Magyar Pszichológiai Szemle

1993-08-10



1992
1993 / 1-2

AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST

MAGYAR PSZICHOLÓGIAI SZEMLE

Hungarian Journal of Psychology

A MAGYAR PSZICHOLÓGIAI TÁRSASÁG FOLYÓIRATA

XLVIII—XLIX. kötet Új sorozat 32—33. 1992—93/1—2. szám

Szerkesztőbizottság:

ANTALOVITS MIKLÓS, BAGDY EMŐKE, BARKÓCZI ILONA, BUGÁN ANTAL, CZIGLER ISTVÁN, HUNYADY GYÖRGY, KALMÁR MAGDA, KLEIN SÁNDOR, KULCSÁR ZSUZSANNA (elnök), MÜNNICH IVÁN, TORMA KÁLMÁN, VÁRINÉ SZILÁGYI IBOLYA, VIKÁR GYÖRGY

Szerkesztőség:

KULCSÁR ZSUZSANNA (mb. főszerkesztő), FARAGÓ KLÁRA (mb. főszerkesztőhelyettes), NAGY JÁNOS és RÓZSA SÁNDOR (szerkesztőségi titkárok), KÁLMÁN ESZTER (olvasószerkesztő)
1064 Budapest, Izabella u. 46. I. em. 130. Telefon: 1-423-130.

Rovatvezetők:

BAGDY EMŐKE, FARAGÓ KLÁRA, FELVINCZI KATALIN, GERVAI JUDIT, KOVÁCS ZOLTÁN, KÓSA ÉVA, KULCSÁR ZSUZSANNA, LÁNYINÉ ENGELMAYER ÁGNES, PLÉH CSABA, VARGHA ANDRÁS

Akadémiai Kiadó
1117 Budapest, Prielle Kornélia u. 19-35. Telefon: 181-2134.

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR), 1900 Budapest XIII. Lehel u. 10/A, közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a Postabank Rt. 219-98636, 021-02799 pénzforgalmi jelzőszámra. Példányonként megvásárolható az Akadémiai Kiadó "Stúdium" (Budapest, V. Váci u. 22.) és "Magiszter" (Budapest, V. Városház u. 1.) könyvesboltjaiban.
Külföldön terjeszti a KULTURA Külkereskedelmi Vállalat (H-1389 Budapest, Pf. 149.)

A tanulmányok közlési feltételeit lásd. a borító 3. oldalán.

TARTALOMJEGYZÉK

TANULMÁNYOK

Barkóczi Ilona: A téri és az idői tájékozódás egyes újabb eredményei az összehasonlító pszichológiában. Kardos Lajos emlékelőadás 3
Gerő Zsuzsa: Gondolatok a Mérei Ferenc által körvonalazott elaboráció fogalomhoz 18
Nemes Lívia: Kosztolányi Édes Annájának pszichoanalitikus értelmezése 31
Hozzászólás: *Bagdy Emőke* 41
Kosztolányi Dezső: A költő 43
Klaniczay Sára: Tér és lélek. Hermann munkái alapján 45
Vargha András: A házaspárok személyisége és a házasság jósága 61
Geiger Ágota és *Berghammer Rita*: Családi Rorschach-vizsgálatok elhízott gyerekek családjával 99
Farkas András: Politikai fogalmak vonatkoztatási pont váltásai a politikai rendszerváltás során 107

SZEMLE

Jenkins, Hugh: Család és más rendszerek 134
Jenkins, Hugh: Feladatok alkalmazása a családterápiában 144
Klein Sándor: "A közép-amerikai kihívás" - személyközpontú csoport vezető politikusokkal 154

INTERJÚ

A boldogság titka (Beszélgetés Arthur Freemannel a kognitív terápiáról és sok minden másról) (*Klein Sándor*) 172

KÖNYV

Thomas Köhler: Abwege der psychoanalyse Kritik. Zur unwissenschaftlichkeit der anti Freud literatur. A Freud-revízió revíziója (*Harmat Pál*) 180

CONTENTS

183

TANULMÁNYOK

A TÉRI ÉS AZ IDŐI TÁJÉKOZÓDÁS EGYES ÚJABB EREDMÉNYEI AZ ÖSSZEHASONLÍTÓ PSZICHOLÓGIÁBAN*

Kardos Lajos emlékelőadás

BARKÓCZI ILONA

ELTE, Általános Pszichológiai Tanszék

A tanulmány az emberi evolúció kontiunitás/diszkontinuitás kérdését veti föl, különös tekintettel a téri-idői tájékozódás jellemzőire állatoknál és embereknél. Újabb kísérleti eredmények támasztják alá, hogy - legalábbis emlősöknél - a téri kognitív reprezentáció fejlettsége mellett az idő dimenzió is megjelenik a viselkedésben. Majmok, s különösen emberszabásúak magasszintű kognitív teljesítményei-, és szándékos viselkedésre utaló egyértelmű jelek alapján a kognitív evolúció folytonosságának feltételezése indokoltnak látszik. A diszkontinuitást az emberi beszéd generatív jellege jelentheti, de az emberszabásúaknak tanított absztrakt szimbólumrendszerek elsajátítása a beszéd egyik alapvető eleme, a szó megtanulásának képességét mutatja.

Kardos Lajos a téri tájékozódás és az állati emlékezet rejtelmeit kutatva számtalanszor modta és írta le, hogy az állat és az ember közötti legfőbb különbség abban van, hogy az állatok térben élnek, az emberek pedig időben.

Munkásságában alapvető jelentőségű volt az állati emlékezet létezésének fel- és elismerése, amelyet a téri tájékozódáshoz kötöttnek és vizuális természetűnek tekintett. Koncepciója mellett már akkor is kitartott, amikor a pszichológiát még a behaviorista

---

* A Magyar Pszichológiai Társaság tizedik Országos Tudományos Naggyűlésén 1992. augusztus 31-én Kardos Lajos tiszteletére elhangzott előadás kevéssel bővített változata.

Köszönetet mondok Kónya Anikónak és Pléh Csabának a kézirat elolvasásáért és kritikai megjegyzéseikért.

fogalomrendszer uralta, pedig azt első kézből ismerhette meg, virágzása idején. Ez gondolkodásának szuverenitását bizonyítja.

Kutatásairól 1959 óta számos hazai és külföldi tanulmányban folyamatosan beszámolt. Mindezek eredményeként kikristályosodott következtetéseit, alátámasztva az e területen végzett munkásságának összegzett felidézésével, Az állati emlékezet (Kardos, 1988) című posthumus könyvében foglalta össze. Az előbb említett meggyőződéséről ebből számos helyről lehetne idézni, itt most csak egy párat említek meg. "...az állat eljut odáig, hogy mnémikusan "látja" mindazt, ami a lokomóció számára releváns." (145. o.) Vagy: "Mi úgy hisszük, hogy az emlékezés őstípusa, melyet... az állatnál feltételezhetünk, híján van mindenfajta idői utalásnak,... akár olyan formában, hogy valamire utalna, ami a múltban történt, akár olyan formában, hogy utalna valamire, ami majd a jövőben történni, vagy bekövetkezni fog (88. o.).

"Az állati emlékezetnek ez az egyoldalúsága, a téri mozzanatokra való korlátozottsága ... összefüggésbe hozható az állat alapvetően lokomóciós életformájával... Az idői "előrelátás", az idői egymásutánnak, mint olyannak emlékezeti tárolása viszont a manipulációs tevékenységforma követelménye. Ez utóbbinak lényege: a környezet megváltoztatása. Az ember fő tevékenységformája a manipuláció - ennek szolgálatában emlékezete sajátos módon és magas tökéletességi fokig fejlődött" (232. o.).

Ezek a megállapítások nem kevesebbet, mint a humánspecifikum problémáját érintik. Egyben azt implikálják, hogy az állatok és az emberek között minőségi a különbség.

Úgy gondolom, könyvének megírása óta elég sok érdekes kísérleti eredmény és rengeteg okos gondolat gyűlt fel ahhoz, hogy ezt a kérdést újból fölvessük. A vitatott kérdés már nagyon régóta, és még ma is az, hogy az állatok és az ember közötti különbség mennyiségi vagy minőségi, másként fogalmazva, a humán evolúció kontinuus vagy diszkontinuus.

Mi emberek általában büszkék vagyunk arra, hogy okosak, intelligensek vagyunk, bonyolult eszközöket készítünk, és minden mástól megkülönböztetve, beszélni tudunk. Az egyik lehetséges megközelítés tehát ehhez a kérdéshez az állatok felől az állati intelligencia, vagy kognitív kapacitás vizsgálata, a másik pedig az emberi specifikumnak tekintett nyelv. Ehhez szorosan kapcsolódik az emberi faj szintén egyedi jellemzőjének tartott jobbkezesség és bal félteke dominancia.

A téri tájékozódás

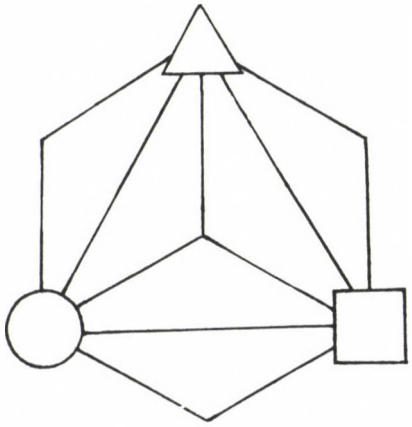
Az állatok téri tájékozódó képességéről a századunk elején megindult labirintus kísérletek óta sok mindent kiderítettek a kutatók. Ezzel kapcsolatban csak egy-két eredményt említek meg, az újabbb megközelítések illusztrálására.

Induljunk ki az O'Keefe és Nadel (1978) által jellemzett taxon- és lokális rendszerből. Az állatok téri tájékozódásában és tanulásában a taxon rendszer a perceptuálisan irányított viselkedést foglalja magába, amely által csökken a távolság az egyed és a cél között, és amelyet valamilyen jelzőinger (cue) jelez. Ez a térbeli viselkedés egyszerűbb módja. A lokális rendszerrel a szerzők a Tolman-féle kognitív térképnek megfelelő reprezentációk felépítésére és használatára utalnak. Ez utóbbiak plasztikusak,

az előbbi taxon rendszer merevebb. A kognitív térkép létezésének meggyőző bizonyítékát szolgáltatta Olton (1977) 8 karú radiális (sugaras) útvesztőjében patkányokkal. Mindegyik kar végébe kis ételdarabot helyeztek, az állatokat középről indították. Azt tapasztalták, hogy a patkányok rendszeresen végigjárják az egyes karokat, s ahonnan már megették az ételt, oda nem térnek vissza: emlékeznek arra, hogy ott már nincs semmi.

Thinus-Blanc (1988) különböző kerülőút helyzetekben vizsgálta azt a régi, Hulltól származó feltételezést, amely szerint, ha a célhoz vezető legrövidebb utat elzárják, az állat több lehetőség közül azt választja, amelyik a legkisebb szögben tér el a célhoz vezető egyenestől még akkor is, ha az hosszabb. Ám a szerző újabb kísérleteiben azt tapasztalta, hogy ez csak akkor következik be, ha a starthelyről látni lehet a célt. Ha azonban nem, akkor a rövidebb, de nagyobb szögben eltérő utat választják kutyák és macskák egyaránt. Ezt úgy lehet magyarázni, hogy rejtett cél esetén az állat az egész helyzetet tekintetbe veszi és reprezentálja, míg a kívánatos cél vonzása ezt megzavarja. Ezek az adatok a szerző szerint a figyelmi folyamatok szerepére is utalnak, ugyanis elterelő vagy vonzó ingerekkel lehet az állatok figyelmét irányítani, és lehet irányítani meglevő tudásuk alapján működő expektáció vagy anticipáció által is.

