

Serdülőkori szenvedélybetegségek

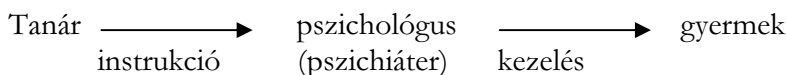
A serdülőkor a gyermekkorból a felnőttkorba való átmenet időszaka. Ez alatt az időszak alatt a fiatal személyiség fokozatosan éretté válik, kialakul az érett autonóm személyiség. A korszak határainak megjelölése nem egyértelmű, mert a testi és lelki fejlődésben elég nagy eltérések tapasztalhatók. Általában azt lehet tapasztalni, hogy a testi fejlődés megelőzi a lelki fejlődést. Gyakran kialakul egy olyan helyzet, hogy a gyermek intellektuális és testi fejlődés szempontjából felnőttnek megfelelő szinten van, érzelmileg és szociálisan pedig gyermek marad. Ennek az egyik következménye, hogy a gyermekkorban kialakult énkép széttöredezik, és elkezdődik az egyéni identitás kialakítása. Az identitás kialakítása a serdülőkor központi problémájává válik. „Ki vagyok én?” „Merre tartok?” „Mire vagyok képes?” „Milyennek lát a környezetem?” – kérdésekre keres választ.

E. Erikson szerint (Tóth László 2000) a pszichoszociális fejlődésnek ebben a szakaszában fontos, hogy az egyén sikeresen oldja meg az identitáskeresés krízisét. Az autonóm törekvésekkel párhuzamosan elkezdődik a szülőkről való érzelmi leválás, amely szintén nem tekinthető konfliktusmentesnek.

A felnőtté válás e viharos, konfliktusos szakaszában kialakulhatnak deviáns megnyilvánulások, amelyeknek a fő típusai az öngyilkosság, a bűnözés, valamint gyűjtőfogalomként is használt, és egy csoportba sorolható zavarok: alkohol- és drogfogyasztás, játékszenvedély, valamint a dohányzás.

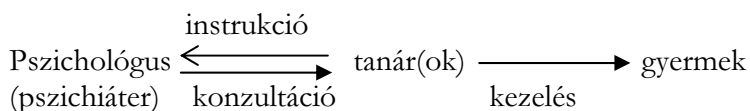
Az iskoláskorban (serdülőkorban) megjelenő számtalan zavar kezelésére minden bizonnyal az iskolák nincsenek felkészülve. Nincsenek meg a szükséges tárgyi és személyi feltételek, nincs megfelelő számú szakember, nincs megfelelő időkeret, megfelelő szemlélet stb. Az említett nehézségek közül talán a legnagyobb probléma a szakember hiány. Ennek az orvoslására egy lehetséges modell az iskolai mentálhigiénés konzultáció. Az alábbiakban ezt a modellt mutatjuk be.

A klasszikus modell szerint a tanár érzékeli az iskolában megjelenő problémákat, és ezzel a szakemberhez fordul. A modell szerint a következő kommunikáció zajlik le a tanár és a szakember között:



Ennek a modellnek a lényege, hogy a tanár elmondja a tanulónál tapasztalt zavar jellemzőit a pszichológusnak (instrukció), aki valamilyen kezelésben részesíti a gyermeket. Ezt a modellt olyan esetekben kell alkalmazni, amikor a probléma kezelése túllépi a pedagógus kompetenciáját. A modell előnye, hogy a tanuló szakszerű ellátásban részesül. Hátránya, hogy a szakemberhiány miatt csak nagyon kevés tanuló részesülhet ellátásban.

Sokkal gazdaságosabb a második (indirekt) modell. Ezt a modellt lehet alkalmazni minden olyan esetben, mikor a probléma olyan jellegű, hogy a pedagógus szakmai szupervízió mellett megfelelően folytathatja a tanuló „kezelését”. Ebben az esetben a pszichológus egyszerre több tanárral tarthat konzultációt a tapasztalt zavarokról, és természetesen így egyszerre több tanuló mentális problémájában nyújthat segítséget. Az ilyen jellegű konzultáció esetén fontos, hogy a konzultáció legyen önkéntes a tanár részéről, és folyamatos.



