A gyógyítást paralel végzett pszihoterápiával és mozgásterápiával kísérelték meg. Feltárják a pszichoterápia és mozgásterápia fontosabb állomásait, elemzik az egyes terápiás szakaszok főbb emocionális történéseit. Kitérnek a pszichoterápia egyes technikai nehézségeinek megoldására, amelyek abból fakadtak, hogy a beteg kezdetben nem vállalta a terápiás helyzetet, a szülők pedig mindvégig elutasítóak voltak a pszichoterápiás foglalkozásokkal szemben. Végül a szerzők megindokolják, hogy a rövidebb időtartamú, tüneti terápia helyett miért választották a hosszadalmasabb, oki pszichoterápiát és mozgásterápiát. Felhívják a figyelmet a mozgászavarok egyoldalú, organikus szemléletű megközelítésének veszélyeire.

A pszichoterápia és a mozgásterápia fázisai

Idő	Pszichoterápia	Mozgásterápia
1967	Regényt kezdünk írni	Lazító légzést kezdünk
IX.		Passzív kimozgatás
X.		A mozgás elképzelése
XI.	Regénybeli gyermek és önmaga azonosítása	Mozgás romlik!
XII.	A „fal”-szimbólum első megfogalmazása	Légzés nyitott szemmel
1968		Könyök és térd passzív megtartása
I.	A „fal”-szimbólum további megfogalmazása	A jó testrészt állandóan mozgatja, jobb karját megtartja
II.	A „fal”-szimbólum és a betegség összefüggése	Boka-térd szabad
III.	4 év = passzivitás = betegség	Csukló- és ujjgyakorlatok, írásgyakorlatok
	14 év = aktivitás = egészség	Állva tornázunk
IV.	14 éves életforma: az egészség vállalásnak programja	Talajgyakorlatok
V.	Szexuális problémák általában	Kimegyünk a szobából: járásgyakorlatok lépcsőn, kertben
	Első „szerelme”	Kimegyünk a kórházból, úszni járunk
VI.	A „megbetegedés” előtti este három változata	Térdét csak az órán hajlíttja, különben rendben
VII.	A „betegség” alatti fixáció tudatosulása	
VIII.	A büntudat teljes oldódása	Placebó nélkül, otthon is harmonikusan mozog
	A „betegség” utolsó megfogalmazása.	

- Ausubel, D. P.*: J. genet. Psychol. (1966).
- Brody, G. F.*: J. Personality 23 317 (1965).
- Freud, S., Breuer J.*: Studien über Hysterie. Wien (1916).
- Gegesi Kiss P. és P. Liebermann L.*: Személyiségzavarok gyermekkorban. Akadémiai Kiadó, Budapest (1965).
- Kretschmer, E.*: 1948. Hysterie, Reflex und Instinkt. G. Thieme Verl. Stuttgart (1948).
- Lapouse, R.*: Amer. J. Dis. Child 111 594 (1966).
- Loevinger, J.*: Amer J. Psychol. 21 195 (1966).
- Rafferty, F. T., Ingraham, B., Miller McLure, S.*: J. Nerv. Ment. Dis. 142, 127 (1966).
- Rechenberger, H. G.*: Prax. Kinderpsychol. 15, 33 (1966).



# V. STANDARDOK KISGYERMEKKORI PERLŐDÉS MAGYAR STANDARDJÁRA

Popper Péter – Szondi Mária

## I. A CUKKSEMÓ- ÉS KISGYERMEKKORI PERLŐDÉS MAGYAR STANDARDJÁNAK ELŐKÉSZÍTÉSE

### 1. Célkitűzés

A klinikai pszichológiai és a gyógypedagógiai vizsgálatban széleskörűen alkalmazott – a verbális és kooperációs készségeket mérő – általában csak 3 éves kortól tudatosítható. Ezért a 0–3 éves korosztály fejlettség szintjének megismerése módszertani szempontból meglehetősen problematikus. Megbízhatóan hitelesített magyar fejlődési standarddel (normákkal) nem rendelkezik. E korosztályok vizsgálatához leggyakrabban az ismert feladati standardokat szokták felhasználni. Ezeken hazai adaptációk ugyancsak léteznek.

A Egészségügyi Gyermekotthonok Országos Igazgatói Intézete működésének kezdetétől alkalmazta magát ezzel a problémával, hogy nem áll rendelkezésére olyan vizsgálati módszer, amely alkalmas arra, hogy a heterogén demográfus betegegyüttest (autizmus, pszichotikus, almasz.) differenciál-diagnosztikai szempontból megbízhatóan azekülje. A verbális és kooperációs készség mérésére a gyakorlatban még alkalmazhatóak jelentkeznek, gyakran megfigyelésüket kísérő feladatokat az ún. nonverbális tesztek alkalmazásának lehetőségeit kihasználva. S ha ez a nehézség a Módszertani Intézet munkatársai orvos, pszichológus, gyógypedagógus és pedagógus munkatársai különböző diagnosztikai, illetve terhelődiagnosztikai feladatok komplex alkalmazásával is a tudat, bíráló, ez témá-





# A CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKKORI FEJLŐDÉS MAGYAR STANDARDJA

Popper Péter—Szondy Mária

## I. A CSECSEMŐ- ÉS KISGYERMEKKORI FEJLŐDÉS MAGYAR STANDARDJÁNAK ELŐKÉSZÍTÉSE

### 1. Célkitűzés

A klinikai pszichológiai és a gyógypedagógiai vizsgálatban teljesítményteszteket — a verbális és kooperációs nehézségek miatt — általában csak 3 éves kortól tudunk alkalmazni. Ezért a 0—3 éves korosztály fejlettségi szintjének megítélése módszertani szempontból meglehetősen problematikus. Megbízhatóan hitelesített magyar fejlődési standarddal (normákkal) nem rendelkezünk. E korosztályok vizsgálatához leggyakrabban az ismert külföldi standardokat szokták felhasználni. Ezeknek hazai adaptációja ugyancsak hiányzik.

Az Egészségügyi Gyermekotthonok Országos Módszertani Intézete működésének kezdetétől szembetalálta magát azzal a problémával, hogy nem áll rendelkezésére olyan vizsgálati módszer, amely alkalmas arra, hogy a heterogén összetételű beteganyagot (oligofrén, határeset, hospitalizált pszeudodebil, halmozott fogyatékos, autisztikus, pszichotikus, afáziás stb.) differenciál-diagnosztikai szempontból megbízhatóan szelektálja. A verbális kifejezés, a kooperációs készség nehézségei a gyermekeknél még fokozottabban jelentkeznek, gyakran mozgászavarokkal kapcsolódva, s emiatt az ún. nonverbális tesztek alkalmazásának lehetősége is korlátozott. S ha ezt a nehézséget a Módszertani Intézet szakképzett orvos, pszichológus, gyógypedagógus és pedagógus munkatársai különböző diagnosztikai, illetve pszichodiagnosztikai módszerek komplex alkalmazásával át is tudták hidalni, ez semmi-

képpen sem járható út az ország számos egészségügyi gyermekotthona számára, ahol nem működnek hasonló összetételű team-ek.

A gyermekideggondozók, nevelési tanácsadók által végzett ambuláns vizsgálatok eredménye csak tájékoztató jellegűnek fogható fel, de semmiképpen sem tekinthető olyan teljes diagnózisnak, amely nemcsak a status praesens-t rögzíti, hanem megbízható differenciál-diagnosztikai munka eredményeképpen adatokat nyújt a fejleszthetőség és képezhetőség lehetőségének és optimális irányának eldöntéséhez, tehát prognosztikai értékű is.

A kevéssé kontaktus- és rapportképes gyermek esetében ehhez ambuláns vizsgálat nem elegendő, hanem hosszan tartó obszerváció, számos gyakorlati próbálkozás szükséges. Ennek alapja viszont csak a legtöbbször egyenetlen funkcionális fejlettségi szint pontos megállapítása és a fejlődés ütemének ismételt ellenőrzése lehet.

A magyar standard elkészítésének éppen az volt az alapvető célja, hogy *olyan objektív vizsgálati eszközt, mértéket adjon a pszichológusi, pedagógusi vagy gyógypedagógusi szakképesítéssel nem rendelkező védő-, gondozó- és ápolónők kezébe, amelynek segítségével kizárólag folyamatos megfigyelés alapján, különösebb metodikai felkészültség nélkül is, megbízhatóan ítélik meg a gondozásukra bízott gyermekek fejlődését, illetve fejlettség szintjét, és időben felfigyelhetnek a fejlődési zavarokra.*

A standard alkalmazása ezenkívül hasznos lehet állami gondozott, intézetben nevelt gyermekek fejlődésének folyamatos ellenőrzésére, illetve a retardáltak és fogyatékosok előzetes szelekciójára.

## 2. A standard kidolgozása

Standardizálni csak teljesítményekben megnyilvánuló képességeket lehet. Ezért irányítottuk figyelmünket elsősorban a *mozgás, a hallás és a beszéd* fejlődésére, mert itt az egyes funkciók teljesítményként is felfoghatók, mérhetők, illetve számszerűleg értékelhetők és kifejezhetők. A *szociális adaptáció* fejlettségi szintjének

megítéléséhez a gyermek és környezete közötti interakciókat vettük alapul, amelyek ugyancsak felfoghatók teljesítményként.

Az emocionális fejlődést standardizálni, számszerűleg is értékelhető teljesítményekben kifejezni nem lehet. Ezért a gyermekek emocionális fejlettségének megítéléséhez közvetett úton, a szociális adaptáció standardja nyújt adatokat.

A gondolkodás fejlődése is kifejezhető lett volna standardteljesítményekben. Azonban a gondolkodási funkciók fejlettségi szintjének megítéléséhez nem elegendő a pusztá megfigyelés, hanem művi feladathelyzetek szükségesek. Ez tehát már körültekintő szakvizsgálatot igényelne, amely meghaladná az eü. középkérdék módszertani lehetőségeit.

A standard elkészítéséhez felhasználtuk a *Gesell-*, a *Sheridan-*, a *Brunet-Lesine-*normák és a *Vineland Social Maturity Scale* adatait.

Előzetesen korrelációs számításokat végeztünk a standardok normái, illetve a standardok és a *Goodenough-*, a *Budapest Binet-(Lénárd—Baranyai-féle módosítás)* és a *Bühler—Hetzer-*tesztek eredményei között, 250 gyermek vizsgálata alapján.

Az egyes fejlődési standardok és tesztek korrelációs értékei a következőképpen alakultak:

Sheridan	Brunet—Lesine:	0,959546
Sheridan	Gesell:	0,949557
Sheridan és Gesell	Brunet—Lesine:	0,883874
Sheridan és Brunet—Lesine		
és Binet	Goodenough:	0,941833
Sheridan és Brunet—Lesine	Binet:	0,914069
Sheridan	Binet:	0,747829
Sheridan	Goodenough:	0,850187
Brunet—Lesine	Goodenough:	0,850193
Binet	Goodenough:	1,0

A magas korrelációs értékek azt bizonyítják, hogy a különböző standardok valóban az idegrendszeri, illetve a funkcionális érés folyamatát tükrözik, és normáikat a kontinentális vagy nemzeti kulturális, nevelési és szoktatási hagyományok csak kevésbé befolyásolják.

Ennek ellenére a három nemzetközileg is elismert fejlődési standardból csak azokat az elemeket vettük át, amelyek fedték egymást, azaz mindhárom standardban szerepeltek. A standardok adatait saját megfigyeléseink alapján leszűrt elemekkel egészítettük ki. Ezért munkánk csak részben tekinthető e standardok hazai adaptációjának.

A standard összeállításakor messzemenően támaszkodtunk azoknak a fejlődéslélektani kutatásoknak az eredményeire, amelyeket hazánkban *Pikler Emmi* és munkatársai, valamint *Kabainé Huszka Antónia* értek el. Értékes adataik munkánkhoz nagy segítséget nyújtottak.

E sokrétű anyag alapján a mozgás, a hallás—beszéd és a szociális adaptáció fejlődési menetét egymásra épülő funkcionális elemekre bontottuk.

### 3. A standard használata. A pontértékszámítás előnyei

A standard kialakításánál eltértünk attól a szokásos módszertől, hogy az egyes funkciók megjelenését szigorúan körülhatárolt életkorhoz kössük. A funkcionális fejlődés egyéni patternje ugyanis rendkívül széles szóródást mutat. A szűken körülhatárolt életkori adatok nem biztosítanak elég toleranciát a fejlődés ütemének egyéni különbségei számára. Különösen problematikus ez azokban az esetekben, ahol a fejlődést a környezeti tényezők eleve kedvezőtlenül befolyásolják, pl. intézeti gyermekeknél.

Ezért a mozgás, a hallás és beszéd és a szociális adaptáció fejlődésének egyes funkcionális elemeit bonyolultsági fokuknak megfelelő *pontértékekkel* honoráltuk.

A standardban számos azonos pontértékű funkcionális elem található. Ezzel kívánjuk a *fejlődés egyedi üteméből fakadó eltérések kiegyenlítődését elérni* az értékelésben. Azt kívánjuk elérni, hogy ha egyik vagy másik funkcionális elem — a normális szóródás határain belül — korábban vagy későbbben jelenik meg, ez ne befolyásolja ab ovo kedvezőtlenül vagy irreálisan a fejlettségi szint megítélését. E hatások között az egyes funkcionális elemek kvázi „helyettesíthetik” egymást, hiszen az idegrendszeri érettség és a funkcionális fejlettség azonos szintjét tételezik fel.