A Maier-féle "három asztal" helyzetben bizonyították, hogy a terep minimálisan kétirányú bejárása szükséges a téri viszonylatok felépítéséhez. (A három asztal helyzet: egy-egy kör, négyzet és háromszög alakú, pl. patkányok számára megfelelő méretű lap, utakkal összekötve. Ezek egyike a start, másika az ételt tartalmazó cél, s ezeket alkalmanként cserélik.) Thinus-Blanc ezzel, és egyéb kísérleti eredményekkel kapcsolatban igen fontos megállapításokat tesz, kifejtvén, hogy az explorációs aktivitás látszólagos "dezorganizált" jellegének funkciója nem csupán az, hogy a terepet és annak tárgyait minden oldalról alaposan feltérképezze, hanem főként az, hogy ezáltal az állat az idői szekvenciákat kiküszöbölhesse. Ez pedig fontos a kognitív térkép kiépítéséhez. Az exploráció kognitív aktivitás. A szerző megjegyzi, hogy az idődimenzió (azért) nem vész el, hiszen az állat pl. téri feladatban használja a múltbeli információt, kivetít a jövőbe, anticipál. Ez szerinte már magasszintű kogníció.



1. ábra

Az állatok térbeli viselkedésével kapcsolatban Poucet, Bolson és Herrmann (1990) közölt igen érdekes adatokat, amelyekből az előbb említett három asztal feladat változatai közül az egyiket emelem ki (*1. ábra*). A szerzők normális és szeptum-irtott patkányokkal dolgoztak. Ez utóbbiakra a téri tájékozódás sérülése jellemző. A legfőbb tanulság szerint a szeptum-irtott állatok túlnyomóan a legrövidebb utat választották. Ám a normál patkányok a belső, egy kissé hosszabb utat részesítették előnyben, ami látszatra ellentmond "normalitásuknak". A szerzők e meglepő viselkedést úgy magyarázzák, hogy ez a belső út lehetővé teszi a döntés elhalasztását, a középső választási pont a lehetőségek számát kettőre csökkenti, s itt mód nyílik további információ gyűjtésére és önkorrekcióra. Tehát a normál állatokra jellemző a helyzet komplexitásához történő folyamatos alkalmazkodás.

A kondicionálás

A kondicionálásos kísérletek is újabb eredményeket, és a régi mechanikus kapcsolat-elv átértelmezéseit hozták az utóbbi egy-két évtizedben. Az egyik jelentős gondolatot Macphail (1987) hangsúlyozta. Amellett érvelt, hogy az asszociáció képzés - legalábbis a gerincesektől kezdve - olyan folyamat, amely arra alakult, hogy események közötti kauzális viszonylatokat detektáljon. Az ilyen kapcsolatok minden természetes környezetben, az állatok saját élőhelyétől függetlenül, szükséges feltételét képezik a hasznos predikciónak. E tanulmány vitájában résztvevők nagyrésze egyetért e gondolattal, és fontos megállapításnak tartja az asszociáció és az okság összekapcsolását. Ugyanis belátható, hogy elég nagy a valószínűsége annak, hogy amik a természetes környezetben térben és időben közel vannak egymáshoz, azok valamilyen oki viszonylat szerint kerültek közel.

A téri-idői közelség, illetve egymásutániság oksági felfogására csábító hatását embernél legszebben mutatja a babonás viselkedés, a post hoc, ergo propter hoc (utána, tehát miatta) sokszor igaz, de esetenként félrevezető értelmezése. Tudjuk, hogy "babonás" viselkedést laboratóriumi kondicionálás során állatoknál is megfigyeltek, amikor az állatok alkalomszerű fejfordító, tollászkodó, testápoló stb. mozgásaikat beépítik a kondicionálási szekvenciába, ugyanezen "elv" alapján.

A pavlovi kondicionálás klasszikus értelmezése is teljesen átalakult az utóbbi egy-két évtizedben, a modern kísérletek eredményeként. Ezt az átértelmezést Rescorlát (1988) követve foglalhatjuk össze:

1) Nem igaz az, hogy bármilyen semleges ingert tetszés szerint egyformán lehet kondicionálni, mert pl. egy belső rosszullét egyszeri társítással kapcsolódik az ízleléshez még többórás késés után is, míg a perifériás fájdalom könnyebben kapcsolódik hallási, vizuális ingerekhez.

2) A kondicionálás során az események közötti perceptuális viszonylatok - hasonlóság, rész-egész - szerepe meghatározó. Pl. a másodlagos kondicionálás galamboknál könnyebben, stabilabban kialakul akkor, ha a másodlagos inger az elsődlegeshez hasonló, vagy annak része. Ugyanis - írja a szerző - a természetben a rész gyakran jelzi az egész tárgyat.

3) A kondicionálás nem lassú, sok ismétlést igénylő folyamat, mert pl. az 1. pontban említett mérgezéses jelenség egypróbás, míg a többi szokásosan 5-6 próba során kialakul.

4) A kondicionálás nem buta folyamat, az állat az események között logikai, perceptuális relációkat használ saját "prekoncepciói" szerint, és világának kifinomult reprezentációját alakítja ki.

5) Az állat nem csak a feltételes-feltétlen inger közötti viszonyt alakítja ki a kondicionálás során, mert ezek mindegyike kapcsolódik ahhoz a kontextushoz, amelyben megjelenik.

6) Nem igaz, hogy a feltételes inger az eredetileg feltétlenre adott viselkedést váltja ki, mert pl. az elektrosokk mint feltétlen inger növeli az aktivitást, ennek feltételes ingere pedig csökkenti azt. Továbbá, a feltételes ingerre adott válasz gyakran függ annak perceptuális jellegétől is, pl. galambnál az ételt jelző lokalizált vizuális jel - fényfolt - irányított csipegetést vált ki, míg diffúz hang az általános aktivitást növeli. Ám ha egy következő szakaszban a hang és a fény egy-egy különböző megvilágított gombot jelez, amit étel követ, akkor mindkét inger kiváló megerősítőként szolgál, mert korábban egyformán kapcsolódtak az ételhez.

Tehát - hangsúlyozza Rescorla - a pavlovi kondicionálás nem egyszerűen egy válasz átváltása a feltétlen ingerről a feltételesre, hanem események közötti relációk megtanulása, amelyeket az állat komplex módon reprezentál.

A pavlovi tanulási helyzetekben már régebben kimutatták (Kamin, 1968), hogy a feltételes inger olyan fokban kapcsolódik következményéhez, a megerősítéshez, amilyen fokban arról információt nyújt. Így pl. ha egy X ingert egy olyan A ingerrel párosítanak, amely már korábban a feltétlen ingert jelző hatékonyságot nyert, és most az AX együttes ugyanazt jelzi, akkor az X inger magában viszonylag gyenge jelző hatékonyságot nyer. Ha azonban együttesen egy új feltétlen ingert jeleznek, akkor az X inger lesz erős és az A gyenge. Az első esetben az X redundáns, tehát valóban a jelzőinger információt hordozó értékéről lehet beszélni. Ebben az összefüggésben válik érthetővé az is, hogy miért nem lehet visszafelé kondicionálni.

Rescorla (1968) kimutatta, hogy a kondicionálás nem csak a feltételes és a feltétlen inger együttes megjelenésének a gyakoriságától függ, hanem attól is, hogy a feltételes inger valóban ad-e információt a feltétlen inger megjelenési valószínűségéről. Ugyanis ha a gyakorlás során a feltétlen inger egyforma arányban a feltételes nélkül is megjelenik, akkor a kondicionálás elveszíti erejét, a kapcsolat nem jön létre.

A feltételes inger bizonyítottan a reakció, és annak kimenetele, következménye közötti relációt jelzi. Rescorla (1991, 1992) már eleve abból a megállapításból indul ki, hogy az állatnak érzékenynek kell lennie aktusai következményei iránt ahhoz, hogy környezetéhez valamennyire is kifinomúlt módon alkalmazkodjék. Igen komplex kísérletekben igazolta, hogy az instrumentális tanulásban az állatnál hierarchikus asszociációs struktúrák - tehát nem csak páros kapcsolatok - alakulnak ki. Ilyeneket S - (R-K) hierarchia formájában bizonyított (S = inger, R = reakció, K = kimenetel, pl. jutalom). A szerző megállapítja, többen hisznek abban, hogy elemek párjai közötti bináris asszociációk alapvető tanulási folyamatokat képeznek, amelyekből a világ viszonylag komplex

reprezentációi építhetők ki, de meg kellene értenünk, hogy ilyenek hogyan dolgozódnak ki hierarchikus struktúrákká.

Azt, hogy mennyire fontos az állat számára az inger prediktív pontossága, egy további kísérlet is szépen igazolja. Wilson, Boumphrey és Pearce (1992) szeriális kondicionálási helyzetben tapasztalták, hogy ha egy fényt mindig követ egy hanginger, s ezt a hangot vagy párosítják étellel, vagy nem, fele-fele arányban, keverve, akkor az orientációs válasz a fényre lecsökken. Majd a következő szakaszban a fényre vagy a hang plusz az étel következik, vagy semmi, akkor az orientációs válasz a fényre helyreáll. Az eredmény csak úgy értelmezhető, hogy az inger prediktív ereje meghatározója az orientációnak.

A 80-as években (pl. Ringo és Doty, 1985) rézuszmajmo' nál mutattak ki hosszúidejű emlékezetet, de meglepőbb, hogy madaraknál - galamboknál - szintén kimutatható volt, képsorokra. Macphail és Reilly (1989), Macphail, Reilly és Good (1992) képsorok ismert/új tagjaira egy bemutatás után 24 órás, két bemutatás után 20-30 napos felismerési emlékezetet tapasztaltak, ami összesen 320 képnél jelentős mértékű (90 %) volt.

E pár kiragadott kísérleti példával talán eléggé meggyőzően lehetett demonstrálni, hogy az állatok közül legalábbis az emlősök (patkányokon kívül macskák, kutyák, lovak is szerepeltek a különböző, itt nem említett tanulmányokban), valamint madarak viselkedése arra utal, hogy az idődimenzió megjelenik kogníciójukban, mert múlt tapasztalataikat képesek a jövőbe vetíteni, és rendelkeznek hosszúidejű emlékezettel. Megjegyzem, kár, hogy a látáson kívül más modalitásban nem vizsgálják kísérletileg az állatok emlékezetét, pedig biztosan sokat tudnának mondani az idomárok pl. a kutyák szag emlékezetéről.

Az állati intencionalitás

Dickinson (1988) ezekhez képest új szempontot, az intencionalitást említi, megállapítva, hogy a mentális folyamatok a fizikaiaktól az intencionalitás által különböztethetők meg, s ez volna a kogníció fémjelzése.