Ebben az esetben a pszichológus (pszichiáter) szakmai segítséget nyújt a pedagógusnak a probléma megoldásában, aki vállalja a problémák kezelését. A modell előnye, hogy így több pszichológiai eset kezelésében lehet segítséget nyújtani. Szintén a modell mellett szól az a tény, hogy ez a beavatkozás fokozza a pedagógusok felelősségét a tanulóval szemben. A módszer hátránya az, hogy a folyamatos szupervízió ellenére sem lehet olyan szintű ellátást nyújtani, mint az első esetben, és a módszer csak bizonyos problémák esetén alkalmazható.

Az említett modellek mellett számtalan olyan módszer és program van, amely segít a szenvedélybetegségek kialakulásának megelőzésében, és a kialakult zavar kezelésében.

Szenvedélybetegségek

Szenvedélybetegségről akkor beszélünk, ha valaki leküzdhetetlen vágyat érez valamilyen készítmény vagy magatartás iránt. Ez azt jelenti, hogy az érintett nem tud létezni alkohol, nikotin, kábítószer vagy szerencsejátékok nélkül. Ha valamely készítmény szedését csökkenti vagy abbahagyja, elvonási tünetek jelentkeznek. A mértéktelen dohányzás, ivás, kábítószer-fogyasztás gyakran társul más deviáns magatartással. Terápiájuk csak nagyon kis mértékben hatékony ezért nagy hangsúlyt kell fektetni a prevencióra. Kialakulásukban döntő szerepet játszanak a társas környezeti tényezők, de nem lehet figyelmen kívül hagyni

bizonyos személyiségvonásokat (például mezőfüggőség, külső-belső kontrollosság) sem.

A következőkben a szenvedélybetegségek formáit, tüneteit, okait és terápiás lehetőségeit mutatjuk be.

Alkoholizmus

Az alkoholizmus a leggyakoribb szenvedélybetegség a modern társadalmakban. Legtöbb társadalomban a lakosság 3–5%-a érintett, és főleg a férfiakra jellemző (a férfiaknál 6–7-szer gyakoribb, mint a nőknél). Egyre inkább tapasztalható, hogy nemcsak az ifjúkorúakra és felnőttekre jellemző ez a deviáns viselkedés, hanem már a serdülőkorúak, sőt a gyermekkorúak körében is elterjedt. Németországban az alkoholisták 10–12%-a serdülőkorú és ifjúkorú, Svájcban ez az arány körülbelül 20–25%. Hazai adatok szerint a középiskolások 28%-a, az általános iskolások 16%-a ismeri a részegség állapotát (Murányi-Kovács Endréné 1991).

Az alkoholizmus kialakulásában szerepet játszanak az alkoholfogyasztással kapcsolatos társadalmi szokások. Ma már társadalmilag elfogadott, hogy ünnepelni pezsgő, bor, sör nélkül, szinte elképzelhetetlen. Egy „ivós” társaságban azok sem tudják kivonni magukat a befolyás alól, akik valójában nem szeretik az alkoholt. A társaság szokásai önkéntelenül is hatással vannak a többiek szokásaira. Ilyen értelemben a veszélyeztetettebbek azok a vidékek, amelyek a nagy mennyiségű szeszfogyasztás területén történelmi és társadalmi hagyományokkal rendelkeznek (például szőlőtermelő vidékek). Ezek a családi és munkahelyi szokások oda vezethetnek, hogy az erre hajlamos, pszichikusan sérülékenyebb fiatalok előbb alkalmi, majd rendszeres fogyasztókká válnak. Később kialakulhat a mértéken felüli fogyasztás szokása, majd fokozatosan sodródhatnak az alkoholizmus és az alkoholfüggőség felé. A mértéktel történő alkoholfogyasztás nem tekinthető károsnak. Ez akkor válik veszélyessé, amikor a fiatal a belső feszültségtől való szabadulás eszközeként választja az italozást.