A standard használata igen egyszerű. *Alapos megfigyelés során megállapítjuk, hogy a gyermek az egyes területeken milyen funkcionális elemeket produkál. Ezeknek pontértékét összeadjuk. Az összesített pontérték alapján a mellékelt táblázat segítségével megállapíthatjuk a fejlettségi szintet.* (Az összpontérték valamenynyi funkcionális elem pontszámát tartalmazza. Tehát pl. egy kétéves gyermek esetében az elemi, csecsemőkorra jellemző funkciók pontértékeit is beszámítjuk.)

A fejlettségi szint alapján fejlettség kvóciens (FQ) számítható:

$$\text{FQ} = \frac{\text{fejlettségi szint (hónapokban)} \cdot 100}{\text{életkor (hónapokban)}}$$

A standard nemcsak az általános fejlettségi szint megítélésére alkalmas, hanem arra is, hogy külön-külön értékeljük a mozgás, a hallás és beszéd és a szociális adaptáció fejlettségét, tehát felismerjük az egyenetlen fejlődést, illetve a részleges fogyatékoságokat az értelem, érzék- vagy mozgásszervi fejlődés területén.

#### 4. A standard hitelesítése

A standard jelen formájában *kísérleti anyagnak* tekintendő. 1972 tavaszán előméréseket végeztünk korcsoportonként 10—10 családban nevelt, illetve 20—20 bölcsődés és intézeti gyermek vizsgá-

lata alapján (ld. a Függelék.) Az összesen 370 gyermek vizsgálatának adatai — a szükségszerűen jelentkező kisebb-nagyobb eltérések ellenére — meggyőztek arról, hogy helyes úton járunk. Az elővizsgálatok anyaga azonban *semmiképpen sem tekinthető reprezentatívnak. Ezért mindenképpen szükséges lenne a standard hitelesítése érdekében országos reprezentatív felmérést végezni.* Ez azonban saját lehetőségeinket meghaladja.

\*\*\*

Végül köszönetet kell mondanunk mindazoknak, akik részt vettek a standard anyagának összeállításában: *Várkonyi Zsuzsa, Glauber Anna* és *Rubinyi Emil* pszichológusoknak; *Király Erzsébet, Ács Ágnes* gyógypedagógusoknak és *Tóth Józsefné* pedagógusnak.

Köszönet illeti továbbá *dr. Kardos Andor* ig. főorvost, aki lehetővé tette és messzemenően támogatta, hogy az újpesti bölcsődékben, illetve az intézete által gondozott családoknál vizsgálatokat végezhesünk; valamint *dr. Vértés Évát*, a Himfy utcai csecsemőotthon igazgatóját, akinek intézetében ugyancsak módunk volt elővizsgálatokat végezni.

A 370 gyermek felelősségteljes és alapos vizsgálatát pszichológushallgatókból alakult munkacsoport végezte, amelynek *Kassa Katalin, Kelemen Piroska, Budavári Ágota, Harangi Rita, Schád László, Zsár Anna, Bárdos Katalin* és *Vágó Irén* voltak a tagjai.

A szükséges matemaikai számításokat *Gádor Anna* végezte el. Lelkiismeretes és gyors munkája lehetővé tette, hogy a szükséges korrekciókat már menetközben elvégezhesük.

## II. STANDARD PONTÉRTÉK JAVASLAT A MOZGÁS FEJLETTSÉGI SZINTJÉNEK KISZÁMÍTÁSÁHOZ

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
3-4	5-7	8-9	4. hét
10-14	15-19	20-22	2. hó
23-30	31-35	36-40	3. hó
41-45	46-60	61-65	4. hó
66-80	81-100	101-110	5. hó
111-120	121-140	143-145	6. hó
146-160	161-170	171-180	7. hó
181-200	201-230	231-240	8. hó
241-270	271-290	291-310	9. hó
311-330	331-360	361-370	10-11. hó
371-390	391-430	431-450	12-14. hó
451-530	531-670	671-710	15-17. hó
711-800	801-1000	1001-1090	18-23. hó
1091-1190	1191-1290	1291-1490	24-35. hó
1491-1630	1631-1850	1851-1930	36-47. hó

## III. A MOZGÁSFEJLŐDÉS STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
1. Háton fekvé fejét túlnyomórészt oldalt fordítja	1
2. Kezek ökölbe szorítva, hüvelykujját magukba zárják	1
3. Karok mozgása aktívabb, mint a lábaké. Karjaival időnként hirtelen széles mozdulatokat tesz. Ujjai ilyenkor szétnyílnak	1
4. A tenyerébe tett ujjat megszorítja	1

### III. A MOZGÁSFEJLŐDÉS STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
5. Hasra fektetve fejét egy-egy pillanatra emelgeti	1
6. Hasra fektetve kúszásszerű kapálódzó mozdulatokat végez	1 = 6
7. Oldalra fektetve hanyattfekvésbe fordul	2
8. Hasra fektetve fejét, vállát emelgeti	2
9. Ültetve vagy kezénél fogva ülésbe húzva, fejét egy-egy pillanatra egyenesen tartja	2 = 12
10. Háton fekve sima, folyamatos végtagmozgást végez	3
11. Háton fekve kezek puhán nyitottak	3
12. Kezével játszik, nézi, kapargál, lepedőt, ruhát húz	3
13. Csörgőt megfog, hirtelen mozdulatokkal ráz	3
14. Erősen rugdalózik	3
15. Hason fekve alsó karjára támaszkodik	3 = 30
16. Ülésbe húzás gesztusára vállát, karját emeli	4
17. Hason fekve lábszárai nyújtva vannak	4
18. Kezeivel aktívan tapogat, markolva fog	4
19. Hason fekvésből oldalra borul	4 = 46
20. Kevés segítséggel ül	5
21. Hanyatt fekve a pelenkából szabadulni igyekszik, aktív rugdalózás és koordinált kézmozgások segítségével	5
22. Taposó lábmozdulatokkal a takarót lerúgja	5
23. Elejtett csörgőt kézközlelől felmarkol	5
24. Tárgyért két kézzel nyúl, markolva megfog	5 = 71
25. Háton fekve fejét felemeli	6
26. Megtámasztva ül, fejét forgatva nézelődik	6
27. Kemény alapra állítva, hóna alatt tartva erősen rugózik	6



### III. A MOZGÁSFEJLŐDÉS STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
28. Önállóan hasra fordul	6
29. Elejtett tárgyat keres, megszerezni igyekszik	6
30. Mindkét kezével 1 – 1 tárgyat markolva fog	6
31. Tárggyal asztalt ütöget, kopog	6 = 113
32. Rövid ideig támasztás nélkül ül	7
33. Kis tárgyakat, gombokat maga felé kotor a tenyerével	7
34. Lábát szájához húzza, ujjait szájba veszi	7
35. Kevés felhúzással, zömmel saját erőből felül	8
36. Hüvelykujj segítségével kis tárgyat megfogni igyekszik	8
37. Tárgyakat összeütöget, dobál	8
38. Támasztás nélkül 1 – 2 percig bizonytalanul, de egyenesen ül	8
39. Felállítva, kézzel fogva, néhány pillanatig megtartja magát	8 = 174
40. Rácsba, korlátba kapaszkodva áll, súlyát megtartja, de még nem tudja magát leengedni, csak letotyan	9
41. Hóna alatt tartva váltott lábakkal járó mozgásokat végez	9
42. Kezek-lábak igen aktívak. Forgás, izgásmozgás által halad, megkísérel mászni	9
43. Szilárdan ül, előre hajlik és visszaegyenesedik	9
44. Kockát ujjjaival, gombot hüvelyk- és mutatóujjával fog meg	9
45. Tárgyakat érdeklődve megfog, egyik kezéből a másikba veszi, forgatja	9

### III. A MOZGÁSFEJLŐDÉS STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
46. Csörgőt ráz, csengővel csenget, zsinóron lévő karikát maga felé húz	9 = 227
47. Rácsnál felhúzza magát	10
48. Önállóan áll	10
49. Ha kapaszkodva áll, egyik lábát fel tudja emelni	10
50. Mászik	10
51. Ülésből lemegy hasonfekvésbe	10
52. Bögrébe eleresztés nélkül a kockát beteszi, kiveszi	10
53. Üvegben levő gombot figyel, ujjal utána nyúl az üvegen keresztül	10 = 307
54. Rácsba, bútorba kapaszkodva lehajol és fel-emelkedik	12
55. Rácsba, bútorba kapaszkodva oldalirányban lépeget	12
56. Mindkét, esetleg csak egyik kezénél vezetve sétál	12
57. Tárgyakat szándékosan leejt, ledob, esésüket figyel	12
58. Kockát bögrébe ejt	12
59. Kanállal keverő mozdulatokat utánoz	12
60. Kérő mozdulatra tárgyakat kézbe helyez	12
61. Ülésben manipulálva minden irányban elfordul	12 = 403
62. Széles alapú járással bizonytalanul jár, karjival egyensúlyoz, gyakran elesik, elakad vagy bútorba ütközik	15
63. Önállóan először nagykézlábra áll, majd feláll	15
64. Önállóan feltérdel	15
65. Négykézláb lépcsőn felmászik	15
66. Két kockát egymásra helyez	15

### III. A MOZGÁSFEJLŐDÉS STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
67. Edényt kockákkal telerak	15
68. Bemutatás után ceruzával firkáló mozdulatokat utánoz	15 = 508
69. Enyhén széles alapú járással biztosan jár, megáll és elindul	18
70. Merev testtartással szalad, szemét a földre szegezi, akadályokat kikerülni még nem tud	18
71. Járás közben kisebb tárgyakat tol maga előtt (pl. kisszéket)	18
72. Járás közben játékot visz magával	18
73. Kisszékbe hátrálva tottyan, vagy oldalról mászik be	18
74. Nagyszékbe arccal előre felmászik, megfordulva ül le	18
75. Kéznel vezetve lépcsőn felmegy	18
76. Játékot földről biztosan felemel	18
77. Spontán firkál	18
78. Utánozva 3 kockát egymásra helyez	18
79. Könyvben több lapot egyszerre lapoz	18
80. Laterális dominancia (jobb-bal kéz túlsúlya) első jelei látszanak	18
81. Bögréjét két kézzel emeli, önállóan iszik, csak keveset önt mellé, az üres bögrét visszanyújtja	18
82. Kanalát megfogja, étellel a szájához viszi	18
83. Edényből gombokat kiönt	18 = 738
84. Biztosan szalad, megáll, elindul, akadályt kikerül	24
85. Önállóan leguggol, guggolásból feláll	24
86. Zsinóron játékot húz maga után	24

### III. A MOZGÁSFEJLŐDÉS STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
87. Bútorra fel- és lemászik (pl. hogy az ablakon kinézessen)	24
88. Kapaszkodva, utánlépéssel fel-le jár a lépcsőn	24
89. Kislabdát dob	24
90. Nagy labdába belerúg	24
91. Cukrot papírból kibont	24
92. 6 kockából tornyot épít	24
93. Több kockát sorba rak (pl. vonatot épít)	24
94. Spontán körkörösén firkál	24
95. Könyvben egyenként lapoz	24
96. Öltöztetésnél segít	24
97. Kilincset próbál kinyitni	24 = 107 <sup>4</sup>
98. Lábujjhegyen tud járni	36
99. Lépcsőn önállóan váltott lábakkal felmegy, lefelé kapaszkodva, de váltott lábakkal jön	36
100. Két lábbal ugrál	36
101. Egy lépcsőről leugrik	36
102. Megtanítható féllábon állni	36
103. Bútorokra ügyesen mászik	36
104. 8 kockából tornyot épít	36
105. 3 kerekű biciklit pedálozva használ	36
106. Rajzait értelmezi, fejből álló embert rajzol, esetleg még egy testrészt megnevez, kört utánarajzol	36
107. Formarakásban + V T H formát utánoz	36
108. Kanállal egyedül eszik	36
109. Nadrágját, bugyiját felhúzza, lehúzza, de gombolni még nem tud	36
110. Egyedül kezet mos, törülközésben segíteni kell	36

### III. A MOZGÁSFEJLŐDÉS STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
111. Három kockából kapu, híd építésére megte- nítható	36 = 1578
112. Lépcsőn váltott lábbal egyedül megy fel-le, kapaszkodás nélkül	48
113. Létrára mászik	48
114. Lábujjhegyen szalad	48
115. Néhány másodpercig egy lábon ugrál	48
116. Néhány másodpercig egy lábon megáll	48
117. Hat kockából három lépcsőt épít	48
118. Kanállal, villával önállóan eszik	48
119. Öltözni, vetkőzni tud, önállóan gombol (a hátsó, nem látható gombolást kivéve)	48
120. Minta alapján kört rajzol	48
121. Papírt átlósan behajt	48 = 2058
122. Váltott lábakkal ugrálva előrehalad	60
123. Hosszabb ideig stabilan áll egy lábon	60
124. Háromszöget, négyszöget, egyszerű betűfor- mát minta után rajzol	60
125. Emberalakot, házat rajzol	60
126. Kanalat, villát, kést használ	60
127. Tíz kockából négyfokos lépcsőt épít	60