Dennett (1983) az a filozófus, aki az intencionalitás bonyolult filozófiai fogalmát nem filozófus szakemberek (etológusok, pszichológusok) számára közvetítette. Eszerint a világban néhány dolognak, állapotnak és eseménynek az az érdekes tulajdonsága van, hogy más dolgokra, állapotokra és eseményekre utal, vonatkozik (344. o.). Jellemzők rá az ilyen kifejezések, pl. "hiszi, hogy...", "tudja, hogy...", "várja, kívánja, hogy...", "felismeri, hogy...", stb. (345. o.). Dennett véleménye szerint az ilyen intencionális kifejezésekben az az előfeltevés rejlik, hogy az a teremtmény vagy rendszer, amelynek intencionális állapotot tulajdonítanak, racionális.

Az intencionális rendszereknek különböző fokozatai vannak: Az elsőrendű intencionális rendszernek vannak hitei, kívánságai, de nincsenek hitei és kívánságai a hitekről és kívánalmakról. Pl. Tom kívánja, hogy Sam fusson föl a fára. (Ők majmok, és társas viselkedésük értelmezésére alkalmazta Dennett az intencionalitás tanát). A másodrendű intencionális rendszernek vannak hitei és vágyai a hitekről és vágyakról - mind a sajátjairól, mind a másokéiről. Pl. Tom azt kívánja, hogy Sam higyje, hogy itt egy

leopárd és fusson föl a fára. A harmadrendű intencionális rendszer képes olyan állapotokra is, mint: x kívánja, hogy y higyje azt, hogy x hiszi, pl. Tom szándéka, hogy Sam ismerje fel, hogy Tom szándéka, hogy Sam fusson föl a fára. Embereknél lehetségesnek tartanak még magasabbrendű intencionalitást is. Bár nem fogunk rá kitérni, csak megjegyezzük, hogy egyesek majmoknak tulajdonítanak másod-, emberszabásúaknak pedig harmadrendű intencionalitást, bár ez még vitatott. Ezek a kérdések azonban már a szociális kogníció evolúciójának témakörét érintik, amely túlmegy jelenlegi kereteinken.

Visszatérve Dickinsonhoz, a viselkedés intencionális magyarázata szerinte is akkor jogos, ha a viselkedés függ a világról szóló "hiedelmektől" - ennek racionális következmény értelmében - és a belső állapotok változásaitól. Ha tehát az állat szembesül a kondicionálási eljárás megváltozásával (pl. változik a megerősítés típusa, vagy a drive állapot), akkor akcióit alkalmaznia kell ehhez annak érdekében, hogy azok fenntartsák célirányosságukat. Úgy véli, hogy a pavlovi helyzetben nem, de az instrumentális tanulás egyes újabban használt bonyolultabb eljárásainak magyarázatára már lehet alkalmazni az intencionális jelzőt. Ilyen pl. az irreleváns incentív tanulási helyzet. Az egyik ilyen kísérletben két csoport éhes patkány vett részt, az egyiknek a pedálnyomás cukros vizet eredményezett, a másiknak ételfalatot. Majd szomjasan tesztelték őket, üres pedálnyomás mennyiséget mérve. A szerző szerint az állatok viselkedése ebben a helyzetben akkor tekinthető intencionálisnak, ha a váltás az éhségről a szomjúságra változást okoz a kétféle megerősítő kívánatosságában. Ugyanis ha az állat éhes, akkor mindkét megerősítő kívánatos, de ha szomjas, akkor csak a víz. Az eredmény megegyezett az intencionális magyarázattal, vagyis a tesztben a szomjas állatok közül azoknál volt több üres pedálnyomás, akik korábban vízzel gyakoroltak. Ezt az eredményt később fordítva, szomjúságról éhségre váltva is megerősítették (Dickinson és Balleine, 1990). Ez természetesen elsőrendű intencionalitást jelent. Dickinson (1988) véleménye szerint az elméletképzés jelen szakaszában két okból is jó ragaszkodni az intencionális magyarázathoz: az egyik, hogy olyan fontos kérdések fölvetéséhez vezet, amelyeket más elmélet alapján nem tennének föl. A másik, hogy fontos különbségtételt enged meg a pavlovi kiváltott viselkedés és a célirányos instrumentális válasz között.

Lateralitás és nyelv

Áttérve az ember felőli megközelítésre, Corballis (1989) fejti ki a kontinuitás – diszkontinuitás kérdésével kapcsolatban azt, hogy az egyetlen objektív különbség az ember és az állatok között az emberi lateralitás, vagyis a jobbkezesség és a bal félteke dominancia. A bilaterális szimmetria fontos lehet a téri környezetre adandó válaszokban, de nem fontos akkor, ha a funkció inkább szekvenciális, mint téri. A szekvencialitás alappéldája a beszélt nyelv, és mindazok a funkciók, amelyek komplex tervezést igényelnek. Több szerző egybehangzóan próbálja kapcsolatba hozni a jobbkezességet az eszközhasználattal. Vannak adatok arra, hogy a korai hominidák mintegy 1,5-2 millió éve már olyan eszközöket használtak, amelyek jobbkezességre utalnak. Corballis hangsúlyozza, hogy az eszközkészítés tervezett műveletsor, amelyben a szimmetria jelentősége csökkent, s előjön

az aszimmetria előnye, mivel a kezek különböző funkciókra specializálódhatnak. Ezek szerint föltehető, hogy az aszimmetria inkább agyi, mint manuális eredetű.

Az agyi aszimmetriával kapcsolatban ugyancsak igen korai adatokkal rendelkezünk. A mintegy 1,4-1,9 millió évvel ezelőtt élt Homo habilis leletei alapján a kutatók arra következtettek, hogy már ennek a hominidának is kifejezett Broca áreája volt baloldalon, és a Wernicke área is erős fejlődést mutat, de ebben még nem található aszimmetria. A modern, folyamatosan pergő beszéd és artikuláció biológiai feltételét pedig a kb. 150-200 ezer éves Homo sapienshez kötik, mert neki már megvolt a megfelelő szögben álló vokális traktusa. Tehát a mai értelemben vett nyelv eléggé új képződmény az emberi evolúcióban.

Corballis szerint a nyelv és az eszközkészítés közös jellemzője a generativitás, amely egyedülállóan humán fölfedezés. Lényege elemek kombinálása szabályok alkalmazásával, új együttesek létrehozása érdekében. A kombinálás tehát szabály által irányított és szándékos. A kombinált elemek pedig lehetnek szavak, mondatok vagy valamilyen eszköz fizikai elemei. Ezt a generatív képességet Corballis a bal féltekének tulajdonítja, amely az észlelésben is megjelenik. A jobb félteke ismert funkciói közül a térbeli figyelmet emeli ki, valamint Kosslyn (1987/1990) metrikus elképzelését fogadja el. A reprezentáció generatív módja szerinte kezdetben nem absztrakt szimbólumokkal működik, inkább megtart valamilyen analóg viszonyt azokkal a részekkel, amelyeket - bár idealizáltan - reprezentál. (Ő nem használja a sémát, vagy ahhoz hasonló fogalmat.) Ám a reprezentáció generatív módja szimbolikus egységek kifejlődéséhez vezet el. Véleménye szerint a generativitás jelenti a diszkontinuitást a humán evolúcióban, amely legalább olyan léptékű változás, mint a hüllőkből kialakult madaraknál a repülés új funkciója.

A főemlősök evolúciójában a kezesség kialakulásáról a szakértők között erős vita folyik. MacNeilage, Stuttert-Kennedy és Lindblom (1987) nagyszámú szakirodalmat áttekintve olyan adatokat említ, amelyek szerint van előzménye a balkezes nyúlásnak és a jobbkezes manipulációnak majmok és emberszabásúak egyes fajainál. Ezek szerint a változás embernél csak mennyiségi volna. A szerzők szerint már makákóknál és rézuszoknál is többen kimutatták, hogy egyszerű nyúlásra és fogásra viszonylag gyakrabban használják a bal kezüket. Ez a jobb félteke téri-vizuális specializációját tükrözné. A manipulatív mozgásokat majmoknál táplálkozási adaptációból eredeztetik úgy, hogy a balkéz nyúl és fog, a jobb pedig az étel előkészítését, pl. a hámozást végzi. Tehát a preciziós fogás az opponáló hüvelykujjal egy második lépésben történő jobbkéz - balteke specializáció volna. Eszerint a gondolatmenet szerint, minthogy a bal félteke vált alkalmassá a jobbkéz precíz szekvenciális mozgásainak irányítására, ez egyben arra is alkalmassá tette, hogy az ugyancsak precíz szekvenciális beszédmozgásokat is vezérelje. Az e tanulmányhoz írott kommentárok közül igen figyelemre méltó Annetté (1987), aki a kezességnek már klasszikusnak számító kutatója. Ő a humán aszimmetriát leginkább a véletlennek tulajdonítja. Ugyanis - írja - az embereknek mintegy 10 %-a erős balkezes, emellett 30-40 % mutat több akció közül legalább egyben balkéz preferenciát, és csak kb. 60 % konzisztensen jobbkezes. (Véletlen alapon 25-50 % volna várható.) Továbbá, bár a beszéd szerinte is humán specifikum, de az embereknek kb. 9 %-ában a jobb félteke irányítja a beszédet. Ám a 10 %-nyi balkezes nem ugyanazokból a személyekből áll, mint a 9 % jobb aggyal beszélő, ugyanis a 9 %-ban több a jobbkezes.

További rendkívül érdekes saját adatokat közöl Glezer (1987). Eszerint a morfológiai aszimmetria J-B/J+B indexszel mérve az embernél az újszülöttkortól a felnőttkorig csökken, sőt, az alsóbbrendű főemlősöktől (félmajmoktól) kezdve a majmokon és az emberszabásúakon át az emberig ugyancsak csökken a morfológiai aszimmetria. Glezer szerint a főemlős evolúcióban kétféle tendencia érvényesül: az egyik szerint kezdetben tendencia mutatkozik a morfológiai aszimmetriára, s ez csökken, majd ezzel együtt, a féltekék közötti kommunikáció fejlődésének következtében nő a funkcionális aszimmetria. Ugyanis a főemlős sorozatban a morfológiai aszimmetria csökkenésével arányaiban nő a corpus callosum. Ebből az a nagyon fontos tanulság vonható le, hogy nem szabad összekeverni a morfológiai és a funkcionális aszimmetriát.

Van még egy adat azonban (Steklis és Marchant, 1987), amelynek alapján az igen tetszetős feltételezés az eszközkészítés oki szerepéről a humán kezesség evolúciójában fenntartható volna. Ugyanis az 1,9 millió évvel ezelőtt élt hominidák eszközei még csak 57:43 %-ban voltak jobbkezesek, míg a kb. 0,4 millió évvel ezelőttieké (azaz másfél millió évvel későbbieké) már 61:39 %-os arányt mutat. Tehát volt idő ahhoz, hogy a jelenlegi arány kialakuljon. Ezek szerint nem egy véletlen génváltás eredménye volna az ember jobbkezessége, ahogy Annett feltételezi. Ez a kérdés azonban még teljesen eldöntetlen.