Természetesen a valódi okokat a fiatal közvetlen társadalmi környezetében kell keresni. A leggyakoribb a szülő-gyermek kapcsolat ridegsége, a szülők halála, brutális nevelés, deviáns minta a családban, betegség, válás stb.

Az említett társadalmi okok és társadalmi szokások mellett fontos megemlíteni, hogy a személyiség bizonyos vonásai szerepet játszhatnak az alkoholizmus kialakulásában. Ilyen a Witkin (Peck–Whitlow 1992) által leírt mezőfüggő személyiségvonás. Klinikai vizsgálatokban kimutatták, hogy az észlelésben tapasztalt mezőfüggőség másféle „függőséget” is jelent (így az alkoholtól való függőséget is). Az alkoholistákat gyakran erősen függő személyként jellemzik, akik

személytől függők, személyes támogatást igénylők. Egyébként más szenvedélybetegségek esetében is a mezőfüggő személyiségvonás hajlamosító tényezőnek tekinthető.

Az alkoholizmus már önmagában is számos olyan veszélyt hordoz, mint például testi és szellemi leépülés, tanulmányi teljesítmény hanyatlása, megromlott szociális helyzet, munkanélkülivé válás stb. A helyzetet súlyosbítja, hogy gyakran társulhat különböző más deviáns viselkedésformákhoz: bűnözés, nemi erőszak, munkakerülés és agresszivitás. Az alkoholista személyiségre jellemző az állandó indulati feszültség, az érzelmi labilitás, az agresszivitás, a durvaság, a magányosság és a kilátástalanság, perspektíva nélküliség.

A kezelés kórjósolata annál jobb, minél hamarabb kerül a fiatal pszichiáterhez vagy pszichológushoz. Az elvonó gyógymód célja, hogy a beteg képes legyen önként lemondani a szeszes italok élvezetéről. Az alkoholfüggők csak akkor képesek végigcsinálni a kezelést, ha maguk is belátják ennek szükségességét, ők is akarják a változást. A kezelés első része az erre specializált intézményekben történhet hatékonyan (különböző pszichoterápiás és gyógyszeres kezelésekkel). Az intézetből való távozás után fontos, hogy a beteg rendszeresen járjon utókezelésre, illetve fontos a család és a pedagógus megfelelő támogatása. A pedagógusok támogatására nemcsak ebben a szakaszban van nagy szükség. Mivel az alkoholizmusban nagy a visszaesés valószínűsége, ezért a megelőzés szerepe még fontosabbá válhat. Ebben a pedagógus által folytatott felvilágosító munkában a jól szervezett prevenció programok sokat segíthetnek. A prevencióban és a kialakult probléma kezelésében fontos szerepe lehet a kortárs tanácsadásnak, az alternatív és ambuláns intézeteknek, valamint a telefonos lelkiségély-szolgáltatnak, melyeket szintén fiatalok végeznek.

A kábítószer-szenvedély

A kábítószer élvezése az 50–60-as évekre vezethető vissza. Elterjedése eleinte az Egyesült Államokat, majd Európa nyugati országait érintette. Magyarországon az 1970-es évek elejétől kezdett elterjedni, egyszerűbb narkotikumok (ragasztók oldószerének belégzése) formájában. A toxikománia formai megjelenése függ a szociokulturális környezettől, az aktuális divattól és az egyén anyagi lehetőségeitől.