IV. STANDARD PONTÉRTÉK JAVASLAT A HALLÁS ÉS BESZÉD FEJLETTSÉGI SZINTJÉNEK KISZÁMÍTÁSÁHOZ

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
0-1	2-3	4-5	4. hét
6-9	10-13	14-16	2. hó
17-20	21-25	26-30	3. hó
31-36	37-48	49-54	4. hó
55-60	61-70	71-80	5. hó
81-90	91-100	101-110	6. hó
111-120	121-130	131-140	7. hó
141-145	146-150	151-155	8. hó
156-160	161-170	171-175	9. hó
176-180	181-185	186-190	10-11. hó
191-195	196-205	206-210	12-14. hó
211-230	231-270	271-290	15-17. hó
291-330	331-380	381-420	18-23. hó
421-560	561-780	781-1000	24-35. hó
1001-1200	1201-1500	1501-1700	36-47. hó

V. A HALLÁS- ÉS BESZÉD FEJLŐDÉS STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
1. Jó közérzet esetén kevés, halk, rövid torokhangot ad	1
2. Hirtelen erősebb zajra összerezzen, megmerevedik, esetleg sír	1
3. Megnyugtató emberi hangra, zenei hangra a sírást abbahagyja (kivéve, ha nagyon éhes)	1
4. Rövid ideig többfajta hangot (magánhangzót) ad	2=5
5. Ha jókedvű, gögicsél, ha mérges, sír	3

## V. A HALLÁS- ÉS BESZÉDFEJLŐDÉS STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
6. Hosszabb ideig ad magánhangzókat (vokalizál)	3
7. Barátságos beszédre hangválaszt ad (szociális hangválasz)	3
8. Mosolyog, kuncog	3
9. Bizonytalanul keresi a hangforrást	3
10. Ismerős hangra (anya) örömmel reagál, ha sír, lecsillapszik	3 = 23
11. Hangosan nevet	4
12. A hang irányába fordítja a fejét	4
13. Beszédre gögicséléssel válaszol	4
14. Örömeiben visít, sikongat	5
15. Tükörképére nevet	5 = 45
16. Rövid szótagokkal gagyog, dűnnyögő hangokat ad különösen játék közben, vagy ha beszélnek hozzá	6
17. Biztosan fordul a hangingerek irányába	6
18. Anyja vagy gondozója különféle hanghordozásaira adekvátan reagál	6
19. Éneklésszerű hangokat hallat	6
20. Ha mérges, erősen üvölt	6 = 75
21. Zárt ajakkal hümmögésszerű hangokat ad	7
22. Gagyogás közben többszótagú magánhangzókat ejt ki vokalizálva	7
23. Egy-egy szótagot határozottan, tisztán artikulálva ejt ki	8 = 97
24. Melodikusan gagyog	9
25. Szótagokat sorozatosan ismételi	9
26. Felnöttek játékos hangjait utánozni próbálja	9
27. Két szótagot kiejt	9

## V. A HALLÁS- ÉS BESZÉDFEJLŐDÉS STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
28. Több szótagot megismer, adekvátan reagál	9
29. Közlés céljából, és hogy a figyelmet magára vonja, hangot ad, kiált, figyeli a hatást, és ha az elmarad, újra kiabál	9 = 151
30. Egy-egy kétszótagú szót kiejt	10
31. Hangokat határozottan utánoz	10
32. Szóbeli tiltást megért	10
33. A „papa”, „mama” szavakon kívül még egy-két kétszótagú szót kimond, adekvátan használ	12
34. Nevét felismeri, arra azonnal reagál	12
35. Több szót, nevet, gesztussal, mozdulattal, arcjátékkal kísért egyszerű utasítást, kérést megért	12 = 217
36. Legalább hat szót mond	15
37. Ennél jóval több szót megért, számos tárgy nevét ismeri, adekvátan reagál, de ő még nem mondja	15
38. Gagyogásban különféle kifejező hangsúlyokat alkalmaz	15
39. Kívánságait szótagokkal kísért mutogatásokkal jelzi	15 = 277
40. Testrészeinek nevét ismeri, felszólításra megmutatja	18
41. Kb. 6-20 felismerhetően artikulált szót használ	18
42. Képeskönyvben több képet felismer, tárgyakat megmutat, egyet-egyét meg is nevez	18
43. A hozzá intézett mondatokból az utolsó szót ismétli	18
44. Játék közben folyamatosan, artikuláltan gagyog	18
45. 2-3 szót összekapcsol	21



# V. A HALLÁS- ÉS BESZÉDFEJLŐDÉS STANDARDJA

## A megfigyelés szempontjai

## Pontértékek

46. Elemi szükségleteit szóval vagy megszokott szótagokkal jelzi (enni-innivalót, bilit kér stb.)	21 = 409
47. Közléseiben túlsúlyban vannak a szavak az artikulált gagyogással szemben	24
48. Kb. 50 szót használ	24
49. 2-3 szavas mondatokat mond	24
50. Névmásokat kezd használni (te, enyém stb.)	24
51. Képeskönyvben több tárgyat megnevez	24
52. Számos szóbeli utasítást kísérő gesztus nélkül is végrehajt	24
53. Önmagát nevével emlegeti	24
54. Játék közben önmagához beszél	24
55. Erősen hangsúlyozott, többször ismételt szavakat utánamond	24
56. Tárgyak neveit kérdezi	24
57. Verseket, dalokat igyekszik a felnőttel együtt mondani, illetve énekelni	24 = 673
58. 200-on felüli aktív szókincse van, legtöbbször még hibás artikulációval	30
59. Teljes nevét megmondja	30
60. Névmásokat biztosan használ (te, enyém, tied, nekem stb.)	30
61. Önmagáról kezd egyes szám első személyben beszélni	30
62. Egyszerű eseményeket igyekszik elmondani, ha izgatott, gyakran dadog. (Ez fiziológiás, nem tekintjük beszédhibának.)	30
63. Az általa ismert tárgyakról elmondja, hogy mire használják	30

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
64. Szavakat egyszeri hallásra utánamond	30
65. Változatosan kérdez, nemcsak a tárgy nevére, hanem helyére, történésre is (mi?, hol? stb.)	30
66. Kisebb verses mondókákat elmond	30
67. Rövid mesemondást, felolvasást élvezettel hallgat	30 = 973
68. Képeskönyvben cselekvéseket megnevez	36
69. Többszámot használ	36
70. Nemét megmondja	36
71. Lakáscímét megmondja	36
72. Utasításokban ragokat kezd megérteni	36
73. Párbeszédet megért a mesében	36
74. Néhány gyerekverset tud	36
75. Önmagával folyamatosan beszélget, átélt eseményekről és teendőiről	36
76. Élményeiről beszámol	36
77. Kedvenc meséit ismételten hallani kívánja	36 = 1333
78. Három számot vagy szót ismétel	48
79. Artikulációja jó, legtöbbször csak a p, t, f, s, r, és v hangok kiejtésénél hibás	48
80. Összefüggően meséli élményeit, kedvenc meséit	48
81. Beszámolóiban valóság és képzelet keveredik	48
82. Megjelenik az ún. „mágikus hazugság”, lényege: a „meg nem történtté tevés” óhajának kifejezése, és nem a félrevezetés. Pl.: ha eltör valamit, azt mondja „nem én voltam”.	48
83. Életkorát ismeri	48
84. Meghallgat és elmond hosszú meséket	48

## V. A HALLÁS- ÉS BESZÉDFEJLŐDÉS STANDARDJA

	A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
85.	Ismert mesét hallgatva a legkisebb eltérést is kijavítja	48
86.	Szavak értelmét és a jelenségek okait is kérdezi (mi az?, miért?)	48 = 1765
87.	12 szótagból álló mondatot ismétel	60
88.	Reggelt és estét differenciál	60
89.	Artikulációja kifogástalan, legfeljebb az f, és s hangoknál hibás	60
90.	Születésnapját ismeri	60
91.	Elvont fogalmak értelmét kérdezi	60 = 2065

## VI. STANDARD PONTÉRTÉK JAVASLAT A SZOCIÁLIS ADAPTÁCIÓ FEJLETTSÉGÉNEK KISZÁMÍTÁSÁHOZ

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
0-1	1-2	3-4	4. hét
5-6	7-9	10-12	2. hó
13-16	17-20	21-24	3. hó
25-30	31-35	36-40	4. hó
41-50	51-60	61-70	5. hó
71-90	91-110	111-120	6. hó
121-130	131-140	141-150	7. hó
151-155	156-165	166-170	8. hó
171-180	181-190	191-200	9. hó
201-205	206-215	216-220	10-11. hó
221-235	236-255	256-270	12-14. hó
271-290	291-330	331-350	15-17. hó
351-390	391-470	471-500	18-23. hó
501-600	601-800	801-850	24-35. hó
851-900	901-1180	1181-1230	36-47. hó

## VII. A SZOCIÁLIS ADAPTÁCIÓ FEJLŐDÉSÉNEK STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
1. Megnyugtató emberi hangra lecsendesedik, a sírást abbahagyja	1
2. Látótérben levő mozgó tárgyat, embert, tekintetével követ	2
3. Barátságos beszédre, mosolyra hanggal, mosollyal válaszol (szociális hangválasz)	3
4. Ismerős hangra, személy megpillantására megnyugszik, örül	3
5. Ismerős helyzetekre (etetés, fürdetés stb. előkészülete) adekvát hang- és mozgásreakciókkal válaszol	3
6. Etetés közben kitartóan figyeli a mama arcát	3 = 15
7. Beszédre gögicséléssel válaszol	4
8. Ha a vele való foglalkozást abbahagyják (kontaktusmegszakítás), negatív reakciót ad (sír, elégedetlenséget kifejező hangokat ad, nyugtalan lesz, kapálódzó mozgásokat végez)	4
9. Örömeiben visít, sikongat	5
10. Tükörképére nevet	5 = 33
11. Ismerősöket és idegeneket megkülönböztet, az ismerősöket barátságos hang- és mozgásreakciókkal előnyben részesíti az idegenekkel szemben	6
12. Anyja különféle hanghordozásaira adekvátan reagál	6
13. Barátságos és barátságtalan arckifejezésre hasonló választ ad (mimikában, hangban, mozgásban)	6
14. Játék elvételére dühreakciók vagy elkeseredik	6
15. Ismételt játéksituációkra várakozással reagál	6

## VII. A SZOCIÁLIS ADAPTÁCIÓ FEJLŐDÉSÉNEK STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
16. Fejét forgatva nézelődik	6
17. Etetéskor kezeit a pohárra, üvegre helyezi, paszkolja	6 = 75
18. Tükörképe felé nyúl	7
19. Játékához ragaszkodik, nem adja oda	7
20. Környezetével kapcsolatfelvételt kezdeményez, hanggal, gesztussal, „megszólít”	7
21. A „kukucs” játékot élvezi	8 = 104
22. Mozdó tárgy, ember, állat után testével, fejével fordul	9
23. Idegen elől visszahúzódik, csak biztatásra közeledik	9
24. Felszólításra tárgyat odanyújt, de nem ad át	9
25. Több szót, kifejező szótagot megismer, adekvátan reagál	9
26. Közlés céljából, és hogy a figyelmet magára vonja, hangot ad, kiált, figyelni a hatást, és ha az elmarad, újra kiabál	9
27. Tiltást megért	10
28. Egyszerű helyzeteket megért, adekvátan reagál (pl. búcsú — pá-pá stb.)	10 = 169
29. Mozgást kitartóan figyel	12
30. Nevére azonnal reagál	12
31. Több szót, nevet, gesztussal kísért egyszerű utasítást, kérést megért (add ide, gyere ide stb.)	12
32. Kérő mozdulatra tárgyat kézbe ad	12
33. Ha játékaival, viselkedésével, mimikájával stb. sikert, nevetést kelt, megismétli a produkciót, élvezi a sikert	12

VII. A SZOCIÁLIS ADAPTÁCIÓ FEJLŐDÉSÉNEK STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
34. Öltöztetésnél, etetésnél kezd együttműködni (kanalat ő is fogja, lábát nyújtja stb.)	12 = 241
35. Akaratát kifejező hanggal kísért mutogatással jelzi	15
36. Figyelmét az utcai forgalom tartósan leköti, szívesen néz ki az ablakból	15
37. Környezete iránt állandóan érdeklődik, szobában, lakásban tájékozódik, az új dolgok felkel- tik figyelmét	15
38. Poharát, kanalát tartja, szájához veszi	15 = 301
39. Jelzi, ha bepisilt, bekakilt	18
40. Kezdődő szerepjáték (baba dajkálása, csokol- gatása, etetése)	18
41. Bögréből önállóan iszik, kanállal önállóan eszik, csak keveset önt mellé	18
42. Testrészeit, környezetének elemi tárgyait ismeri, felszólításra megmutatja	18
43. Szidásra szomorúsággal vagy haraggal reagál	18
44. Ha más gyerek vagy felnőtt iránt szimpátiát mutatnak, kedveskednek, féltékenység jeleit mutatja (közbefurakszik, felhívja magára a fi- gyelmet, dühös vagy elkeseredik)	18
45. Ha játék közben kudarc éri, elkeseredik vagy dühös	18
46. Enni kér, bilit kér	21
47. A felnőttet húzza, hogy megmutasson valamit	21 = 469
48. Mesét kitartóan hallgat (tv-mesét, diafilmet néz), a történetekre megfelelően reagál	24
49. A környezet felnőtt tagjainak a hangulatát átveszi	24