Végül vessük föl azokat a vitás kérdéseket, amelyek magával a nyelvvel kapcsolatban merültek föl azóta, amióta a Gardner házaspár közölte (1969/1977), hogy Washoe nevű csimpánzukat sikerült megtanítani az észak-amerikai süketnémák gesztus jelbeszédére, s ezáltal először hoztak létre kétoldalú kommunikációt ember és nem ember között. A továbbiakban a 70-es éveket az jellemezte, hogy több kutatócsoport fogott hozzá valamilyen absztrakt jelrendszer megtanításához csimpánzoknak és gorilláknak. Ám a kezdeti sikerek után a 70-es évek végére a különböző kritikai megszólalások hatására a kezdeti lelkesedés alábbhagyott. A kutatók mégsem veszítették el teljesen a kedvüket, s szigorúbb kontrollal folytatták a nyelvtanítási kísérleteket. Gardnerék (1984) terjedelmes tanulmányban számoltak be Washoe kettős vak szókincs tesztjének megnyugtató eredményeiről. Ebben bizonyították, hogy több száz, ismert dolgokat a legkülönbözőbb változatban és nézetben ábrázoló színes diaképet Washoe igen kevés hibával nevez meg úgy, hogy azt idegen is, aki a diaképeket nem látja, azonosítani tudja. Ilyen szigorú szókincstesztet gyerekeknél sosem végeztek - jegyzik meg a szerzők.

Premack - absztrakt szimbólumrendszerének tanításával kapcsolatos első publikációja magyarul (Pap, 1974) olvasható - jelrendszerét elsőnek Sarah nevű csimpánza sajátította el. A 80-as években erre a jelrendszerre tanított és nem tanított csimpánzok kognitív kapacitását, s a közöttük lévő, föltehető különbségeket vizsgálta munkatársaival. Ezekből csak egy-két eredményt emelek most ki. Gillan, Premack és Woodruff (1981) Sarah analógiás gondolkodási képességeiről számolnak be. Négytagú A : B :: C : D típusú perceptuális (különféle figurákból álló) analógiák hiányzó negyedik tagját messze a véletlen szint fölött tudta kiválasztani két adott lehetőség közül, míg a szimbólumrendszerre nem tanított csimpánzok erre nem voltak képesek. Sarah azonban nem csak perceptuális, hanem fogalmi jellegű analógiák megoldására is képes volt, egymással hasonló funkcionális relációban álló reális tárgyakkal. Premack (1988) a nyelvtanítás kezdetén álló újabb csimpánzokkal szerzett tapasztalatokról számol be. A nyelvi tréning velük 4 lépésből állt: 1. bizonyos (kis) terjedelmű lexikon megszerzése a

vizuális szimbólumokkal; 2. "mondatok", azaz többtagú kifejezések elsajátítása; 3. az azonos/különböző szimbólumok megtanulása; és 4. végül a kérdőmód. Az ilyen nyelvi tréning legerősebb hatása az analógia tesztben mutatkozott meg. Az azonos/különböző szavakat a csimpánzok csak fizikailag hasonló, illetve különböző tárgyakkal gyakorolták (pl alma = alma, alma nem = banán), de ezt azonnal átvitték analógiás relációkra, és Sarahhoz hasonló jó eredményeket értek el. Premack (1988) fölveti a metakogníció kérdését is, amelyre utaló jeleket újabban Sarahnál találtak. Miután ő igen sikeres volt az előbb említett 4 tagú analógiák megoldásában, lehetővé tették neki, hogy elemekből ilyeneket maga rakjon össze. Nem alkalmaztak differenciális visszajelentést, tehát csak önmagát kontrollálhatta. Sarah spontán módon sok ilyet összerakott, s többször előfordult, hogy hibázott, ám ilyenkor korrigálta saját magát.

További meglepő kognitív kapacitásra utaló kísérlet volt a heterogén arányillesztés, amelyben egész, fél, negyed, háromnegyed kerek gyümölcsökkel (alma, narancs) való gyakorlás után ilyeneket színes vízzel hasonló arányban töltött hengerekhez illesztett Sarah. Ezzel kapcsolatban arra a következtetésre jut Premack, hogy az ilyen teljesítmény alapját valamilyen absztrakt reprezentációnak kell képeznie. Végső soron arra a konklúzióra jut, hogy a nyelvtanítás következményei nem alapszanak valamilyen mély változáson a kognitív rendszerben, hanem inkább az azonos/különböző szavak megtanulásának van meg az a hatása, amely képessé teszik őket arra, hogy a relációk közötti relációkról ítéletet hozzanak.

Ezek a kísérletek a csimpánzok kognitív kapacitásának határait próbálták kitapintani, és a kutatók meggyőződése szerint az eredmények arra utalnak, hogy emberszabású és ember között kogníció tekintetében a különbség mennyiségi, s nem minőségi.

Rumbaugh és Savage-Rumbaugh (1990) a 70-es években számítógéppel összekapcsolt mesterséges vizuális szimbólumrendszer formájú nyelvtanításukról váltak híressé. A kezdetben sokak számára mechanikusnak tűnő dresszúrától később nagy lépésekkel haladtak előre. (Magyarul is olvasható: Rumbaugh, Gill és Glasersfeld, 1976/1977.) Amellett érvelnek, hogy újabb csimpánzaik szolgáltatták az első egyértelműen tiszta bizonyítékot arra, hogy a vizuális szimbólumokhoz szemantika, azaz fogalmi jelentés járult. Valóban Serman és Austin az első állatok, akik a szimbólumokat használva egymás között komplex viselkedést koordinálnak azért, hogy egy problémát együtt megoldjanak. Megtanulták a szimbólumok reprezentációs és referenciális jelentését is: az egyes jelek elsajátítása során az ún. "fakulási" technikát alkalmazták, amelynek lényege, hogy a reális tárgynak egyre kisebb darabjait kapták megerősítésként, majd csak a fényképét, végül semmit. Ezekkel a jelekkel távol lévő dolgokra is tudtak az állatok utalni, sőt metakognitív szintre utaló tüneteket is tapasztaltak a kutatók. Erre abból lehetett következtetni, hogy ha a csimpánz egy szimbólummal jelezte, mit kíván, majd azért át kellett mennie egy másik szobába, előfordult, hogy útközben elfelejtette, mit jelzett. Ekkor visszafordult, hogy rátekintsen a még látható szimbólumra, s úgy ment vissza a helyes tárgyat kiválasztani. Tehát tudatában lehetett saját emlékezetének.

A Rumbaugh csoport az egyetlen, amely törpecsimpánzokra, ezekre a nagyon ritka és rendkívül intelligens állatokra tudott szert tenni. A laborban született egészen fiatal állatok nyelvtanulási teljesítményéről is beszámolnak (Savage-Rumbaugh,

McDonald, Sevcik, Hopkins, Rupert, 1989). A törpecsimpánzoknak nem volt szükségük olyan speciális nyelvi tréningre, mint a közönséges csimpánzoknak, mert spontán megfigyeléssel tanulták meg nem csak az egyes mesterséges szimbólumokat és jelentésüket, hanem az emberi hangnyelv szavainak jelentését is. A hangzó angol szavakat szintetizátorból is megértették. Ez azért fontos, mert bizonyítja, hogy a megértéshez nincs szükségük az intonációra. Rumbaugh és Savage-Rumbaugh (1990) arra is felhívják a figyelmet, hogy az emberszabásúak beszédtanításában elhanyagolták a percepció szempontját, egyoldalúan a beszédprodukcióra helyezvén a hangsúlyt. Pedig - állítják - a beszédmegértéshez éppen olyan intellektuális kapacitás szükséges, mint a beszédprodukcióhoz.

A nyelv egyik fontos alapja a szimbolizációs képesség. Ehhez valószínűleg az evolúció során a belső reprezentációknak olyan szintig kellett fejlődniük, hogy azok szimbolizálhatók legyenek, pl. sémáknak, prototípusoknak, kategoriális észlelésnek kellett kialakulnia. Sands, Lincoln és Wright (1982) rézuszoknál igazolták a kategoriális észlelés képességét. Egyszerű azonos/különböző feladathelyzetben színes diaképeket ítéltek meg az állatok, döntésüket gombnyomással jelezve. Mintegy 80 %-os pontossággal dolgoztak, amely messze a véletlen szint fölötti teljesítményt jelent. Az összetévesztési mátrix klaszterelemzéséből kiderült, hogy közös klaszterbe kerültek az ember és majomarcok, külön klaszterbe a különféle gyümölcsök, és külön a virágok (néha a fákkal együtt, mert ilyenekről nem volt közvetlen tapasztalatuk). A szerzők ezt az eredményt további két kísérletben megerősítették. Tehát úgy látszik, emberszabású szint alatt is létezik kategoriális észlelés, nem szükséges hozzá a nyelv.

Patterson, aki először vállakozott gorilla gesztusnyelv tanítására, korábbi írásaiban beszámolt arról, hogy Koko nevű tanítványa a csimpánzokéval azonos ütemben és hasonló módon sajátítja el ezt a szimbólumrendszert. Majd (Patterson, 1980) nyelvi újításokról számol be (pl. Koko számára ismeretlen tárgy, a szem környékét fedő báli álarc láttán "szem kalap" jelekkel nevezi meg azt). Metaforikus jelleggel alkalmaz sértő kifejezéseket, ha valakire haragszik, és rájön a hazugság lehetőségére és hasznára. Ezeket gesztusnyelvre tanított csimpánzok is hasonlóképpen, s a nyelvtanulás hasonló szintjén produkálták. Mindezek a szimbólumrendszer szándékos használatára utaló erős bizonyítékok.

A 80-as évek újabb kutatásai tehát alátámasztják azt a következtetést, hogy az emberszabásúaknak van képességük (kognitív kapacitásuk) arra, hogy a nyelv bizonyos aspektusait elsajátítsák. Rumbaugh és mtsa (1990) végső következtetése, hogy a törpecsimpánzok képesek az önkényes szimbólumok, azok referensei (a dolgok), és a kimondott szavak közötti komplex viszonylatokat pusztán obszervációval megtanulni. Ez pedig "inherensen szimbolikus, absztrakt, relacionális és reprezentációs jellegű" (438. o.) Az emberszabásúak tehát képesek a nyelvnek egyik alapvető jellemzőjét, a szóként működő absztrakt szimbólumok rendszerét (többszáz elemű lexikont) elsajátítani, ezek révén kölcsönösen kommunikálni nemcsak a kísérletvezetővel, hanem egymással is. Ezáltal egyben komplex idői sorozatokat is produkálnak. Amit különböző szerzők erősen tagadnak, az a nyelv mondat szintjének elsajátítási képessége, a generativitás. Bár Lana (a Rumbaugh csoport első csimpánza) többtagú kifejezései között, melyeket a vizuális szimbólumrendszerrel produkált, voltak olyanok, amelyek erősen mondatszerűek (pl.

question you put chow in machine thats behind room, azaz kb.: tettél-e ételt a gépbe (ételadagoló) ott a szoba mögött) (Stahlke, 1980).

Talán mégis egyet lehet érteni Premackkal (1988) s vele együtt a többi szerzővel abban, hogy a kognitív kapacitásban az ember és az állatok között a különbség mennyiségi, ám a nyelvben minőséginek is tekinthető a felsoroltak ellenére, mert teljesen valószínűtlen, hogy a csimpánzok, vagy más emberszabásúak olyan szabályos mondatokban jól pergő párbeszédeket tudnának valaha is folytatni egymással, mint az emberek.