A kábítószer-fogyasztás okai hasonlóak, mint az alkoholizmusnál említett okok. Kialakulásukban tehát környezeti tényezők és személyiségvonások (mezőfüggőség, infantilis karakterstruktúra) játszanak szerepet. Talán annyit érdemes kiemelni, hogy e szenvedélybetegség elterjedésében a nyugati filmiparnak

nagy szerepe volt. E filmek eljutottak Magyarországra, és negatív mintát nyújtottak az örömszerzés és a feszültségcsökkentés könnyű módjára.

A legtöbb szakember véleménye szerint, az összetett patogenezisből kiemelhető két fontos motívum: az egyik a valóság megváltoztatásának vagy feledtetésének igénye (menekülés a valóságból), a másik a vágy egy örömet nyújtó élmény megismétlésére. Különösen érintett a serdülőkorúak és az ifjak csoportja, akik az identitásuk alakulásának szakaszában, a mai gyorsan változó világban és az értékrendek felbomlása mellett nehezen találják meg valódi énjüket, helyüket a világban. Az is előfordul, hogy a társas együttlét, a csoporthoz tartozás élménye arra készíti a nem drogfogyasztót, hogy tegyen egy-két kísérletet kíváncsiságból. Ezeknek a próbálkozásoknak az a nagy veszélye, hogy kellemes érzéseket („csodálatos álomvilágot”, „feloldott érzelmi élményeket”) idézhetnek elő, ezzel további fogyasztásra csábítják a fiatalt. Főleg az alkoholistá, depressziós, alacsony frusztrációtűrűségű, én-gyenge fiúk és lányok esnek ebbe a csapdába. A fogyasztások gyakori megismétlése hamarosan a drogfüggőség kialakulásához vezethet.

A szenvedély folytán a fiatal rossz szociális körülmények közé kerül, és megjelennek a testi és a lelki leépülés jelei. A testi jelek közül a legszembetűnőbbek a testsúlycsökkenés, fertőzésre való hajlamosság, krónikus tüdő-, máj- és vesebetegség, valamint bőrbetegségek. Napjainkban a befecskendezéssel járó módszerek esetén egyre nagyobb az AIDS-fertőzések valószínűsége. A lelki jelek: szorongás, közöny, hallucinációk, üldözési mánia, elhanyagoltság és pszichózis. Nagyon fontos lenne, hogy a pedagógusok jól ismerjék a testi és lelki tüneteket, illetve drogfogyasztásra utaló jeleket. Ezzel nagymértékben segíthetnék a prevenciót, az időben elkezdett terápiás beavatkozást. A tartós fogyasztóknál felmerül a kérdés, hogy vajon a szertől alakult ki a pszichotikus viselkedés vagy a már előbb meglévő zavarát akarta csökkenteni a drogfogyasztással.

A terápia célja kábítószermentessé tenni a beteget anélkül, hogy más magatartás zavara vagy szomatikus betegsége alakulna ki. Szükséges a speciális intézetben ellenőrzés alatt végzett méregtelenítés. Ezt követi a hónapokig tartó elvonókúra (mint az alkoholistáknál), majd különböző pszichoterápiás módszerek. Csak azután következhet a munkaterápia, a kreatív tevékenységek és az egyén reszocializációja. Ezt a terápiát számos, az egészségügyi rendszeren kívül működő speciális intézetben lehet folytatni (terápiás közösségek, alternatív intézmények, klubok stb.).

A pedagógus szerepe nem korlátozódik az említett prevencióra és a terápia elindítására. Fontos szerepet vállalhat a reszocializációban is: az érzelmi izoláltság feloldásában, a közösségi érzések fejlesztésében és a társadalmi hasznosság érzésének fokozásában.

A játékszenvedély

A játékszenvedély világszerte növekvő tendenciát mutató megnyilvánulás. Régóta ismert jelenségről van szó, amelyet megtalálunk az adott társadalmak kulturális hagyományai között. Az irodalomban és a festészetben számtalan példa illusztrálja ezt a témát.