VII. A SZOCIÁLIS ADAPTÁCIÓ FEJLŐDÉSÉNEK STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
50. Dicséretnek örül	24
51. Felszólításra rövid ideig segít, vagy tapintatosan viselkedik (pl. csendben marad)	24
52. Játékaihoz ragaszkodik, de kedves rábeszélésre, indoklásra odaadja	24
53. Kanállal ügyesen bánik, kézbe adott darabos ételt önállóan eszik	24
54. Öltöztetésnél, mosdatásnál segít, egy-egy egyszerűbb részműveletet önállóan elvégz	24
55. Felnőtt egyszerű utasításait, tiltásait a felnőtt jelenlétében betartja	24
56. Szerepjátékokat játszik	24
57. Ha a játékban kudarc éri, a felnőttől segítséget kér	24
58. Felszólításra osztozik (ételből, cukorból ad, megkínál stb.)	24 = 733
59. Szégyenérzet, büntudat kezd kialakulni	30
60. Megjelennek a szóbeli dacreakciók, „nem”, erőltetésre, agresszív válaszra dührohamot kap (földhöz veri magát stb.)	30
61. Villával önállóan eszik	30
62. Állandó, „tabuszerű” tiltásokat respektál	30
63. A felnőtt környezet hangulatát nemcsak átveszi, hanem együttérzését is kifejezi	30
64. Felnőttnek spontán segíteni akar	30
65. Felnöttek ígéreteit rövid ideig számon tartja	30 = 943
66. Mesék, történetek cselekményére együttérzéssel reagál (izgul, sajnál stb.)	36

## VII. A SZOCIÁLIS ADAPTÁCIÓ FEJLŐDÉSÉNEK STANDARDJA

A megfigyelés szempontjai	Pontértékek
67. Önállóan levetkőzik	36
68. Egyszerűbb ruhadarabokat egyedül felvesz	36
69. Gyerekközösségben változatos kapcsolatai kezdenek kialakulni, időszakosan barátai és haragosai vannak	36
70. Társaival közösen játszik	36
71. Felnőtt utasításait, tiltásait annak távollétében is betartja (pl. rakd el a játékaidat, a rádióhoz nem szabad nyúlni stb.)	36
72. Tárgyra, eseményre, ígéretre a szokás vagy ok ismeretében várni képes, azokat huzamosabb időn át számon tartja	36
73. Szerepjátékban megjelenik a szabályok betartása	36 = 1231

## VIII. FÜGGELÉK

(A különböző standard értékek összehasonlító táblázatai)

### *1. A mozgásfejlődés standard értékeinek összehasonlító táblázatai*

Standard pontértékek  
a mozgásfejlettség szintjének kiszámításához

A Gesell, a Sheridan, a Brunet – Lesine és a Vineland Social Maturity Scale normáinak felhasználása alapján



Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
3	6	9	4. hét
10	15	20	2. hó
21	29	37	3. hó
38	48	58	4. hó
59	75	91	5. hó
92	107	122	6. hó
123	138	153	7. hó
154	179	204	8. hó
205	238	271	9. hó
272	313	354	10 – 11. hó
355	405	455	12 – 14. hó
456	549	642	15 – 17. hó
643	749	945	18 – 23. hó
946	1190	1434	24 – 35. hó
1435	1646	1857	36 – 47. hó

### Standard pontértékek

a mozgásfejlettség szintjének kiszámításához az előmérések adatainak (intézeti, bölcsődei, a családban nevelt gyermekek) súlyozott átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
3	6	9	4. hét
10	18	25	2. hó
22	34	44	3. hó
41	56	69	4. hó
65	93	120	5. hó

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
112	135	171	6. hó
140	180	196	7. hó
187	212	267	8. hó
242	280	325	9. hó
299	362	433	10–11. hó
386	404	451	12–14. hó
470	706	819	15–17. hó
745	942	1221	18–23. hó
1127	1335	1552	24–35. hó
1453	1845	2018	36–47. hó

### Standard pontértékek

a mozgásfejlettség szintjének kiszámításához a családban nevelkedett gyermekek átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
3	7	9	4. hét
10	21	31	2. hó
24	39	50	3. hó
45	65	80	4. hó
70	110	150	5. hó
130	164	220	6. hó
170	195	240	7. hó
200	245	330	8. hó
280	342	380	9. hó
360	392	440	10–11. hó
410	453	480	12–14. hó

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
480	710	900	15–17. hó
880	1010	1200	18–23. hó
1150	1345	1430	24–35. hó
1431	1740	1855	36–47. hó

### Standard pontértékek

a mozgásfejlettség szintjének kiszámításához a bölcsődés gyermekek átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
—	—	—	10–11. hó
355	406	455	12–14. hó
456	616	655	15–17. hó
656	917	1130	18–23. hó
1050	1212	1470	24–35. hó
1435	1892	2160	36–47. hó

### Standard pontértékek

a mozgásfejlettség szintjének kiszámításához az intézeti gyermekek átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
337	342	367	10–11. hó
355	371	414	12–14. hó
410	606	860	15–17. hó
646	901	1292	18–23. hó
1162	1413	1708	24–35. hó
1692	1722	1754	36–47. hó

2. A hallás- és beszédfejlődés standard értékeinek összehasonlító táblázatai

Standard pontértékek

a hallás- és beszédfejléttségi szint kiszámításához Gesell, Sheridan, Brunet – Lesine, Vineland Social Maturity Scale normáinak felhasználása alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejléttségi szint
1	2	3	4. hét
4	5	6	2. hó
7	16	25	3. hó
26	32	38	4. hó
39	44	49	5. hó
50	65	80	6. hó
81	88	95	7. hó
96	100	104	8. hó
105	132	159	9. hó
160	175	190	10–11. hó
191	209	227	12–14. hó
228	258	288	15–17. hó
289	334	379	18–23. hó
380	533	686	24–35. hó
687	1017	1347	36–47. hó

# Standard pontértékek

a hallás- és beszéd fejlettségi szintjének kiszámításához az előmérések adatainak (intézeti, bölcsődés, és családban nevelt gyermekek) súlyozott átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
1	4	5	4. hét
5	14	18	2. hó
16	25	33	3. hó
32	43	62	4. hó
55	72	100	5. hó
80	105	120	6. hó
110	126	132	7. hó
130	134	157	8. hó
140	162	170	9. hó
164	172	190	10–11. hó
180	197	248	12–14. hó
206	258	332	15–17. hó
267	341	437	18–23. hó
350	733	1158	24–35. hó
1146	1610	1847	36–47. hó

## Standard pontértékek

a hallás- és beszéd fejlettségi szintjének kiszámításához a családban nevelt gyermekek átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
1	5	7	4. hét
6	23	30	2. hó
28	34	40	3. hó
37	54	85	4. hó
70	99	130	5. hó
114	143	160	6. hó
150	173	180	7. hó
192	214	220	8. hó
218	222	230	9. hó
234	240	258	10–11. hó
250	256	280	12–14. hó
268	288	360	15–17. hó
320	420	620	18–23. hó
500	920	1550	24–35. hó
1400	1563	1670	36–47. hó

Standard pontértékek

a hallás- és beszéd fejlettségi szintjének kiszámításához a bölcsődés gyermekek átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
—	—	—	10–11. hó
70	132	220	12–14. hó
165	217	290	15–17. hó
290	315	385	18–23. hó
380	622	710	24–35. hó
710	1681	1980	36–47. hó

Standard pontértékek

a hallás- és beszéd fejlettségi szintjének kiszámításához az intézeti gyermekek átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
133	145	158	10–11. hó
148	160	195	12–14. hó
182	226	281	15–17. hó
264	321	562	18–23. hó
477	662	1159	24–35. hó
1040	1248	1640	36–47. hó

3. A szociális adaptáció standard értékeinek összehasonlító táblázatai

Standard pontértékek

a szociális adaptáció fejlettségi szintjének kiszámításához Gesell, Sheridan, Brunet – Lesine és a Vineland Social Maturity Scale felhasználása alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
0	1	2	4. hét
3	4	5	2. hó
6	12	18	3. hó
19	23	27	4. hó
28	33	38	5. hó
39	60	81	6. hó
82	90	102	7. hó
103	107	111	8. hó
112	134	156	9. hó
157	167	177	10–11. hó
178	214	250	12–14. hó
251	281	311	15–17. hó
312	376	440	18–23. hó
441	606	771	24–35. hó
772	1006	1240	36–47. hó



## Standard pontértékek

a *szociális adaptáció* fejlettségi szintjének kiszámításához az elő-  
mérések adatainak (intézeti, bölcsődei és a családban nevelt gyer-  
mekek) *súlyozott* átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
0	2	4	4. hét
3	10	15	2. hó
12	19	29	3. hó
21	33	43	4. hó
41	62	91	5. hó
69	98	112	6. hó
102	115	151	7. hó
120	135	215	8. hó
141	222	264	9. hó
236	282	314	10–11. hó
298	332	354	12–14. hó
348	372	385	15–17. hó
381	470	591	18–23. hó
481	728	989	24–35. hó
838	1098	1203	36–47. hó

## Standard pontértékek

a *szociális adaptáció* szintjének kiszámításához a *családban* nevelt gyermekek átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
1	3	5	4. hét
4	17	25	2. hó
20	30	41	3. hó
35	48	59	4. hó
55	92	144	5. hó
100	156	164	6. hó
160	181	200	7. hó
194	228	246	8. hó
225	274	298	9. hó
282	326	360	10–11. hó
334	346	380	12–14. hó
362	378	392	15–17. hó
385	580	830	18–23. hó
620	847	1063	24–35. hó
1060	1143	1200	36–47. hó

Standard pontértékek

a *szociális adaptáció* fejlettségi szintjének kiszámításához a *bölcsődés* gyermekek átlaga alapján

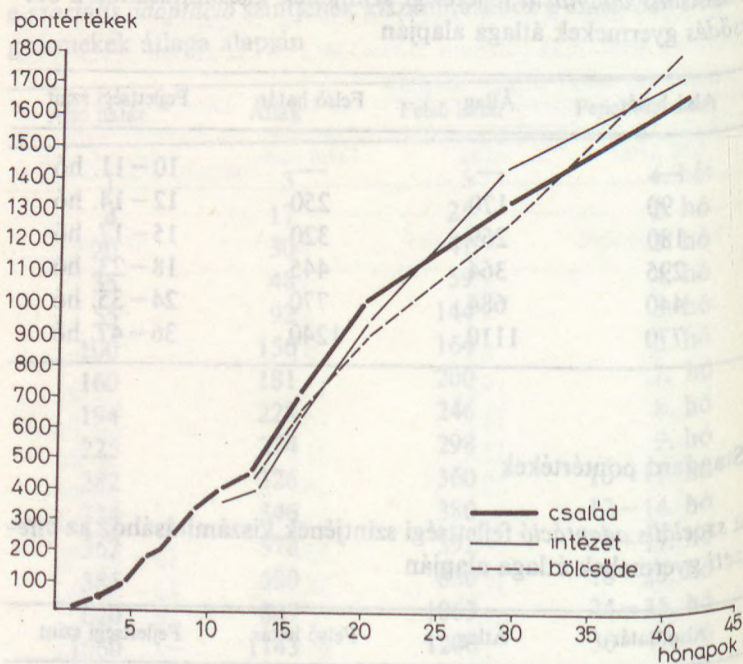
Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
—	—	—	10–11. hó
90	170	250	12–14. hó
180	269	320	15–17. hó
295	364	445	18–23. hó
440	684	770	24–35. hó
770	1110	1240	36–47. hó

Standard pontértékek

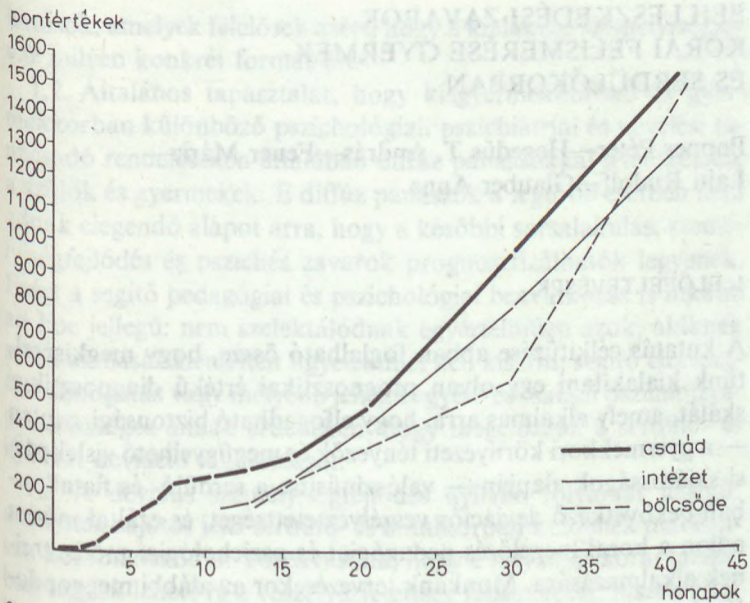
a *szociális adaptáció* fejlettségi szintjének kiszámításához az *intézeti* gyermekek átlaga alapján