Konklúzió

A kognitív folyamatokban több szakértő egyetértően kontinuitást tételez föl az állatok és az ember között. A kezesség és félteke dominancia kérdése nem eldöntött, mindenesetre nagyon vonzó föltevés az eszközhasználat során kialakuló balkezes nyúlás - fogás és jobbkezes manipuláció, de nem zárható ki egy gén váltás, azaz diszkontinuitás sem. Végül, ma már a nyelvvel kapcsolatban nem tehető föl a kérdés dichotóm van/nincs módon, hanem csak úgy, hogy a nyelvnek milyen aspektusai lehetnek humánsepcifikusak, és melyek nem.

Visszatérve az elején föltett kérdésre, úgy látszik, hogy az állatok térben valóban igen jól tájékozódnak, de időben is - bár minden bizonnyal az emberénél sokkal szűkebb idői távban - képesek tájékozódni. Az emberek idői tartománya olyan tág hogy alig összehasonlítható az állatokéval. Végül, ne felejtsük el, hogy az ember számára a képzelet által a tér is milyen rendkívüli módon kitágult, de ez már a kulturális evolúció terméke.

Én Corballis (1989) nyomán erre a súlyos kérdésre egy analógiával tudnék válaszolni:

emberek : emberszabásúak :: madarak : hüllők

vagyis, az emberek úgy viszonylanak az emberszabásúakhoz, mint a madarak a hüllőkhöz. Számomra ez az analógia azt jelenti, hogy kontinuus változások eredményeként létrejöhetnek minőséginek észlelt különbségek.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1993. január 21.

IRODALOM

Annett, M. (1987). Handedness as chance or as species characteristic. *Behavioral and Brain Sciences, 10*, 263-264.

Corballis, M. C. (1989) Laterality and human evolution. Psychological Review 96, 492-505.

Dennett, D. C. (1983) Intentional systems in cognitive ethology: The "Panglossian paradigm" defended. *The Behavioral and Brain Sciences, 6*, 343-390.

Dickinson, A. (1988). Intentionality in animal conditioning. In: Weiskrantz, L. (ed.) *Thought without language.* Clarendon Press, Oxford. 306-325.

Dickinson, A., Balleine, B. (1990). Motivational control of instrumental performance following a shift from thirst to hunger. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 42B*, 413-431.

Gardner, R. A., Gardner, B. T. (1984). A vocabulary test for chimpanzees (pan troglodites). *Journal of Comparative Psychology, 98*, 381-404.

Gillan, D. J., Premack, D., Woodruff, G. (1981). Reasoning in the chimpanzee: I Analogical reasoning. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behaviour Processes, 7*, 1-17.

Glezer, I. I. (1987). The riddle of Carlyle: The unsolved problem of the origin of handedness *Behavior and Brain Sciences, 10*, 273-275.

Kamin, L. J. (1968). Attention-like processes in classical conditioning. In: Jones, M. R. (ed.) *Miami Symposium on the prediction of behavior: Aversive stimuli.* Coral Gables, F. L.: University of Miami Press. Idézi Rescorla, 1991.

Kardos L. (1988). *Az állati emlékezet.* Akadémiai Kiadó Budapest.

Kosslyn, S. M. (1987). Seeing and imaging in the cerebral hemispheres: A computational approach. *Psychological Review, 94*, 148-175. Magyarul: Séra L., Kovács I., Komlósi A. (szerk.) (1990) *A képzelet.* Egységes jegyzet. Tankönyvkiadó, Budapest. 271-328.

MacNeilage, P. E., Stuttert-Kennedy, M. G., Lindblom, B. (1987). Primate handedness reconsidered. *Behavioral and Brain Sciences, 10*, 247-263.

Macphail, E. M. (1987). The comparative psychology of intelligence. *Behavioral and Brain Sciences, 10*, 645-695.

Machpail, E. M., Reilley, S. (1989). Rapid acquisition of a novelty versus familiarity concept by pigeous. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes, 15*, 242-252.

Machpail, E. M., Reilley, S., Good, M. (1992). Long-term memory of pigeons for stimulus-outcome assotiations involving multiple stimuli, each seen in a single brief trial. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, Sect. B*, 81-98.

O'Keefe, J., Nadel, L. (1978). *Hippocampus as a cognitive map.* Clarendon Press, Oxford.

Olton, D. S. (1977). Spatial memory. *Scientific American, June*, 82-98.

Patterson, F. G. (1980). Innovative uses of language by a gorilla: A case study. In: Nelson, K. (ed.) *Childrens Language. Vol. 2.* Gardner Press, New Jork, 497-561.

Pap M. (szerk.) (1974). *A nyelv keletkezése.* Kossuth kiadó, Budapest.

Poucet, B., Bolson, B., Herrmann, T. (1990). Spatial Behaviour of normal and septal rats on alternate route maze problems. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 42B*, 369-384.

Premack, A. J., Premack, D. (1974). Hogyan lehet nyelvet tanítani egy majomnak? In Pap M. (szerk.) *A nyelv keletkezése.* Kossuth Kiadó, Budapest. 213-230.

Premack, D. (1988). Minds with and without language. In: Weiskrantz,L. (Ed.) *Thought without language.* Clarendon Press, Oxford, 46-65.

Rescorla, R. A. (1968). Probability of shock in the presence and absence of CS in fear conditioning. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 66*, 1-5.

Rescorla, R. A. (1988). Pavlovian conditioning. It is not what you think it is. *American Psychologist 43:3*, 151-160.

Rescorla, R. A. (1991). Associative relations in instrumental learning: The Eighteenth Bartlett Memorial Lecture. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 43B*, 1-23.

Ringo, J. L., Doty, R. W. (1985). A macaque remembers pictures briefly viewed six months earlier. *Behavioural Brain Research, 18*, 289-294.

Rumbaugh, D. M., Savage-Rumbaugh, E. S. (1990). Chimpanzees: Competencies for a Language and Numbers. In: Stebbins, W. C. and Berkley, M. A. (eds), *Comparative Perception II. Complex Signals*. John Wiley and Sons, 409-441.

Rumbaugh, D. M., Gill, T. V., Glasersfeld, E. C. (1976/1977). Hogyan olvas és egészít ki mondatokat a csimpánz. In: Marton M. (szerk.), *Szöveggyűjtemény az összehasonlító pszichológiához*. Tankönyvkiadó, Budapest. 361-365.

Sands, S. F., Lincoln, C. E., Wright, A. A. (1982). Pictorial similarity jugdments and the organization of visual memory in the rhesus monkey. *Journal of Experimental Psychology General, 11*, 369-389.

Savage-Rumbaugh, E. S., McDonald, K., Sevcik, R. A., Hopkins, W. D., Rupert, E. (1989). Spontán szimbólumelsajátítás és kommunikatív használat törpecsimpánzoknál. *Pszichológia, 9*, 231-261.

Savage-Rumbaugh, E. S., Rumbaugh, D. M., Boysen, S. (1989). A nyelv közvetítésével működő eszközhasználat és csere csimpánzoknál (pan troglodites). *Pszichológia, 9*, 217-230.

Stahlke, H. F. W. (1980). On asking the question: Can apes learn language? In: Nelson, K. (ed.) *Children's language. Vol. 2*. 309-329.

Steklis, H. D., Marchant, L. F. (1987). Primate handedness: Reaching and grasping for straws? *Behavioral and Brain Sciences, 10*, 284-286.

Thinus-Blanc, C. (1988). Animal spatial cognition. In: Weiskrantz, L. (ed.), *Thought without language*. Clarendon Press, Oxford 371-395.

Wilson, P. N., Boumphrey, P., Pearce, J. M. (1992). Restoration of the orienting response to a light by a change in its predictive accuracy. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 44B*, 17-36.

SUMMARY

Some recent results on spatial and temporal orientation in comparative psychology

Barkóczi, Ilona

The paper discusses the question of continuity vs. discontinuity of human evolution with special respect to the characteristics of spatial and temporal orientation in animals and humans. Recent experimental results indicate that, at least in mammals, in addition to the well developed spatial cognition the temporal dimension can also be discerned in behavior. On the basis of high level cognitive development and unequivocal signs of voluntary behavior in primates and especially anthropoids, the supposition of the continuity of the continuity of development seems to be justified. The generative character of human language might be understood as a source of discontinuity, however, the capacity of learning abstract symbol systems indicates that the anthropoids are capable of organizing the basic elements of language, namely, the words.

GONDOLATOK A MÉREI FERENC ÁLTAL KÖRVONALAZOTT ELABORÁCIÓ FOGALOMHOZ*

GERŐ ZSUZSA

SOTE, I. sz. Gyermekklinika

A szerző egybeveti a Mérei kimunkálta elaboráció jelenségkörét és definícióját - teljesítménytöbbletet eredményező feszültségfeldolgozás - a szublimáció (Freud) és neutralizáció (Hartmann) fogalmakkal. A gyermekrajzon fellelhető elaborátumok, illetve a Rorschach elaborációs reakciók példáiból kiindulva az „elaborációs művelet fogalom körülhatárolását tartja jelentősnek, mert az elaborációs műveleti egységek felismerése és elemzése - az én által kontrollált regresszió (Kris) működési elve mellett - hatékony eszköz lehet a tudatelőttes munkamódjainak feltárásában.

Mint ismeretes, 1964-től az OIE Pszichodiagnosztikai Laboratórium megszervezése után 10 éven át működött Mérei Ferenc katedra nélküli egyeteme. Aki pszichológus arra vetődött, tanulhatott valamit; pszichopatológiát, pszichodiagnosztikát, terápiás eljárásokat. Készült ott szakdolgozat, doktori disszertáció, kandidátusi értekezés egyaránt. Mérei korlátlanul adta mindenhez és mindenkinek az ötleteit - egyetlen feltételt szabott csupán: dolgozni kellett, ebben kérlelhetetlen volt. Dolgozni, ez az ő mércéje szerint nem kevesebbet jelentett, mint gondolatot termelni. Noha úgy éreztük, e mérték szerint nem jeleskedünk, a konzultációkon vézna próbálkozásainkat úgy öltöztette be ötletparádéiba, hogy valódi használható gondolatok, munkahipotézisek és következtetések kerekedtek belőlük.

Én is felvételt nyertem erre az egyetemre a magam kis gyerekrajz paksamétájával. Meg azzal a naivan általános kérdéssel, vajon miért szépek a szép gyerekrajzok. A kérdés mögül egy idő után előfogalmazódott egy másik, alig kevésbé általános: hogyan ötvöződik és hogyan válik szét a gondolati és az emocionális a mentális folyamatban, illetve a kifejezésben. Igazán ez a kérdés foglalkoztat ma is.