Az ember számára a játék örömet és felszabadulást jelent, a játékszenvedély viszont rabságot, mely megfosztja az embert a játék örömétől. A játékszenvedély betegségnek tekinthető, amelyre jellemző, hogy az ember nem ura cselekvéseinek, megszűnik a racionális gondolkodása. Indokolatlanul optimista, nem számol a várható negatív következményekkel.

A játékszenvedély kialakulásának több oka is lehet. Úgy tűnik, hogy a betegség patomechanizmusában szerepe van a csökkent szerotoninaktivitásnak. Vizsgálatok alapján igazolt, hogy a csökkent szerotoninaktivitás-szint esetén nagyobb az impulzivitás és a kockázatvállalás, személyiségvonások, amelyek szerepet játszanak a játékszenvedély esetén. Feltételezhető, hogy a külsőkontrollos személyiség dimenzió, szintén szerepet játszik a betegség kialakulásában. A külsőkontrollos személyiség típusú ember úgy véli, hogy ami vele történik, rajta kívülálló okok miatt van: véletlen, szerencse, sors, a másik személy, stb. A belsőkontrollos személy ennek az ellentétje. Úgy véli, hogy ami vele történik, az tőle függ, ő irányítja saját életét. Mind a belső-, mind a külsőkontrollos vonások kialakíthatók bizonyos körülmények között. Pszichológiai vizsgálatok alapján kimutatták, hogy a játékszenvedélyes betegeknél sokkal nagyobb a külső kontrollosság, mint az átlag populációnál.

Az adott társadalom kultúrájától függően nagyon változatos formái lehetnek a játékszenvedélyeknek. A mi kultúránkban a legjellemzőbbek a játékautomaták, a rulett, a kártya, a lóverseny és a lottó.

A beteg csak ritkán fordul orvoshoz, többnyire a kísérő tünetek miatt kér segítséget. Ilyen kísérő tünetek lehetnek a depresszió, az alvászavarok, a szorongás, az anyagi válság és a megromlott, nem harmonikus családi élet. Általában környezete kéri meg a beteget, hogy forduljon orvoshoz. Ez kevésbé hatékony, mert hiányzik a pszichés segítség feltétele, hogy a beteg belássa helyzetét, és hogy változtatni akarjon. A betegség megelőzésében és kezelésében fontos a mentálhigiénés szempontok érvényesítése. A kezelés több síkon folyik. Mivel feltételezhető a szerotoninrendszer funkciózavara, ezért indokoltnak tűnik a gyógyszeres kezelés (például a szerotoninrendszerre ható antidepresszánsok). Elengedhetetlen az egyénre szabott adekvát pszichoterápia alkalmazása is. Nagyon fontos lenne a szerencsejátékokkal kapcsolatos törvények és szabályok

módosítása (például kiskorúak kitiltása a szerencsejáték kaszinókból, a kitiltott felnőttek kötelező mentálhigiénés ellátása stb.).

Statisztikailag is igazolt, hogy a rendszeres játék esetén elkerülhetetlen a veszteség. A pénz nélkül maradt fiatalok gyakran a bűnözés irányába haladnak, megromlik a kapcsolatuk a családdal és közvetlen környezetükkel, de nem ritka az öngyilkosság sem. A pedagógusok, kortárssegítőik és más, szakemberek által folytatott folyamatos prevenciók munkájában ezekre a veszélyekre kell felhívni a fiatalok figyelmét. Fontos lenne ismertetni a tanulókkal olyan programokat, amelyekben a játékszenvedély olyan, közvetett veszélyeire is felhívják a figyelmet, mint gyermekrablás, prostitúció, szervkereskedés és egyebek.