Alsó határ	Átlag	Felső határ	Fejlettségi szint
162	170	184	10–11. hó
173	189	217	12–14. hó
195	349	382	15–17. hó
361	446	487	18–23. hó
498	705	1084	24–35. hó
849	1216	1285	36–47. hó

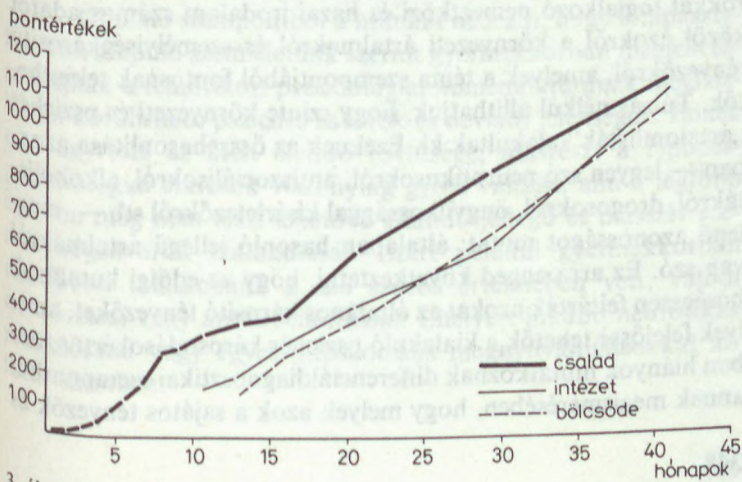
4. A családban nevelt, a bölcsődés és az intézeti gyermekek fejlődésének összehasonlító grafikonjai az elővizsgálatok alapján



I. ábra. A mozgás fejlődése



2. ábra. A hallás és a beszéd fejlődése



3. ábra. A szociális adaptáció fejlődése

# BEILLESZKEDÉSI ZAVAROK KORAI FELISMERÉSE GYERMEK- ÉS SERDÜLŐKORBAN

Popper Péter—Hegedűs T. András—Feuer Mária—  
Lajti Rudolf—Glauber Anna

## 1. ELŐFELTEVÉSEK

A kutatás célkitűzése abban foglalható össze, hogy megkíséreltünk kialakítani egy olyan prognosztikai értékű diagnosztikus skálát, amely alkalmas arra, hogy elfogadható biztonsági szinten — a gyermekkori környezeti tényezők és megfigyelhető viselkedési sajátosságok alapján — valószínűsítse a serdülő- és fiatalkorban bekövetkező deviációs veszélyeztetettséget, és ezáltal módot adjon a korai megelőzés pedagógiai és pszichológiai módszereinek alkalmazására. Munkánk tervezésekor az alábbi megfontolások vezettek:

1.1. A különböző deviációs jelenségekkel és személyiségzavarokkal foglalkozó nemzetközi és hazai irodalom számos adatot közöl azokról a környezeti ártalmakról és személyiségkárosító tényezőkről, amelyek a téma szempontjából fontosnak tekinthetők. Túlzás nélkül állíthatjuk, hogy szinte környezeti és pszichés „ártalomlisták” alakultak ki. Ezeknek az összehasonlítása azonban — legyen szó neurotikusokról, antiszociálisokról, alkoholistákról, drogosokról, öngyilkossággal kísérletezőkről stb. — meglepő azonosságot mutat: általában hasonló jellegű ártalmakról van szó. Ez arra enged következtetni, hogy az eddigi kutatások bőségesen feltárták azokat az általános károsító tényezőket, amelyek felelőssé tehetők a kialakuló pszichés károsodásokért: azonban hiányok mutatkoznak differenciáldiagnosztikai szempontból annak megismerésében, hogy melyek azok a sajátos tényezők és

hatások, amelyek felelősek azért, hogy a kialakuló személyiségzavar milyen konkrét formát ölt.

1.2. Általános tapasztalat, hogy kisgyermekkorban és gyermekkorban különböző pszichológiai, pszichiátriai és nevelési tanácsadó rendeléseken általában diffúz panaszokkal jelentkeznek a szülők és gyermekek. E diffúz panaszok a legtöbb esetben nem adnak elegendő alapot arra, hogy a későbbi sorsalakulás, személyiségfejlődés és pszichés zavarok prognosztizálhatók legyenek. Ezért a segítő pedagógiai és pszichológiai beavatkozás is inkább ad hoc jellegű: nem szelektálnak egyértelműen azok, akiknek sorsalakulását kiemelten figyelemmel kell kísérni; segítő életvezetési támogatás vagy mélyebb jellegű egyéni és családi pszichoterápia szükséges annak érdekében, hogy megelőzzük a serdülő- és ifjúkori deviáció kialakulását.

1.3. A deviáns személyiségfejlődés nyilván folyamat jellegű, amelynek sajátos jelei serdülő- és fiatalkorban kezdenek markánsan körvonalazódni. Törekvésünk, hogy e folyamat korai fázisában tegyük lehetővé a veszélyeztetettség felismerését, hiszen általános tapasztalat, hogy a megelőző beavatkozás annál hatékonyabb, minél korábbi fejlődési szakaszban kerül rá sor.

1.4. Klinikai szempontból a munkát nehezíti, hogy a tapasztalatokon alapuló szemléletünk szerint gyermekkorban meglehetősen ritkák a felnőttkori pszichológiai nomenklatúrának megfelelő, jól körülírható pszichés zavarok és deviáns jelenségek. Ennek oka egyrészt az átélt életidő rövidege, másrészt a fejlődés-pszichológiai ciklusok viszonylag gyors váltása, ami a legtöbb esetben még nem teszi lehetővé állandó jellegű és masszív személyiségzavarok kialakulását. Ezért például gyermekkorban ritkábban találkozunk a szó szoros értelmében vett, valódi neurózissal vagy antiszocialitással. Ehelyett inkább neurotikus reakciókkal vagy egyes antiszociális megnyilvánulásokkal állunk szemben.

1.5. A kutatás kereteinek meghatározása érdekében önmagunk számára munkahipotézisként definiálnunk kellett a deviáció fogalmát. Ennek megfelelően:

„A deviáció olyan személyiségzavar, amelynek vezető tünete a viselkedés szintjén a társadalmi szokás- és normasértés. A deviáns viselkedés tehát mindig társadalmi értéket támad, veszélyeztet vagy pusztít.”

Ennek alapján a deviáns jelenségek körébe soroljuk:

- a bűnözést,
- az öngyilkosságot és annak kísérletét,
- az alkoholizmust és a kábítószeres használatát,
- valamint azokat a szexuális rendellenességeket, amelyeknek normasértő jellegük van (például exhibicionizmus, megrontás, nemi erőszak).

1.6. Végül szemléletünk szerint a gyermek és a serdülő nem tekinthető kizárólagosan reaktív lénynek. Már ebben az életkorban sem hagyható figyelmen kívül a személyiség önszabályozása. Ennek megfelelően a környezeti ártalmak az esetek többségében nem tekinthetők a kóros személyiségfejlődés okainak, hanem csak feltételeinek. A közvetlen ok az élményfeldolgozó mechanizmus, amellyel a személyiség a környezeti hatásra reagál. Ezért a kutatásnak egyrészt valóban a környezeti károsító és veszélyeztető faktorokra kell irányulnia, másrészt azonban vizsgálni kell a gyermeki személyiségfejlődést és élményfeldolgozó mechanizmust, különös tekintettel az elaborációs-szublimációs lehetőségekre, az értékorientációra, az ideálképzésre, valamint az intellektuális, emocionális, morális és mechanikus fékrendszerekre. Összetett pedagógiai, pszichológiai és szociológiai feladatról van tehát szó.

(...)



### 3. EMPIRIKUS VIZSGÁLATOK

A téma kidolgozása érdekében háromféle empirikus vizsgálatot végeztünk:

1. katamnesztikus vizsgálatok,
2. pedagógusinterjúk,
3. klinikai vizsgálatok.

#### 3.1. Katamnesztikus vizsgálatok

Célkitűzésünk érdekében fel kívántuk használni azt a nagy értékű dokumentációs anyagot, amelyet a SOTE I. sz. Gyermek-klinikáján 1938 óta működő gyermekpszichológiai rendelés archívuma megőrzött. Célunk az volt, hogy kifejezetten a későbbi deviáns karakteralakulás szempontjából adatokat kapjunk azokról az eseteinkről, akiket gyermekkorukban különböző pszichés panaszok miatt klinikánkon kezeltek. Ez a katamnesztikus vizsgálat tulajdonképpen három munkafázisból állt:

- informatív adatgyűjtés,
- az ifjú- és felnőttkorban deviáns karriert befutott esetek gyermekkori pszichológiai vizsgálati anyagának feldolgozása (panaszok, tünetek, anamnesztikus és exploratív anyagok, tesztvizsgálatok, pszichoterápiás dekurzusok),
- klinikai pszichológiai utóvizsgálatok (deviáns karriert befutott egykori betegek felnőttkori személyiségvizsgálata).

A relatíve homogén anyag biztosítása érdekében vizsgálatunkba azokat a betegeinket is bevontuk, akik 1947 és 1963 között álltak kezelés alatt.

Az anyaggyűjtés két ütemben folyt:

- a) Először az 1947 és 1961 között kezelt 2150 volt betegünknek küldtünk ki kérdőívet (1. melléklet). Ettől a csoporttól 760 feldolgozható kérdőívet kaptunk. (A továbbiakban „Első csoport”.) A használható válaszok aránya tehát: 35,3%.

b) Ezt követően a vizsgálatot kiterjesztettük az 1963-ig kezelt betegekre. (A továbbiakban: „Teljes csoport”.)

A teljes csoport néhány adata:

Kiküldött kérdőív összesen: 5300

Ebből feldolgozható: 1746 (33,1%)

Életkori szórás

— a vizsgálat idején: 5—19 év

(a többség 6—13 éves kor között)

— az utóvizsgálat idején: 20—48 év

(a többség 33—40 év között)

A gyermekkori vizsgálat óta eltelt idő: 14—30 év

A gyermekkorban deviáns magatartás miatt kezeltek száma:  
266 fő

Felnőttkorban deviáns karriert befutott, de gyermekkorban egyéb panaszok miatt kezelt: 194 fő

Ebből a vizsgálati anyagból tehát deviancia szempontjából érintett volt 460 fő (26,9%).

A felnőttkorban deviáns karriert befutott egykori eseteinket klinikai pszichológiai utánvizsgálatra visszahívtuk, közülük 93 jelent meg klinikánkon. E 93 esetről az azóta eltelt időszakra vonatkoztatva autoanamnézis, exploráció, valamint *Rorschach*-, *Szondi*- és *MMPI*-teszt készült.

Mint látható, a kérdőív szándékosan rövidre tervezett, és csak arra koncentrált, hogy az egykori esetekről tényszerű adatokat kapjon a későbbi pszichopatológiai történések, ezen belül a devianciák szempontjából.

A gyermekkori vizsgálatától eltelt hosszú időtartamot figyelembe véve a válaszolási arányszám nem rossz, beleszámítva azt is, hogy jelentős számú gyerek jelenlegi címét már nem sikerült felkutatnunk.

Hibaforrásként természetesen számolni kell egyrészt a valótlan, szépitett válaszok lehetőségeivel, másrészt azzal, hogy feltételezhetően éppen a nem válaszolók között található a súlyos mérték-

ben deviáns személyek. (Ezt a nehézséget csak minimálisan hidal-  
ta át, hogy az elérhető hozzátartozót is feljogosítottuk a válasz-  
adásra.)

Ezzel együtt megítélésünk szerint a hazánkban működő klini-  
kai pszichológiai rendelések közül kevés helyen található ilyen  
hosszú időre visszamenőleges archív anyag, ezért még a hibafor-  
rások figyelembevételével is rendkívül érdekes adatok birtokába  
jutottunk régi gyermekkori eseteink felnőtt sorsalakulására vo-  
natkozóan.

A teljes vizsgálati anyagot itt nincs módunk bemutatni, de  
kiemeljük az alábbiakat, kifejezetten a gyermekkori deviáns tüne-  
teket mutató esetekre vonatkoztatva (1. táblázat).

A vizsgálati anyag újabb eredményei meglehetősen markáns  
képet rajzolnak a pszichoterápiás munka hatékonyságára vonat-  
kozóan. Ennek részleteibe most nem mehetünk bele. Kiemelve a  
deviáns panaszok miatt kezelteteket, durván az esetek 60%-ánál  
sikerült eredményt elérni. Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy a  
pszichoterápiában részesültek közel egyharmadánál, bár a devi-  
áns magatartás megszűnik, tényleges gyógyulásról mégsem be-  
szélhetünk, mert tünetváltás következik be. Szociális szempont-  
ból azonban ez is részleges eredménynek tekinthető.

Figyelemre méltó, hogy ebben a mintában a későbbi sorsalaku-  
lás során összesen hat esetben manifesztálódott pszichózis. Ezt  
azért tartjuk lényegesnek, mert gyakori a feltételezés, hogy külön-

1. táblázat

A zavar jellege	Panaszmentes lett	Továbbra is előfordult	Más pszichés tünetre váltott
Közösségi beilleszkedési zavar	67,5	—	32,5
Szexuális zavar	66,7	3,7	29,6
Szuicid kísérlet	57,1	28,6	14,3
Kriminalitás	50,0	21,3	28,7

böző pszichés zavarok címén később manifesztálódó pszichózisok előtűneteit, prodromális fázisát kezelik a gyermekpszichológiai rendeléseken. Eredményeink ezt cáfolják.