Természetesen az általános kérdések és egyigaz válaszok helyett a rajzok kerültek terítékre, apró részleteikkel, a mögöttük húzódó történetekkel, a rajznak megfeleltethető játék-epizódokkal. A máig emlékezetes megbeszélések során az együttgondolkodás

---

* A Magyar Pszichológiai Társaság X. Országos Tudományos Konferenciáján Mérei Ferenc tiszteletére 1992. augusztus 31-én elhangzott előadás szövege.

mámoros sodrában születtek a rajzokról leolvasható (Mérei azt mondaná: konceptualizálható) élményfeldolgozás különböző kategóriái, mint például primér elaboráció, feszültségredukció, asszimiláció. Az egyes gyereket vagy csak éppen egy rajzot leíró kategóriák mellett még fontosabbnak bizonyult, hogy olyan formaelemek voltak megragadhatóak, amelyek az élményfeldolgozás módját - közelebbről a lezajló mentális műveletet - grafikusan megőrizték, az eredeti rajztól különvált ismétlődésük a gyerekre jellemző formavilágot, a további rajzoláskor hatékony stílust eredményezett. A kórház-rajzból például kibontható volt a kórház-iskola-börtön szinkretikus séma, amelyben a homályos börtönképzet fogta össze az iskolával, kórházzal kapcsolatos negatív érzéseket, és adta a grafikus feldolgozás expresszív erejét. A nyomasztó élmények indulattelt képi megfogalmazása, kifejezése klasszikus: ezért neveztük el ezt az élményfeldolgozási formát primér elaborációnak. A folyamat felhajtó ereje egy korábbi feldolgozásból megőrzött, hangsúlytalan díszítőelemmé kopott formát hirtelen újra drámaian megelevenített: a kerek padlásablak dísze a kórházablakon kinéző emberfejként ismétlődik. Az egy évvel korábbi tanyasi nyaralás-élmény szorongató határtalanság-érzését a kerek udvar és az arc közötti analógiás megfelelés - a grafikus analogonra való rátalálás - révén tudta a gyerek feldolgozni. Az akkor nem vállalt arcjelentés hangsúlytalan díszítőelemként sok rajzon tovább élt, hogy aztán a kórházrajzon éppen az analogonnak az arc része váljék domináns jelentéssé. - Egy másik fiú jellegzetes feldolgozási módja a saját fantáziavilághoz történő asszimilálás. Egy kiránduláson megcsodált sas több megformálás lépcsőjén keresztül - madár-repülő ember-mesebeli lény kontaminációval - hegyőrző madárként került a zárt mesevilágba. Minden bizonnyal korábbi élményekből hasonló asszimilációval születtek a grafikus világ jellegzetes szereplői, melyeknek megjelenése nélkül a kirándulás másik kulcsélménye - a vonatablakból látható mozgó tárgyak látványa - nem elmondható. A filmezés technikájából analógiásan megértett vonatút élmény hosszú papírcsíkon készített filmen, a tradicionális formaelemekkel volt kifejezhető: a vizuális analogon grafikusan az állandó formanyelv mobilizálásán keresztül valósult meg.

Iskola-kórház élmény, melyet a határtalanság-bezártság dilemmáját őrző újra megelevenedő arcforma tesz drámaivá; illetve a kontaminációkból összeálló fantáziavilág, melynek tradicionális formaelemei nélkül a vizuális analogonban összeálló új ismeret képtelen megfogalmazódni - ezekből a példákból kitetszik, hogy a rajzelemzés az élményfeldolgozás szokásosan értett tartalmi vonatkozásain túl a formában megragadható elaborátumhoz is eljutott. (Hozzátehetjük, hogy a pszichoterápiában tapasztalható vélemény-, illetve hangulatváltozás ugyanígy lehet egy-egy élmény feldolgozásának az eredménye, komplex volta miatt azonban a körülhatárolt elaborátum kevésbé megragadható.) Lényeges tehát, hogy a feldolgozáskor létrejött, majd következő rajzokban továbbélő formát megpróbáltuk a feldolgozási folyamatban megkülönböztetni és elkülöníteni: további előfordulását mint az úgynevezett elaboratív maradvány történetét követni. Az elaboratív maradvány körülhatárolása magyarázatot nyújtott a rajzoló formanyelvének szerveződésére, a jellegzetes stílus kialakulására. Többéves utóélete érthetővé tette, hogyan bukkanhat fel indulattelt esztétikus rajz a latencia idején, amikor az élmények megfogalmazása rendszerint absztraktabb képzetszinten történik, az érzelmek kifejezése pedig az óvodás kornál jóval áttételesebb.

Elaborációs feszültségfeldolgozás - Elaborációs teljesítménytöbblet

A rajzokból kibontakozó élményfeldolgozási módok elemzett mechanizmusai megfelelnek annak a szűkebb értelemben vett elaborációnak, amelyet Mérei leír, s amelynek definiálásában igen erős hangsúlyt tesz a mentális műveletre, amelynek során a feszültséget érzékletesbe fordítjuk, s ezzel a cselekvés, illetve a produktum színvonalát megemeljük.

A jelenséget először a Rorschach különleges reakciók mérlegelésekor írja le: "észlelés közben a jelentésadás alakító folyamatának ... a színvonala emelkedik", s ez "modellreakcióként azt mutatja, hogy a vizsgálati személy bizonyos erőfeszítéssel javítani tudja a teljesítményét" (Mérei, 1968, 693. o.).

Gondolatmenetünk szempontjából fontos, hogy a korábbról ismert - és most az elaborációkhoz felvett - perspektíva, szín-, Hd-elaboráció, távolítás reakciók besorolása mellett, melyek elsősorban a teljesítmény szolgálatába állítható erős fékrendszerre utalnak, Mérei két új elaborációs reakciót ír le: a feszültségi elaborációt és a statikai zavart. Mindkettőnél a folt keltette feszültség szemléletesbe való áfordítása jellemző, a feszültség képszerűen jelenik meg. Pl.: I.-19 kontúron: emberfej, ki akar bújni a sziklahasadékból, de a boltozat éppen rászakad. - A folyamatot Mérei az álommunkához hasonlítja, amikor is a zavaró fizikai ingerek keltette feszültséget teszi az álom képszerűvé, majd a hozzáfűzött helyzettel érthetővé, s az így keletkezett álomkép őrzi az alvást.

Freud az Álomfejtésben a zavaró ingerek álomalakító szerepéről azt írja, hogy az inger elhárítása a képi áttételen keresztül történő álomba építés, melynek folyamata megfelel az elalvás előtti regresszív állapotban a képzetek képpé alakításának. Hivatkozik Silberer nevezetes megfigyelésére az autoszimbolikus folyamatról. Fáradt, álmos állapotban szellemi munkára kényszerítve magát megfigyelte, hogy "a megmunkált gondolat eltűnt előle, és helyébe egy vízió lépett, amely az elvont gondolat helyettesítőjének bizonyult" (tartalomra vonatkozó autoszimbolika). "...megtörtént, hogy a felmerülő kép ... mást ábrázolt, mint a megmunkálásra váró gondolat, nevezetesen magát az elfáradást... a fáradozás tárgya helyett a fáradozó ember funkcióját" (autoszimbolikus funkcionális jelenség) (Freud 1900/1985, 351. o.). Silberer egyik példája: Cikke döcögős részének javításáról gondolkodik. A felmerülő kép: látja magát, amint egy darab fát gyalul (Silberer, 1912). - A nehézség okozta feszültség képbe fordítása a feszültségi elaboráció és a funkcionális jelenség esetében láthatóan azonos mechanizmus szerint történik.

A Rorschach-reakciókkal párhuzamosan kimunkált, gyermeklélektani tapasztalatokból leszűrt elaborációk tárgyalásakor (Mérei, 1967/1989) a mentális művelet problémamegoldó, teljesítményt eredményező jelentősége került előtérbe. Mérei a gyerekterápia során a játékegységekben megragadható aktus és a mögötte húzódó, indítékot jelentő motívumok összefüggését elemzi. Fenomenológiai megközelítéssel - Sartre-ra hivatkozva - a viselkedésben, illetve a képzetáramlásban tapasztaltakat gyűjti össze, és az egységeket a problémamegoldás, a feszültségátfordítás lehetséges eszközeiként vizsgálja. Az elkülöníthető egységek leírása-elnevezése többféle lélektani iskolából származik.

Az említett Rorschach-jegyekkel megítélésem szerint szoros rokonságot mutató szimbolikus sémát a würtzburgi iskola introspekciós módszerével Flach (1925) írta le. Azt

tapasztalta, hogy nehéz feladat esetén a problémamegoldó gondolkodást szemléleti képek kísérik. Például a csere fogalmáról gondolkodva egy spirálisan mozgó szalag jelent meg a képzetáramlásban, azzal az implikált tudással, hogy a szalag mozgása azt jelenti, hogy a folyamat szereplői közül hol az egyik, hol a másik nyer. - A problémamegoldás során felmerülő képek, melyek verbálisan nehezen megfogalmazható adalékkal szolgálhatnak a megoldáshoz, szoros rokonságot mutatnak a Silberer-féle autoszimbolikus tartalomra vonatkozó képekkel. A különbség csupán a jelenség megközelítésében van: Silberer a félálomban automatikusan megjelenő képekben a tudatos mögül előbukkanó tudatelőttes működést vizsgálja, Flach viszont a fogalmi gondolkodásba beleszövődő szemléleti képeket kívánja megragadni. Az utóbbi törekvés a feladatmegoldó beállítódást erősen számításba veszi, így a szimbolikus sémában megjelenő képek a produktív gondolkodásnak a megfelelői a szemlélet szintjén. Flach Silberer példáiról azt mondja, hogy azok egy része tartalmaz olyan szimbólumokat, amelyek a szimbolikus sémához közel állnak, más részük csupán a gondolat illusztrációi.

Sartre idetartozó kommentárja (Sartre, 1948) a gondolat szemléleti kép szintű megjelenését - többek között a Flach-féle szimbolikus sémát - az egyéb, gondolatot illusztráló képektől igen határozottan elválasztja: a gondolatnak megfelelő kép önmagában semmit nem jelent, az illusztráló kép viszont a gondolaton kívül is önállóan létezhet, mint egy asszociált másik gondolat. Például a reneszánszról gondolkodva felmerül egy forrás vagy egy nyíló virág képe - ez a gondolattal párhuzamos, önmagában jelentés nélküli szemléleti kép; míg Michelangelo Dávidja, bármilyen elevenen látjuk, illusztráló asszociáció, a gondolathoz nem tesz hozzá, a gondolkodás menetét, az erőfeszítés tényét nem tükrözi. Talán Sartre fejtegetéséből - amire Mérei többször hivatkozik is - válik igazán világossá, hogy a szemléleti kép szintjén zajló mentális folyamat produktív művelet lehet, éspedig a probléma-megoldáskor felmerülő szimbolikus séma olyan képszerű, emocionális elemekkel dolgozik, amelyeket az absztrakt gondolkodás nem tud megragadni.