Dohányzás

A fiatalok nagy mennyiségű nikotin fogyasztása szintén világjelenségnek számít. A kisiskoláskorú és prepubertáskorú gyermekek dohányzása inkább kíváncsiságból, feltűnési vágyból és a felnőttesség demonstrálása céljából történik. A serdülőkorúaknál jelentősen növekszik a nikotinfogyasztás, és itt már a vágy és a megszokás áll a viselkedés hátterében, így a kiváltó okok eltérnek az előző formáknál említett okoktól. Maguk a fiatalok sem tudják megindokolni dohányzásukat. Olyan banális okokkal magyarázzák, mint: „megszoktuk”, „jólesik”, „segít levezetni az idegességet” stb. A felsorolt okokon kívül fontos szerepe lehet a szülők és a közvetlen környezet mintájának, a reklámoknak és általában a médiának. Hajlamosító tényezőkként kimutathatók olyan személyiségvonások, mint az önértékelés-kompenzálás (például: alacsony növés, csúnya alkat vagy retardáltság esetén), vagy az én-gyenge személyiség.

A dohányzás önmagában még nem tekinthető súlyos deviánsviselkedésnek, csak a nagy mértékű és hosszú ideig tartó fogyasztásának vannak súlyos következményei. Ezek lehetnek testi és lelki jellegűek. Testi következmények: hörgőhurut, tüdőtágulás, magas vérnyomás, szív- és érrendszeri zavarok, gyomorpanaszok. A nagy mennyiségű fogyasztás rákot is okozhat, főleg a hörgőben, tüdőben, a nyelőcsőben és a gégében. Pszichés következmény: a dohányzó lelki függőségben él, és terhére van a környezetének. A dohányzásnak több kellemes hatása van a fogyasztó kedélyállapotától függően. Lehet nyugtató, de lehet izgató hatása, enyhíti a bizonytalanságérzést, és könnyű szédülést vált ki.

A dohányzásról való leszokás nagyon nehéz feladat. Ezért kell hangsúlyt fektetni a prevencióra, amelyben az orvosnak, a szülőnek és a pedagógusnak egyaránt fontos szerepük van. Fontos lenne, hogy a pedagógusok a létező prevenciók programokat szervesen beillesszék nevelési munkájukba.

Irodalomjegyzék

- Bagdy Emőke: *Családi szocializáció és személyiségzavarok*. Budapest, 1999, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Mérei Ferenc – Binét Agnes: *Gyermeklélektan*. Budapest. 1981, Gondolat Kiadó.
- Erős László: *Játék életre, halálra*. Budapest, 1998, Magyar Mediprint.
- Salamon Jenő: *A megismerő tevékenység fejlődéslélektana*. Budapest, 1993, Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Kiss Tihamér: *Az érzelmi élet zavarai korai gyermekkorban*. Budapest, 1968, Tankönyvkiadó.
- Gerevich József (szerk.): *Közösségi mentálhigiéné*. Budapest, 1989, Gondolat Kiadó.
- Tóth László: *Pszichológia a tanításban*. Budapest, 2000, Pedellus Tankönyvkiadó.
- Hermann Imre: *Az ember ősi ösztönei*. Budapest, 1984, Magvető.
- Böszörményi Zoltán – Brunecker Györgyi: *A gyermekkor és az ifjúkor pszichiátriája*. Budapest, 1979, Medicina.
- Murányi-Kovács Endréné – Kabainé Huszka Antónia: *A gyermekkori és a serdülőkori személyiségzavarok pszichológiája*. Budapest, 1991, Tankönyvkiadó.
- Demcsákné dr. Kelen Ilona: *Pszichoszomatikus zavarok gyermek- és ifjúkorban*. Budapest, 1982, Medicina.
- Krista Federspiel – Ingeborg Lackinger Karger: *A lélek egészségkönyve*. Budapest, 1998, Kossuth Kiadó.
- Windfrid Huber: *Pszichoterápiüle*. București, 1997, Știința&Tehnica.
- Koop Mária – Fóris Nóra: *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Budapest, 1995, Végeken Kiadó.
- David Peck – David Whitlow: *Személyiségelméletek*. Budapest, 1992, Gondolat Kiadó.