A teljes minta alapján kigyűjtött és feldolgozott vizsgálati eredményeknek a deviáció szempontjából lényeges elemeit a prognosztikai skála tartalmazza, ezért ezeket külön nem mutatjuk be. Általánosságban leírható, hogy — különösen a 93 esetben végzett feldolgozott utánvizsgálat alapján — a deviáns veszélyeztetettség szempontjából különösen előtérbe került tényezők az alábbiak:

- érzelmi infantilizmus, kifejezett fixációs tünetek;
- fokozott dependenciaigény és ennek túlkompenzálása;
- a pszichés feszültségek intrapszichikus szabályozásának zavarai, különösen az agresszió vonatkozásában;
- a képességeket meghaladó irreális becsvágy, kudarcok az életvezetésben;
- zavarok a pszichoszexuális fejlődésben.

Szignifikáns adatokhoz jutottunk a felnőttkori szuicídium vonatkozásában. E téren különösen veszélyeztetettnek bizonyult három csoport:

- a gyermek- és serdülőkorban szuicídiummal kísérletezők;
- az antiszociális viselkedésűek;
- a hormonális zavarban szenvedők.

### 3.2. Pedagógusinterjúk

A deviáns veszélyeztetettség korai felismerésére a családon kívül elsősorban az intézményes pedagógiai környezetben van lehetőség. A klinikai esetvizsgálatok során foglalkoztunk természetesen a gyerekek családjával is, azonban ez végső soron exploratív jellegű anyag, és mint ilyen került feldolgozásra. Szükségessé láttuk tehát, hogy célzott interjúkat készítsünk pedagógusokkal — közöttük budapesti és vidéki iskolák gyermekvédelmi felelőseivel —, gyermekvédelmi és gyámügyi szakemberekkel, a több helyen működtetett utógondozói hálózat munkatársaival. A

prognosztikai értékű szűrőskála szempontjából ugyanis fontos, hogy mire terjed ki a szakemberek figyelme, és miről van módjuk munkájuk végzése közben információt szerezni.

A célzott interjúkat az alábbi témakörök szerint csoportosítottuk:

- Kit tartanak deviánsnak?
- Mi a deviáció oka?
- Miből veszik észre a deviáns veszélyeztetettséget?

Ezeket az általánosan megfogalmazott kérdésköröket igyekeztünk a gyakorlatunkban előforduló egyedi esetekre konkretizálni.

Összesen 183 interjú készült el, kb. 2000 oldal terjedelemben. Az interjúk első tapasztalata az volt, hogy a megkérdezettek körében rendkívül nagy fogalomzavar uralkodik. A deviáció szempontjából veszélyeztetett gyerekekre igen sok és különféle jelentéstartalommal felruházott megjelölést alkalmaznak. (Problémás, veszélyeztetett, deviáns, bűnelkövető, szipózó, csavargó, nehezen beilleszkedő, nehezen nevelhető, destruktív, agresszív, bűnöző, nyugtalan, extravagáns, laza erkölcsű, indulatos, rapszodikus, brutális, primitív, elutasító, durva, túlmozgásos, magányos stb.)

A deviáció okaként a pedagógusok és a gyámügyi gyermekvédelmi szakemberek leggyakrabban az alábbi tíz tényezőt említik:

- felbomlott család,
- szülők alkoholizmusa,
- kulturálatlan, primitív miliő,
- elhanyagoló nevelés,
- rossz szociális, anyagi helyzet,
- brutális bánásmód,
- a család laza erkölcsi normái,
- a gyermeket érzelmileg elutasító szülők,
- kriminalitás a családban,
- lakótelepi életforma.

A rangsor gyakorisága sorrendet reprezentál. Feltűnő, hogy a hangsúly szinte kizárólag a reális környezeti faktorokon van, személyiségfejlődésről, karakterológiai problémákról alig esik szó. Pozitív azonban, hogy a 183 interjú során csak egy esetben vetődött fel az „öröklött hajlam” az oki tényezők között.

A deviáns veszélyeztetettségre általában felszínes, külsődleges jegyek alapján figyelnek fel. Ezeket megpróbáltuk az alábbiak szerint csoportosítani:

a) Beszédstílus

- szegényes szókincs,
- sztereotíp elemek gyakorisága a beszédben,
- tartalmilag sivár kommunikáció,
- trágárkodás.

b) Külső megjelenés

- testileg fejletlen, sovány, rosszul táplált,
- elhanyagolt, piszkos ruházat,
- divatőrület, felnőttes vagy valamilyen szubkultúrát követő

öltözködés.

c) Viselkedés — csoporthelyzet

- agresszivitás, durvaság, támadó attitűd,
- magányosság, peremhelyzet,
- nyugtalanság, hipermotilitás,
- szélsőséges mértékű és irányú érzelmi reakciók,
- a közösséggel szemben álló, támadó jellegű csoportképző

dés,

- csavargás, igazolatlan hiányzások,
- elutasító magatartás, őszintétlenség,
- iskolai teljesítményromlás.

### 3.3 Klinikai vizsgálatok

Klinikai pszichológiai vizsgálatot 237 esetben végeztünk deviáns viselkedésformákat produkáló gyermekeknél. Az életkor szórása 8—16 év között volt.

Minden vizsgálat minimálisan tartalmazott:

- anamnézist,
- több exploratív beszélgetést,
- Rorschach-személyiségvizsgálatot,
- MAWI-tesztet.

Ezenkívül szükség szerint más diagnosztikus módszereket is alkalmaztunk.

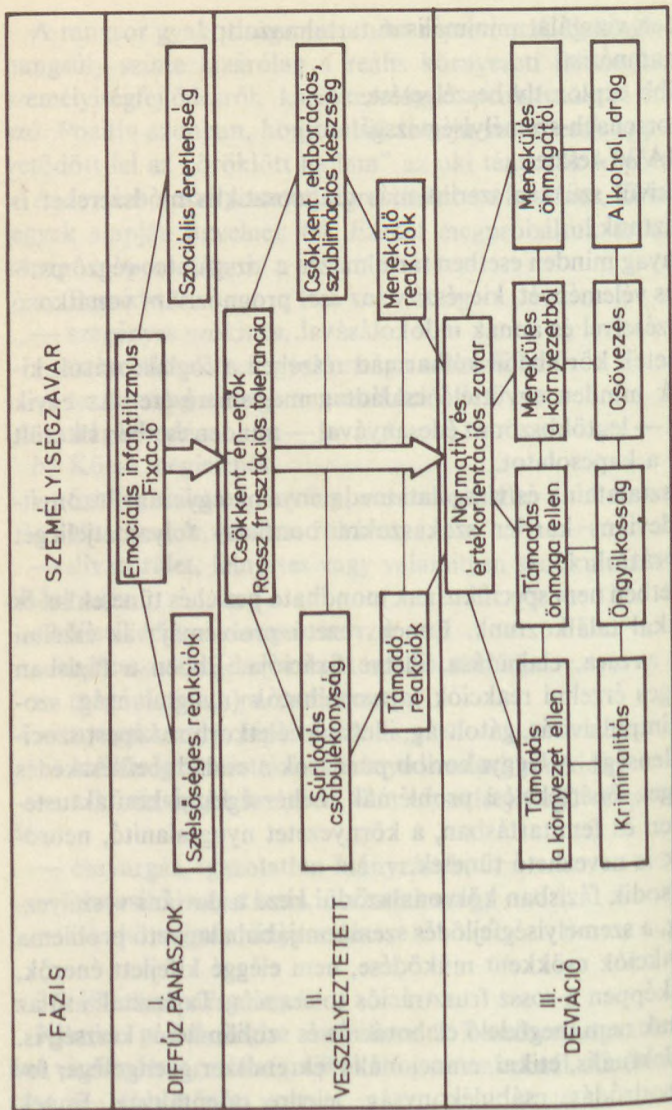
Az anyag minden esetben tartalmazza a vizsgálatot végző pszichológus véleményét, kiegészítve az eset prognózisára vonatkozó feltételezéseivel és annak indokolásával.

Az esetek körülbelül kétharmad részében a foglalkozások kiterjedtek minden együttélő családtag megismerésére. Az egyik szülővel — legtöbbször az édesanyával — minden esetben sikerült felvenni a kapcsolatot.

Tapasztalataink és vizsgálati eredményeink egyaránt bizonyítják a deviáns karrier szakaszokra bontható folyamatjellegét (l. az ábrát).

Kezdetben nem specifikusnak mondható pszichés tünetekkel és zavarokkal találkoztunk. Ennek vezető problémája az érzelmi fejlődés zavara, elakadása, illetve fixációja. Ebben a fázisban szélsőséges érzelmi reakciók tapasztalhatók (nyugtalanág, szorongás, impulzivitás, gátoltság; illetve az életkorhoz képest szociális éretlenség). A leggyakoribb panaszok a családi beilleszkedés nehézségei, önértékelési problémák, nehézségek a kontaktustermelésben és fenntartásban, a környezetet nyugtalanító, neurotikusnak is nevezhető tünetek.

A második fázisban körvonalazódni kezd a deviáns veszélyeztetettség, a személyiségfejlődés szempontjából alapvető probléma az énfunkciók csökkent működése, nem eléggé kifejlett énérek, különösképpen a rossz frusztrációs tolerancia. Tapasztalható az életkornak nem megfelelő elaborációs és szublimációs készség is. Az intellektuális, etikai, emocionális fékrendszer gyengesége; fokozott sodródás, csábulékonyság, jelenre orientáltság. Ennek



A deviáns személyiségfejlődés problematikája



nyomán megszaporodnak mind a családi, mind a tágabb értelemben vett pedagógiai, baráti stb. környezetben a konfliktusok. Azonos típusú konfliktushelyzetek ismétlődése figyelhető meg, tényleges megoldás nélkül, ehelyett támadó, agresszív, vagy menekülő, defenzív reakciók válnak jellegzetessé. A leggyakoribb panaszok: a beilleszkedési képtelenség, a produkciós szint romlása, kritikátlan magatartás, támadó jellegű csoportképződés vagy elmagányosodás. Gyakori az extravagáns viselkedés (modorban, öltözködésben) és jellemző a koravén, felnőttes attitűdök megjelenése.

Végül a személyiségzavar vezető tünetévé válik a normatív és értékorientációs zavar, a szociálisan nem megfelelő belső viselkedésreguláció. Jellemző a legális közösségekkel való szembefordulás, szélsőségesen támadó vagy menekülő reakciók, az önsorsrontás, illetve törekvés a tudatos kontrollfunkciók gyengítésére, kikapcsolására. Ezek egymással kombinálódnak. Ez a fázis már predeviáns, deviáns állapotként fogható fel. Ennek a folyamatnak kizárólag pszichés problematikáját foglalja össze a már említett 1. ábra.

Alapvető kérdés, hogy lehetséges-e a deviáns személyiségfejlődés szempontjából specifikus tényezők megragadása. Erre teljes értékű választ adni nem tudunk. Tapasztalataink és vizsgálataink szerint azonban megfogalmazhatjuk az alábbi gondolatmenetet:

Amennyiben szemléletileg elfogadható, hogy a funkcionális pszichés zavarok, pszichopatológiai jelenségek a személyiség részéről nem tudatos kísérletként foghatók fel annak érdekében, hogy bár kóros mechanizmusokkal, de biztosítsa homeosztázisát — beleértve saját pszichés működőképességét és a környezettel való együttélését —, akkor feltételezhető, hogy ha az egyenlíthető pszichés anomáliák, neurotikus reakciók, pszichoszomatikus tünetképződések stb. alkalmasak arra, hogy az egyensúly kóros mechanizmusok segítségével fennmaradjon, akkor a

pszichés zavar ezeknek megfelelően rögzül: neurózisok, pszichoszomatikus betegségek alakulnak ki.

Amennyiben ezek a részleges funkcionális zavarok nem teremtenek modus vivendit az egyén számára, akkor bekövetkezik a környezettel való totális szembefordulás, legtöbbször szélsőséges öndestrukcióval párosulva. Itt véljük megtalálni a deviáns karrier szempontjából a személyiségfejlődés sarkalatos fordulópontjait, amely messzemenően kihat — természetesen negatív értelemben — az egyén társadalmi beilleszkedésének lehetőségeire.

Ezek után bemutatjuk a deviáns veszélyeztetettség prognosztizálására készült diagnosztikus skálát.

#### 4. A PROGNOZTIKUS SKÁLA KIALAKÍTÁSA, A FAKTORANALÍZIS

A katamnesztikus vizsgálatok adatai gépi feldolgozásra kerültek. A pedagógusinterjúk anyagát klinikai pszichológus szakemberek értékelték, és a megadott szempontok szerint összefoglaló jelentésben dolgozták fel. A klinikai esetvizsgálatok adatait ugyancsak számítógéppel dolgoztuk fel. (Ézúton is köszönetet mondunk *dr. Széphalmi Gézának* és *dr. Gál Katalinnak* segítő közreműködésükért.)