A 6 éves gyerek még absztrakt gondolkodásra képtelen. Viszont a képzetáramlásában fellelhető problémamegoldó ötletek, a feszültség képi átfordítása a szemléleti képek szintjén működő produktív mentális művelet. Az elbeszélésben felmerülő utalás egész történést idéz fel teljes érzelmi elevenségében; a képzetáramlásban molekulát alkotó képzetpár korábbi tapasztalatszerzés élményhátterébe adhat betekintést, esetleg még az élmény feszültségének is hordozója; az ötletes megoldást hozó analogon a szellemi erőfeszítés örömét és a hasonlóságra való rátalálás evidencia-élményét őrzi. A viselkedés-, illetve a játék-aktusok és a motiváció között lezajló mentális folyamatokban, mintegy a 6 éves gyerek gondolkodási sajátosságaiban tehát adottak az elaboráció műveletei, hiszen a szemléleti képeket a még hozzátapadt emocionális összetevők állandó forrásban tartják. Az indulati feszültség a képzetekben történő gondolkodáshoz képest jóval kevesebb áttételen keresztül juthat el a megfogalmazó kifejezésig. A rajzvizsgálat tapasztalatai szerint ez a gondolkodásbeli sajátosság ad különleges lehetőséget a kifejező szép rajzok születésére, a jellegzetes mentális egységek grafikus átfordítása (udvar-arc analogon) teremti meg az esztétikus formanyelvet. A rajzolásra jellemző stiláris elemek továbbélése, időnkénti felszínre kerülése a fogalmi gondolkodás időszakában, fejlődéslélektani adalékot nyújt ahhoz, hogyan és miért lehet a 6 éves gyereknél tapasztalt elaboratív mentális munkamódokat meghatározott feltételek között - ilyen a Rorschach bizonytalan

ingeregyüttese - a felnőtt képzetáramlásában felfedezni, a vizsgálódás számára elkülöníteni.

Elaboráció - Szublimáció

Mérei a Rorschach elaborációs reakciókban, illetve a 6 éves gyerek mentális aktusaiban egyaránt a feszültségnek a teljesítmény, illetve a viselkedés színvonalát megemelő képi átfordítását ragadta meg, ezt nevezte elaborációnak. A definíció a két leírt működésre támaszkodott - elsősorban a Rorschachban laboratóriumi pontossággal megragadható folyamatra, melyet a gyermeklélektani tapasztalatok megerősítenek. De minthogy az elaborációs reakciókat, mint a különleges reakciókat általában, Mérei modell-reakciónak értékeli, azaz a vizsgálatban tapasztaltak modelljei a személy viselkedésmintáinak, a pszichikus történéseknek; az elaborációs művelet megjelenése a Rorschachban a személy szokásos elaborációs feszültséghárítási tendenciájára utal. Így a fogalom tágabb értelmet nyer: a vizsgálati helyzetben adott reakcióról kiterjed "a feszültségnek teljesítmény-növelő elhárítási módja" jelentésre is. A kiterjesztés azonban felveti azt a kérdést, vajon ez a teljesítmény-növelő, szociálisan értékes hárítás mennyiben különbözik a Freud óta ismert szublimációtól.

Mérei megvonja a határt: "Szublimációs elhárítással a konfliktus megoldódik, az eredeti tünetképző feszültség teljesen megszűnik, s helyében a személyiség új tulajdonsággal gyarapodik." Ezzel szemben "igen gyakori az olyan elhárítás, amely értékes teljesítményhez vezet anélkül, hogy az elhárított indulat teljes átalakulása lejászódott volna. Az elaboráció azt jelenti, hogy a személy az elhárított indulatok energiájából táplálja teljesítményeit." (Mérei, 1967/1989. 161. o.) Ezt a mondhatni mennyiségi különbséget a Gyermeklélektan megfogalmazása kiélezi: "Az indulatok elaborációjának legfejlettebb változata, a személyiség alakításának leghatékonyabb mechanizmusa a Freud által leírt szublimáció" (Mérei - V. Binét, 1970. 278. o.).

A Gyermeklélektanban Mérei fejlődéslélektani értelemben is határt von a két működés között. Az 5-6 évesek elaborációs korszakát, melyben a feszültség képi áfordítása jellegzetes, a latencia más természetű feszültség-elvezetése követi. Millar Játékpszichológiája (Millar, 1968) elaborációként tárgyalja azokat a helyzeteket, amikor a gyerek egy-egy cselekvést vagy feladatot ügyességi próbával nehezít, mintha feszültségét a nehézség fokozásával lehetne levezetni (pl.: labdát fél lábon állva elkapni). A feszültségek áfordításából kialakuló érdeklődés, a személyiség érvényesítését szolgáló szokás- és elfoglaltságformák a latenciában jelennek meg, de a serdülés kezdetére válhatnak oly mértékben begyakorlottá, hogy képességről, kialakult tulajdonságról, a személyiséget formáló szublimációról beszélhetünk. A vázolt fejlődés szintén mértékbeli különbséget sugall: hatékony kisgyerekkori és latenciabeli elaborációk vezetnek a serdülőkortól személyiségformáló szublimációhoz.

Elaboráció és szublimáció pusztán mennyiségi különbségét a Rorschach-értelmezés összefoglalásában Mérei kérdésessé teszi: a Rorschach Vademecum 5. kötetében (1971) az elhárító mechanizmusok után külön fejezetben tárgyalja az elaborációt mint a személyiség önszabályozó funkcióját. Ennek legmagasabb foka a

szublimáció - mondja -, az elaboráció határesetének tekinthető. De az elaboráció jelenségköre kiterjedtebb, lényeges vonásaiban különbözik is a szublimációtól. Nemcsak infantilis részösztönök átdolgozását foglalja magában, nem állandó energiamennyiség tevődik át új helyzetekre; "a cselekvési térnek, társas mezőnek a viszonyai új feszültségeket gerjesztenek. ...a helyzeti feszültséget újra és újra át kell fordítani képbe, szóba, spekulációba, vagy funkció gyakorlásnak beillő feltételekhez kötni, esetleg valamelyik új elemét kell kiemelni mint érdekeset" (Mérei, 1971. 28-29. o.).

A cselekvési tér, a társas mező keltette helyzeti feszültség olyan tényező, amelyre a Rorschach ingeregyüttesre adott modellreakció joggal kiterjeszthető. A környezet motivációs erőterét súlypontozó lewini dinamikus lélektan itt felmerült szempontja kérdésessé teszi, vajon mégis nem minőségileg más-e a szublimációhoz képest az, ami az elaborációban történik. Mérei véleménye mindenesetre erre hajlik. Az aktuálisan támadt feszültség újra és újra átfordítása ebben a megvilágításban természetesen válik egészség-betegség fordulópontjává: az elaboráció a teljesítmény és alkalmazkodás szintjén védi meg a személyt a patológiás, antiszociális megoldásoktól. Mérei okfejtése a Rorschachban tapasztalható modellre vonatkozik: a regresszióra jellemző válaszrontások arra utalnak, hogy a személy képességei alatt teljesít, az ezzel ellentétes tendencia, amikor a személy képességei fölött tud teljesíteni az elaborációs áttételekben.

A Rorschach modellből leszűrt karaktervonás: a személy feszültség-többletét teljesítmény-többlettel képes kiegyenlíteni (Mérei, 1975). A Rorschach elaborációs konstellációt értékelve Mérei kiemeli, hogy a feszültség nem végérvényesen elintézett tiltott vágyakból is fakadhat - ez lényeges különbség a szublimációhoz képest. Ily módon az elaborációs megoldás konfliktusos, veszélyes útja a feszültség-feldolgozásnak (Mérei, 1971, 29. o.; Mérei, 1979, 216-217. o.).

A Rorschach elaborációs reakciók skálájából a személyiségjegyek három csoportja kristályosodott ki: a kreativitás, a nonkonformista szemlélet, a szofropszichikus szabályozás (a fékrendszerrel biztosított erőfeszítési készség). A három összetevő harmonikus egyensúlya a valóban elaborációs életvezetés biztosítéka. - A lélektani történés definíciójától a produktív és szocializált személyiség diagnosztikai körvonalazásához jutottunk. Mérei a Rorschach-értelmezés során leszögezi, hogy a fogalomra elsősorban a pszichodiagnosztikában van szükség, a fent említett egészség-betegség szempontnak az elaboráció-regresszió jelenségek mentén történő differenciálása érdekében. Most már feltehetjük a kérdést: a megrajzolt személyiségkép nem a - mai szóval élve - kreativitás konstellációt állítja-e elénk minden pozitívumával és minden nehézségével együtt. S ha igen, nem kell-e az elaboráció-szublimáció kapcsolatát az alkotáslélektan felől is vizsgálni? A Rorschach elaborációs konstelláció és a hozzá kapcsolódó definíció kérdéseit egyelőre nyitva hagyva a szublimáció fogalmat célszerű megvizsgálnunk.

Szublimáció - Neutralizáció - Szublimáció

Freud munkáiban kétféle megközelítés bontakozik ki. A Bevezetés a pszichoanalízisbe címen 1917-ben közreadott előadássorozatában a szexuális vágyrezdülések plasztikusságát hangsúlyozva Freud kiemeli, hogy ha egy komponens kielégülését a valóság korlátozza, a másik a helyére lép, az eredeti tárgyat felcseréli egy könnyebben elérhetővel. Az eltolásnak ez a képessége egészséget védő folyamat. Az ilyen megoldások közül a szublimáció kulturális jelentőséget nyert annak révén, "hogy a nemi törekvés feladja a rész élvezetre, illetve a szaporodási élvezetre irányuló célját, s más célt fogad el, olyat, amely eredete szerint összefügg a felhagyottal, de maga már nem nevezhető szexuálisnak, hanem társadalminak" (Freud (1917), 1986, 283. o.). A szublimáció alap-példáit a Három értekezés a szexualitásról tanulmányaiban olvashatjuk: A nézelődési kedv eredetileg a nemi szervre irányult, melynek láványa a ruhával fedettség miatt felértékelődött. Majd áttolással már általában a testre vonatkozik, annak szublimált formája a művészi lávány irányába terelődés. A 3-5 éves gyerek tudásvágya a nemi kíváncsiság szublimált folytatása. A leírt példák a művészi, illetve tudományos érdeklődés előfutárai. A szublimáció fejlődése jelentős lendületet vesz a latencia idején, amikor az ösztönfejlődés átmenetileg elakad. Ez idő alatt erősödnek meg reakcióképzéssel kialakult jellembeli tulajdonságok. Freud több helyen megjegyzi, hogy a szexualitás teljes elfojtása nem kedvez a szublimáció fejlődésének, a szexuális vágyak és egyéb vágyak betöltése, a megvalósításukért folyó küzdelem párhuzamos.

A művészi teljesítmény létrejöttében Freud a szublimációs készség fantázia-megmunkáló szerepét emeli ki. A Bevezetésben található okfejtés: a kielégületlen vágyak beteljesültség fantáziával megenyhíthetők, ez a magyarázata a nappali álmodozás burjánzásának. Ha a fantáziák elfojtásba kerülnek, a vágyteljesülés kompromisszumaként tünet alakulhat ki. A művész, akit erős ösztönszükségletei hajtanak, de hiányoznak eszközei kielégítésük eléréséhez, a szublimálásra való erős képesség révén ért ahhoz, hogy álmodozásait a nagyon személyestől megtisztítva dolgozza fel, olyan formát teremtve, mely élvezetet okoz (Freud, 1917/1986, 307. o.). Az akadályoztatást kárpótló fantázia művészi megformálásának a folyamata a Leonardo-tanulmányban eleven erővel hat ránk: ez a magyarázata talán annak, hogy szinte elfelejtve, hogy a szublimáció nem egyszerűen a tehetség ajándéka, hajlamosak vagyunk művészek és tudósok javára kisajátítani a fogalmat.