4.1. Adataink, illetve feladataink bizonyosfajta kontrollját, illetve feldolgozását a szakmai tapasztalatokon és a hosszú adatfeldolgozás előkészítésén túl kétféleképpen oldottuk meg, ami egyúttal bizonyos támpontokat is nyújtott a prognosztikus skála elkészítéséhez. A skálában ugyanis két faktoranalízis eredményei összegeződnek, ezek közül az egyik modernebb és nemzetközi színvonalú, ezt ismertetjük részletesebben.

Egy viszonylag konvencionális faktoranalízis volt a kiindulópontunk, itt valamennyi katamnesztikus adatunk szerepelt, ami azt jelentette, hogy 127 változó (kutatásunk értelmezésében visel-

kedési jegy, illetve személyiségvonás) került feldolgozásra, s ezek a változók 12 faktort eredményeztek. Ez a 12 faktor szakmailag kielégítő és elfogadható, prognosztikus skálánk ezért mind a 12-vel operál, azonban az a matematikai statisztikai probléma (s ebből következően szakmai probléma is) keletkezett, hogy a faktoroknak nagyjából a fele roppant keveset magyaráz a varianciából. Ez az 1984-es eredmény arra indított, hogy jobb, korszerűbb eljárást keressünk, olyat, amely mindkét (szakmai és matematikai) szempontból szupervizora lehet 1984-es eredményeinknek. Ekkor alkalmaztuk 1985-ben az egyik legmodernebb eljárást. Ezt az UCLA tette közzé 1981-ben. Az University of California, Los Angeles, Department of Biomathematics BMDP4M jelű programkönyve tartalmazza az eljárás leírását. A program különlegessége, hogy a kutatóval nem közli, melyik változót miért hagyja el a további elemzésből, a mátrixokban ezek egyszerűen 0 vagy 0000 értékkel jelennek meg a kinyomtatásban, csak annyit lehet tudni, hogy a korrelációk, súlyok nem megbízhatóak és/vagy nem differenciáló erejűek. A BMDP4M program ezért a kisorsolt 55 eset 127 változóját „önkéntesen” (vagyis az USA biometriai, pszichometriai programjának megfelelően) negyvenre redukálta, így részben áttekinthetőbb, részben alap kutatási célokra is felhasználható az anyag.

A prognosztikus skálában az egyszerű, hazánkban gyakran alkalmazott faktoranalízis eredményének és ennek a kompromisszuma jelenik meg, ezért az itt is, ott is szereplő változók benne vannak a skálában, de egyenlő nyerspontértékük jelzi, hogy szakmai szempontból enyhe és igen szigorú szűrőn is átmentek.

4.2. A faktoranalízis a SZTAKI IBM gépen készült 1985 nyarán, több futásban. Prognosztikus skálánk elkészítésekor (több faktoranalitikus kísérlet után) meg kellett fordítanunk a faktorok sorrendjét. A faktoranalízisben (ez nemcsak a BMDP-re vonatkozik) megfelelő rendezés esetén először azok a faktorok jelennek meg, amelyek a variancia legnagyobb részét magyarázzák. Ese-

tünkben az első faktor (a predeviáns változók faktora) kimagaslóan a legtöbbet, a variancia 18%-át magyarázza meg. A fordított sorrendet szigorúan betartva jutunk el a szakmailag inkább háttértényezőként értékelhető faktorokhoz, ezek egyenként nagyjából két százalékot magyaráznak meg. Ezek a két százalékok azonban matematikai statisztikai szempontból igen lényegesek, mert ha az ilyen, látszólag csekély értékű (magyarázó erejű) faktorokat elhagynánk, akkor gyakorlatilag a variancia harmadát-kétötödét tudnánk megmagyarázni, továbbá a deviáns fejlődésnek legfeljebb 2-3 tényezőjét alkalmazhatnánk. A prognosztikus skála azonban csak részben alapul matematikai statisztikai megfontolásokon. Élnünk kellett azzal a lehetőséggel, hogy ez a feldolgozási, elemzési mód kiindulópont, támpont, legalább ilyen fontos a szakmai judícium, és a kutató felülbíráhatja a számítógép termékét. Ez különösen igaz akkor, ha figyelembe vesszük, hogy elméletileg ez a program nem a szó szűkebb értelmében számítás (bármilyen bonyolult és gyors), hanem sokkal inkább rendezés — rendet csinál az adatok tömegében. Ha megértjük a rendcsinálás, elrendezés alapelveit, akkor máris nem szentírás, hanem fogódzó — ezért is hasonló skálánk a faktoranalízishez, s nem annak kópiája, értelmezése.

A klasszikus szabályoknak megfelelően alakult az első faktoranalízis: a 127 változóból (ezek valójában itemek voltak) 43 faktor állt össze — ami megfelel annak a durva szabálynak, hogy három változó sűrűsödik egy faktorrá. Ezzel azonban nem lehetünk elégedettek, mert így mind az itemek, mind a faktorok száma kezelhetetlenül nagy lett volna. Emellett az is látszik, hogy a faktorok fele (23 faktor) együttesen annyit magyaráz — a variancia másfél százalékát —, mint mondjuk a 15. faktor. Úgy gondoltuk, hogy a változók, itemek és a faktorok számát egyaránt csökkenteni kell a használhatóság érdekében.

A csökkentés legkézenfekvőbb módjának az látszott, hogy a szintén áttekinthetetlenül nagy interkorrelációs mátrixot tisztít-

juk meg. Itt az volt a probléma, hogy pusztán pszichometriai (vagy talán inkább matematikai statisztikai) szempontból döntünk kellett, hogy kiindulópontunk azoknak a korrelációs együtthatóknak az elhagyása legyen, amelyek nem szignifikánsak (értékük kisebb 0,27-nél), vagy azokat hagyjuk el, amelyek konvencionálisan nem tarthatók erősnek (ennél az esetszámnál 0,5 alattiak.) Így gyakorlatilag 11-re sikerült csökkenteni a faktorok számát, ami kumuláltan a variancia 83,11%-ára ad magyarázatot és lehetővé teszi — összevonások után — 80 felhasználható item beépítését a skálába. A 80 item természetesen nem vegyitiszta: van közöttük, amelyik több item összeolvasztásából jön létre, és a kihagyott, kereken 30 faktorból azért egy-egy szakmailag fontos itemet felhasználtunk. Mind az összeolvasztáskor, mind a beépítéskor arra ügyeltünk, hogy a faktor természete ne változzon meg: a skála faktorai így nem azonosak a faktoranalízis faktoraival, hanem inkább a magyar szavak hiányában nevezzük csak faktoroknak őket.

4.3. A nyerspontértékek kialakítása nem végleges, nem tekintjük őket megbízhatóaknak egyenként. Azt viszont tudjuk róluk, hogy szakmai szempontból jól működnek, ennek magyarázata további elemzéseket igényel. A nyerspontok kialakításánál két dologra ügyeltünk: szakmailag indokolt legyen az itemek felvétele a skálába (így csökkent a 127 item 80-ra), s a nyerspontértékeken tükröződjön az, hogy milyen faktorban érte el a szignifikanciahatárt. Úgy gondoltuk, minél értéktelenebb faktorban szerepel (s nem győzzük hangsúlyozni, hogy a BMDP program segítségével nem fordul elő a szokásos probléma, hogy egy változó több faktorban szerepel szignifikáns értékkel!), annál kisebb nyerspontértéket érdemel. S egy faktoron belül a korrelációs együtthatók kerekítve 0,3 és 0,9 között változnak.

Példaként: skálánkban az utolsó faktor egésze a variancia 18%-át magyarázza, az első körülbelül két százalékát. Az utolsó faktor leggyengébb változója ezért tízszer akkora nyerspontérté-

ket kapott, mint az első faktor első változója: vagyis 10 pont áll szemben 1 ponttal. Az egyenlő nyerspontértékek azt jelzik, hogy a korrelációs együtthatók között csak a második tizedes nagyságrendtől kezdve van eltérés, nem akartuk kerekítési probléma miatt túlzottan bonyolítani a skálát.

4.4. Az esélyszorzó (veszélyszorzó) kialakításánál talán túlzott óvatossággal jártunk el. Az elméleti kiindulópontot *Berelson* (1952) munkája jelentette. Súlyozott tagoltságra törekedtünk: nagyszámú item kezelését oly módon tettük egyszerűbbé, hogy egy-egy csoportba olyan tételek kerüljenek, amelyek többé-kevésbé hasonló viszonyban állnak a vizsgált kérdéssel. Nem őrizhetünk meg minden szignifikáns különbséget, hogy ne legyen túl nagy a csoportok (faktorok) száma. A megoldás az úgynevezett tagolt osztályozás, így viszonylagos egyensúly alakul ki a csoportok (faktorok) és a tételek (itemek) között. Ez viszont korántsem oldotta meg azt a kérdést, hogyan juttassuk kifejezésre, mit milyen veszélyesnek tartunk. Ezt a szakmai tapasztalatot ráadásul úgy kellett kifejezésre juttatni, hogy egyszerre érvényesüljenek mennyiségi és minőségi szempontok, mérhető és megállapítható változók azonos, illetve eltérő jelentései (és jelentőségei). Ráadásul ki kellett kerülnünk azt a pszichometriai csapdát, hogy például két verekedés egyenlő egy lopási kísérlettel — egyszóval a mechanisztikus számítási módot —, és figyelembe kellett vennünk az óhatatlanul fellépő minősítői elfogultságot.

Így problémánk kicsit hasonlított a skálázás problémájához is (mi mivel egyenlő, illetve mi mennyivel fontosabb valaminél). Ezért választottuk megoldásként a rövid idő alatt felmutatható esélyszorzó (veszélyszorzó) adatok legkisebbjét: maximálisnak tekintve a négyszeres eltérést, és arra számítva, hogy nincs hibátlan mérés, úgy döntöttünk, hogy veszélyszorzóink ezeknek a négyzetgyökei. Ezek a szorzószámok — eléggé váratlanul — tendenciájukban jól követik a faktorsúlyokat is: tehát szakmai óvatosságunkat utólag igazolják, legalábbis alátámasztják mo-

dern matematikai statisztikai érvek is. A dolog természetesen nem lezárt: a faktoranalízis, tehát az itemek és a nyerspontok úgyszólván végtelenül megbízhatóknak tűnnek, el kell azonban ismerünk, hogy a prognózist jelenleg megkönnyítő esélyszorzók (mert kerek számokat eredményeznek) kontrollvizsgálatok után legfeljebb tendenciájukban bizonyulnak jónak, esetleg némi változtatásra szorulnak. Addig azonban el kell fogadnunk első kontrollunk eredményét, egyszerűen azért, mert más ellenőrzést nem volt módunkban végrehajtani.

A prognosztikai skála alkalmazása mindezek alapján viszonylag egyszerű. A legfontosabb probléma a pontozásra kerülő adatok megbízhatósága. Az adatgyűjtés érdekében elsősorban az alábbi források használhatók fel:

— A gyermek viselkedésének közvetlen megfigyelése különböző élethelyzetekben (iskola, család, játék, sport, társas kapcsolatok stb.) s az ennek alapján kialakult személyes benyomások. Ezeknek megbízhatósága érdekében ajánlatos a különböző időpontokban történő ismételt megfigyelés. Erre mind a gyermekkel foglalkozó pedagógusnak, mind a pszichológusnak, mind a családgondozónak bőséges lehetősége van.

— A gyermekkel állandó kapcsolatban álló felnőttek és kortársak kikérdezése. Ez egyaránt vonatkozik szülőkre és egyéb családtagokra, barátokra, iskola- és sporttársakra, a gyermekkel foglalkozó pedagógus kollégákra stb. Ez az információszerzés amúgy is szerves része a gondozómunkának. Ügyelni kell arra, hogy a gyermek környezetében előfordulhatnak olyan személyek, akiknek véleményalkotását előítéletek, személyes indulatok torzíthatják. Ezért ajánlatos a kikérdezés eredményeinek „montázsszerű” feldolgozása. Ez azt jelenti, hogy azokat az adatokat fogadhatjuk el hitelesnek, amelyek több oldalról megerősítést kaptak.

— A gyermek eddigi életútjának rekonstrukciója, amely egyrészt ún. kemény adatokat tartalmaz, másrészt érdemes különös figyelmet fordítani azokra a tipikus és ismétlődő konfliktushely-

zetekre, amelyek a gyermek életútját jellemzik, különös tekintettel a konfliktusok megoldási módjára (agresszió, menekülés, lavírozás stb.).

— Végül hasznos, ha az adatszerzést alapos környezettanulmány készítésével egészíthetjük ki, elsősorban az otthoni körülmények, a baráti társaság vonatkozásában:

Egyértelmű tehát, hogy a prognosztikai skála elkészítéséhez semmiféle pszichológiai szakvizsgálat nem szükséges. A rutinszerűen végzett alapos gondozómunka eredményeképpen szükséges információk rendelkezésre állnak.



5. A DEVIÁNS VESZÉLYEZTETETTSÉG KÍSÉRLETI PROGNOZTIKAI SKÁLÁJA

1. Háttérfaktorok	Nyerspontérték
1.1. Családi háttér	
1.1.1. Átlag alatti jövedelem	1
1.1.2. Átlag alatti lakáskörülmények	2
1.1.3. Alapvető életformaváltás	3
1.1.4. Ideg-, elmebetegség a családban	3
1.1.5. Átlag alatti kulturális színvonal	4
1.1.6. Deviancia a családban	5
1.2. Formális családstruktúra	
1.2.1. Csonka család I. (Egyik szülő meghalt)	1
1.2.2. Csonka család II. (elváltak)	2
1.2.3. Rokonoknál nevelkedő	2
1.2.4. Újraházasodott szülők	3
1.2.5. Csonka család, a szülő változó partnerkapcsolataival	4
1.2.6. Hányatott életsors	4
1.2.7. Intézetben nevelkedő	5
1.3. A család érzelmi atmoszférája	
1.3.1. Túlféltő, érzelmileg túlfűtött	1
1.3.2. Nyílt konfliktusok	2
1.3.3. A gyermekért versengő	2
1.3.4. Rejtett konfliktusok	3
1.3.5. Rapszodikusan változó	4
1.3.6. Rideg	4
1.3.7. Érzelmileg széteső	5
1.4. Bánásmód — nevelés	
1.4.1. Túlkövetelő	1
1.4.2. Érzelmileg zsaroló	2
1.4.3. Alulkövetelő	3

	Nyerspontérték
1. Háttérfaktorok	
1.4.4. Ellentétekbe átcsapó	3
1.4.5. Elhanyagoló	4
1.4.6. Brutális	5
1.5. Pszichopatológiai tényezők	
1.5.1. Pszichoszomatikus tünetképződés	1
1.5.2. Neurotikus reakciók	2
1.5.3. Retardált pszichomotoros fejlődés- menet	3
1.5.4. Endokrin betegség	4
1.5.5. Organikus idegrendszeri károsodás	5
2. Közvetlen faktorok	
2.1. Iskolai magatartás és teljesítmény	
2.1.1. Őszintétlen, hazudós	1
2.1.2. Bukdácsoló, évismétlő	2
2.1.3. Dacos, nehezen befolyásolható	3
2.1.4. Egyénileg nyíltan agresszív	4
2.1.5. Társait, felnőtteket provokáló	4
2.1.6. Rejtetten vagy csoportban agresszív	5
2.1.7. Rendszeresen igazolatlanul hiányzó	5
2.2. Közösségi magatartás	
2.2.1. Áldozat, bűnbak	1
2.2.2. Bohóckodó	2
2.2.3. Magányos, peremhelyzetű	3
2.2.4. Klikktag	3
2.2.5. Klikkben vezér	4
2.2.6. Viselkedési normáit csoportonként válogató	5
2.3. Külső megjelenés — szokások	
2.3.1. Trágár	1
2.3.2. „Divatörült”	2
2.3.3. Fizikai sérüléseire büszke	2

	Nyerspontérték
2. Közvetlen faktorok	
2.3.4. Tartalmilag sivár beszéd, sztereotip fordulatokkal	2
2.3.5. Elhanyagolt, piszkos, gondozatlan	3
2.3.6. Unatkozó, önmagával nem tud mit kezdeni	4
2.3.7. Koravén attitűdök (cigaretta, életkorhoz nem illő öltözet, smink, ékszer stb.)	5
2.3.8. „Mozimániás”, úgynevezett „vad” együttes rajongója	5
3. Megfigyelhető személyiségvonások	
3.1. Értékek — ideálok	
3.1.1. Anyagiasság	6
3.1.2. Kompromissziumok elvi, verbális elutasítása	7
3.1.3. Rámenős, agresszív viselkedési ideál, túlhangsúlyozott „machismo”	8
3.1.4. Hangoztatott fatalizmus	8
3.1.5. Cinizmus, lezserség, közönyösség	8
3.1.6. Tárgyatlan becsvágy, bármiféle személyes siker erőltetése	9
3.1.7. Deklarált, túlhajtott függetlenség-igény, a kapcsolódás igényének tagadása	10
3.2. Érzelmek — szocializáltság	
3.2.1. Erős szorongás	6
3.2.2. Depresszív hangulat	7
3.2.3. Sivár látszatkapcsolatok	7
3.2.4. Kompromisszumképtelenség	8
3.2.5. Impulzív reakciók	8
3.2.6. Rossz frusztrációs tolerancia	9
3.2.7. Infantilis csábulékonyság, sodródás	9
3.2.8. Öncélú brutalitás, vandalizmus, versengésből, dacból, csoporthatásra	10

4. Predeviáns szimptómák	Nyerspontérték
4.1. Állatokkal, kisebbekkel szadisztikus játék	10
4.2. Alkalomszerű „kísérletező” italfogyasztás	10
4.3. Családban, iskolában, üzletben alkalomszerű kisebb lopások	12
4.4. Fenyegetőzés öngyilkossággal	12
4.5. Szexuális kapcsolat 14 éves kor előtt	12
4.6. Promiszkuens szexuális kapcsolat	14
4.7. Homoszexuális kapcsolat kortárrsal	14
4.8. Tetovált	16
4.9. Aluljárókban, tereken lötyögés, „utcán élés”	16
4.10. Alkalomszerű „kísérletező” drogfogyasztás	18
4.11. Homoszexuális kapcsolat felnőttel	18
4.12. Tartós kapcsolat galeritagokkal	18
4.13. Ismétlődő csavargás éjszakai kimaradással	20

#### Kiszámítás

1. A háttérfaktorok (1) és a közvetlen faktorok (2) esetében minden faktorcsoportnál:

Ha csak egy faktor szerepel = nyerspontérték

Ha két faktor szerepel = nyerspont + 5 pont

Három vagy több faktor = nyerspont + 15 pont.

Az ilyen módon összesített pontérték: az alappontérték.

2. Amennyiben predeviáns szimptómák (4) nincsenek, az alapérték egyben a végleges pontértéknek tekintendő.

3. A végleges pontérték kiszámítása predeviáns szimptómák (4) esetén:

Predeviáns  
szimptomák  
pontértéke

Végleges pontérték kiszámítása

- |    |            |  |
|----|------------|--|
| a) | 1—36       | A predeviáns pontokat hozzáadjuk az alap-pontértékhez.   |
| b) | 37—95      | A predeviáns pontokat hozzáadjuk az alap-pontértékhez és a kapott pontértéket 1,3-del szorozzuk. |
| c) | 96—133     | A predeviáns pontokat hozzáadjuk az alap-pontértékhez és a kapott pontértéket 1,5-del szorozzuk. |
| d) | 134 felett | A predeviáns pontokat hozzáadjuk az alap-pontértékhez és a kapott pontértéket 1,8-del szorozzuk. |

### Prognosztikai övezetek

Végleges pontérték	Prognózis
I. 1—60	Deviáns fejlődés nem valószínű
II. 61—150	Deviáns fejlődés kétséges, további részletes szakvizsgálat indokolt.
III. 151—230	A személyiségfejlődésben deviáns tendenciák valószínűsíthetők.
IV. 231—390	Deviáns veszélyeztetettség
V. 391—550	Súlyos mértékű deviáns veszélyeztetettség
VI. 551 felett	Premanifeszt deviáns

### Egyszerűsítve

I. 1—6	IV. 24—39
II. 7—15	V. 40—55
III. 16—23	VI. 56—78

I. melléklet

A válaszadó neve: . . . . .

Címe: . . . . .

Családi viszonya a címzethez: . . . . .

Ha a hozzátartozó tölti ki, miért ő? . . . . .

A volt paciens neve: . . . . .

Címe: . . . . .

Esetleges előző neve: . . . . .

Iskolai végzettsége: . . . . .

Foglalkozása: . . . . .

Volt-e kórházban, hol, mikor, miért? . . . . .

Állt-e egyéb orvosi kezelés alatt, hol, mikor, miért? . . . . .

Szed vagy szedett-e rendszeresen gyógyszert, ha igen, mit? . . . . .

Régi panaszai a továbbiakban zavarták-e? . . . . .

Vannak-e jelenleg egészségi, ideges panaszai (álmatlanság, étvágytalanság, tartós levertség, félelemérzés stb.)? . . . . .

Ha igen, milyenek? . . . . .

Naponta mennyit dohányzik, mennyi kávé, alkoholt fogyaszt? . . . . .

Történt-e életében valami szélsőségesen kedvezőtlen esemény  
(baleset, öngyilkosság, bírói eljárás)? Ha igen, mi? . . . . .

Legyen szíves ezt a levelet a válaszborítékban postára adni!

Köszönjük, hogy segítette munkánkat!

## IRODALOM

- Berelson, B.*: Content Analysis in Communication Research. New York, The Free Press of Glencoe, 1952.
- Campbell, D. T.—Fiske, D. W.*: Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. *Psychological Bulletin*, 1959.
- Coleman, J. S.* et al: Equality of Educational Opportunity. U. S. Government Printing Office, Washington, D. C. 1966.
- Fercsik János*: Pedagogometria. VEAB-OOK. Veszprém, 1982.
- St. Evans, J. B. T.*: Psychological pitfalls in forecasting. *Futures*, 1982. August.

---

Megjelent: *Pszichológia — Nevelőknek sorozat*. Veszélyeztetettség és iskola. Szerk.: Illyés Sándor. Tankönyvkiadó, Budapest, 1988. 269—308. Részletek.





## UTÓSZÓ

55 esztendőn át gyógyított és tanított egy pszichológiai műhely a Bókay János utcában, 30 évig *P. Liebermann Lucy*, 25 évig *Dr. Popper Péter* vezetésével. Szemléletét mindmáig megőrizve átvészelte a lélektannal és a pszichoanalízissel szemben nyíltan ellenséges fasizmus és sztálinizmus éveit, 1956 után pedig együtt virágzott az újjászülető magyar pszichológiával. Munkatársainak tollából 31 könyv és 1022 cikk jelent meg. 18 éven át itt működött a honi pszichológiai közélet sokáig egyetlen tudományos folyóiratának, a Magyar Pszichológiai Szemlének a szerkesztősége.

Elsősorban *Dr. Tringer László* professzort, a pszichológiai szemléletet következetesen támogató neves tudóst illeti köszönet azért, hogy fáradtságot nem kímélő erőfeszítésekkel lehetővé tette, hogy ez a műhely jelenlegi formájában megszűnjék és elinduljon a kor szellemének megfelelő megújulás útján, biztató szemléleti és szervezeti átalakulások felé.

Történetünk — nemcsak években, hanem munkánk tartalmában is — így lett kerek és egész!

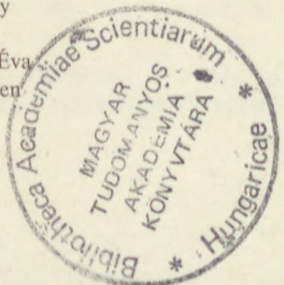
1992 májusában

Dr. Popper Péter

egyetemi tanár  
a SOTE Orvopszichológiai  
Oktatási Csoport vezetője

25. évfolyamán az egykori tanított és tanított egy pszichológiai műhely, a  
Bárány János műhely. 30 évig P. Lászlóval, 25 évig  
Péter vezetésével. Személyi szinten mindig megőrzve  
azok a jelölések és a pszichológiai szemlélet, melyek  
először a tanítás és az előadás során, 1950 után pedig egy-egy  
műhelyben az igazgató magyar pszichológusok munkásságának  
jelöléséül 31 könyv és 1023 cikk jelent meg. 18 éven át az műhelyben  
jelent meg a Magyar Pszichológiai Szemle és a Magyar Pszichológiai  
Tudományok Évkönyve. Dr. Tóth László professzor, a pszichológiai  
területen legtekintélyesebb nevet adó tanár, aki az ország  
szerte, nagy társadalmi nem kívánó érdeklődéssel követő volt,  
mely az a műhely jelöléséül formájában megjelent és elindult  
a Magyar Pszichológiai Szemle megújításánál.

A kiadásért felelős  
az Akadémiai Kiadó és Nyomda Vállalat igazgatója  
A nyomdai munkálatokat  
az Akadémiai Kiadó és Nyomda Vállalat végezte  
Felelős vezető: Zöld Ferenc  
Budapest, 1992  
Nyomdai táskaszám: 20716  
Felelős szerkesztő: Hanzséros György  
Műszaki szerkesztő: Agócs András  
A fedéltervet készítette: P. Horváth Éva  
Megjelent 19,03 (A/5) ív terjedelemben  
HU ISSN 0230-5291





1938-ban szervezte meg *P. Liebermann Lucy* az orvosegyetem gyermekklinikáján a Gyermekklinika Nevelési Tanácsadót, a mai pszichológiai részleg elődjét. *Gegesi Kiss Pál* kezdetektől datált támogatásával három generáció orvospszichológusainak elméleti-klinikai munkássága mára tekintélyes, termékenyítő hagyományt és sikeresen, korszerűen alkalmazható pszichológiai gyógyító-nevelő gyakorlatot hozott létre. Ezt példázza ez a tanulmánykötet is: válogatást ad az elmúlt évtizedek néhány utat kijelölő cikkéből, és bemutat néhány közelmúltban íródott vagy először éppen itt megjelenő írást. Az öt témakörbe sorolt dolgozatok betekintést nyújtanak a gyermekpszichológus munkájába. Megmutatják, hogy ez a terület nem a horizontálisan, lineárisan belátható történések területe. A tünetek, jelenségek, panaszok gyakran félrevezető kódjai a másutt, mélyen rejtőzködő problémáknak; problémáknak, melyek gyökerei viszont a „fönti” avagy „kinti”, a kemény, megbetegítő életből kapják anyagukat.

Ára: 280,- Ft



508 436

gyerek, szülőök, pszichológusok