A szublimáció elméletét némileg módosította később a freudi gondolatrendszerben az én jelentőségének előtérbe kerülése. A szublimáció folyamatában az én működésének döntő szerep jut: a célja-gátolt libidót az én visszavonja és nárcisztikus libidóvá alakítja át, az elvesztett tárgyat saját magában feltámasztva mintegy magát kínálja szerelmi tárgyként - közben esetleg a libidó-cél is változik. Ez zajlik az identifikáció esetében, a folyamat a szexuális célok feladásával, deszexualizálással jár: a szublimáció egy fajtájának tekinthető. A lelki működés strukturális elképzelésében identifikáció, deszexualizálás és szublimáció szorosan összefonódó történések: az Ödipusz-konfliktus megoldásában, a felettes én kialakulásában együttesen fontos szerepet játszanak.

Hartmann, az én-pszichológia megalkotója, a szublimáció újravizsgálatakor (1955) azt hangsúlyozza, hogy az énbe visszafordított energia deszexualizálása teszi

lehetővé az új célra, más tárgyra való áttolást. Az ösztönenergia átalakulását, a tárgymegszállás módjának változását Hartmann neutralizációnak nevezi, az én építkezésében, a másodlagos folyamatok kialakulásában általános organizációs tényezőnek tekinti. Feltételezi a neutralizált energiák reservoir-ját, amelynek a magját a veleszületett neutrális énkezdemények energiái adják, ehhez adódik a későbbi neutralizált energia. A neutralizáció mértékében, a szexuális és agresszív késztetések transzformálásában a teljesen ösztönöstől a teljesen neutralizáltig folyamatos fejlődési skálát képzel el: a különféle énfunkciók közötti különbség jórészt a szolgálatukban álló energiák neutralizáltságának mértékéből adódik. Hartmann gondolatmenete szerint tehát a neutralizáció nem csupán kimagasló alkotás vagy akár a szociálisan különösen értékes létrejöttében játszik szerepet, hanem általában a személyiség szerveződésének működési elve. A differenciált, egészségesen produktív személyiség lényeges feltétele a neutralizált energiatartalékok megfelelő mozgósítása, a további neutralizáció lehetősége.

Az elaborációs mechanizmusok alkalmazkodást segítő, teljesítménynövelő szerepe a személyiségműködés neutralizációval azonos aspektusát képviseli. A szublimációnak neutralizációként definiált szélesebb értelmezésében a neutralizáció mértékének folytonos skálájáról mondottak kiiktatják a dilemmát: vajon egy, a személyiség színvonalát megemelő jelenség csak elaboráció vagy már szublimáció. Az elaboráció kreatív vonatkozása azonban kilóg ebből a definícióból.

A hartmanni én-pszichológiára támaszkodó Kris (1955) hasonló okokból a neutralizáció mellé újra felveszi a szublimáció fogalmát. A kreatív aktivitás elemzésekor a szublimáció fogalommal véleménye szerint kétféle folyamatot jelölnek, ez tisztázatlanságot okoz. Az energia-transzformáció folyamatát, melynek során a megszállás módja változik, a neutralizáció fogalma fedi. A céleltolást, melynek során a transzformált energia a levezetéshez megfelelő utat talál, a szublimáció fogalommal látja Kris leírhatónak. Az energia-transzformáció és céláthelyezés szétválasztását azért is szükségesnek tartja, mert a szublimációban a céláthelyezéssel levezetéshez juthat nem neutralizált energia is, illetve a neutralizált újra szexualizálódhat vagy agresszív színezetet nyerhet. A céláthelyezéssel lehetségessé váló transzformált energiaelvezetés újabb transzformációt eredményezhet; az eredeti akadályoktól függetlenné váló autonóm érdeklődés annak függvénye, amit tehetségnek mondunk.

A szublimáció leírásán túl azonban az alkotó folyamat külön vizsgálatot igényel. Úgy lászik, jelentős szerepe van annak, hogy az én és ösztön-én szoros kapcsolatban van egymással, és az én - céljainak szolgálatában - csak kevéssé neutralizált ösztönenergiák levezetését is lehetővé teszi. Kris a jelenséget az én által kontrollált, az én szolgálatában álló regressziónak nevezi. Analógiaként emlékeztet arra, hogy Freud a tünetképzés létrejöttében többször a regressziónak tulajdonít szerepet, mely az elfojtásban mozgékonyságukat megőrző tartalmakat törekvéseinek megfelelően újraéleszti. Mondhatjuk, hogy az én és ösztön-én közelségét a kompromisszumos vágyteljesítés tartja fenn; betegségben a tünet, az alkotásban az én közreműködésével formát öltő fantázia.

Az alkotói folyamatban meglehetősen élesen elválik egymástól kétféle munkamód. Az egyik a rutin, amikor a személy neutralizált energiaháztartását mozgósítva, az adott művészeti terület szabályait követve dolgozik. A másik a valódi alkotás, mely sokszor gyötrelmes időszak, belejátszanak jelen és múlt konfliktusai. Alkalmi energia-

kiáramlás (flux), amikor is a leírt időszakos és kontrollált regresszióban én és ösztön-én határa könnyen átjárható lesz, a neutralizált, illetve szexuális és agressziós energiák újrarendeződése zajlik le. Kris (1952) inspirációnak nevezi ezt a szakaszt, melyet az elaboráció szakasza követ. (Ez is Kris kifejezése.) Míg az inspiráció a művész énje és ösztön-énje közötti kommunikációnak mondható, az elaborációban a művész egyfelől felettes énjével, másfelől elgondolt közönségével van kapcsolatban, vagyis közérthetőségre törekszik. - Sorozatos energia-transzformációkkal felduzzasztott neutralizált energia reservoir; az energia elvezetés módjának autonóm érdeklődéshez és tevékenységhez vezető áthelyezése; az ebből következő működési terület szabályai szerint gyakorolt rutin; lappangás után időnként beköszöntő energiaáradás, melynek inspirációs szakaszát igényes elaboráció, szociális igényű kommunikáció követi: ez lenne az alkotás? Mindenesetre jelen tudásunk szerint imponálóan pontos leírás. A tehetség titkát nem kívánja megfejteni, ahogy azt Freud is az analitikus vizsgálódáson kívül esőnek mondta.

Tudatelőttes működés - Elaborációs művelet

Érzésem szerint még egy lépéssel közelebb juthatnánk az alkotó folyamat alkímiájához, ha az energiaáradás jelensége kerülne nagyító alá. Kris gondolata az én szolgálatában álló kontrollált regresszióról kiindulópontot kínál. A regresszió révén a mentális működés - a másodlagos folyamat, a logikus gondolkodás szabályai alól kiszabadulva - visszacsúszik a tudatelőttesbe, ahol az álom- vagy viccmunkából ismert rövidre zárással egy pillanatra kapcsolatba kerül valamilyen tudattalan anyaggal és a tudattalan munkamódjaival. Az én kontrolláló ereje biztosítja a visszautat, a váratlanul felmerülő ötletben jelenik meg a tudatos számára az összekapcsolás eredménye. Ezután következhet az a megmunkálás, amellyel a másodlagos folyamat szabályai szerint az én szintetizáló funkciója a tudatos gondolkodás folyamatába illeszti, kritikája alá veszi a találatot.

A tudatelőttesben zajló történéseket azonban nehéz megragadnunk. Bonyolult gondolatok kész állapotukban pattannak ki a fejünkből; ha valamiről módszeresen gondolkodunk, a hirtelen előbukkanó megoldás előtt különös megtorpanást, üres szünetet élünk át. A tudattalan-tudatos határa, mint tudjuk, nehezen átjárható, az elfojtott tartalmakat az én elhárító erői cenzúrázzák. A tudatelőttesből azonban ilyen akadály nélkül kerülhetnek a tartalmak a tudat homlokterébe - emlékeztet Freud megállapítására David Rapaport (1951), a gondolkodás én-pszichológiai elméletére vonatkozó tanulmányában. A figyelem ráirányulása szabja meg, hogy valamely tartalom mennyire élesen válik tudatossá. A legbonyolultabb gondolati munka is időszakosan kissé homályban zajlik: a tudatelőttesben történik a tapasztalatok rendszerezése-szerveződése, miközben a viselkedés szintjén mondhatni pihenés tapasztalható. A tudatelőttes automatizmusok sokszor jobb garanciát adnak a sikeres megoldásra, mint a koncentrált erőfeszítések.

Rapaport hangsúlyozza a figyelemmegszállás mértékétől függő különböző élességű tudatszintek folytonosságát. Gondolatmenetére támaszkodva Kris (1952) a tudatelőttes tartalmak kétféle folytonossági sorát írja le. Az egyik a problémamegoldó reflektív gondolkodástól a csapongó fantáziákig tart. A másik a logikus verbalizálástól a hipnagóg képalkotásig húzódik. Mondhatjuk, hogy az előbbi kategóriában a tudatelőttes

jelenségek tartalmi vonatkozását rangsorolja a neutralizált, illetve szexuális-agressziós energiával megszállás pólusai között, míg az utóbbi sor inkább a tudatelőttes megformálás szerint osztályoz. Természetesen a fantasztikus képek rendszerint erősen libidó-megszállt tartalmat képviselnek, és így közeli kapcsolatban vannak az ösztön-énnel. De a logikus verbalizálástól a szeszélyes ábrázolásig nyúló tartomány megkülönböztető szempontja a tartalmi helyett az alakzat formai sajátossága, mely magán viseli az én által kontrollált regresszió működésének nyomait. Kris gondolatmenete újra az alkotó folyamathoz jut vissza: azzal foglalkozik, hogy az inspirációs szakaszban teremtett szokatlan képeket a művész miként dolgozza át az elaboráció tudatos szakaszában. (Az átdolgozásra vonatkozó fejtegetéseit most nem követjük tovább.)

A tudatelőttes formai vonatkozása, az én által kontrollált regresszió működésének megragadható jegyei visszavezethetnek a Mérei-féle elaboráció jelenségköréhez. Freud nyomán általában azt tartjuk számon a tudatelőttes tartalmakról, hogy azok verbális foszlányok formájában léteznek, a tudatos figyelem homlokterébe kerülve nyerik el grammatikailag szerkesztett logikus sajátosságaikat. Freud ugyan említi, hogy előfordul vizuális foszlányok raktározása is, de csak Kris hangsúlyozza, hogy a tudatelőttes tartalmak mindegyik érzékelési mód emléknyomait őrzik. A tudatelőttes alakzatok részletes vizsgálatával azonban Kris is adós marad. Rapaport - a másodlagos folyamatok szerveződésének monumentális építményét megszerkesztve - a tudatelőttes tartományról megállapítja, hogy ezen a területen tudásunk még igen hézagos. Úgy látja, hogy tapsztalataink csupán az analízisekben felszínre kerülő fantáziákból, illetve a fejünkből készen kipattanó ötletekből, problémamegoldásokból származnak.

Mindkét forrás túl komplex anyaggal szolgál ahhoz, hogy a tudatelőttes formáló munkája bennük vizsgálható legyen. (A fantázia-körbe sorolhatók Varendonck nappali ábránd elemzései, amelyek megragadják az ábrándba belejátszó maradványt, illetve a kizökkentő impulzussal való kapcsolatot, és a vizualitás miatt elsikkadó logikai kapcsolat hiányát. A vizuális anyagot csupán a gondolat illusztrációjának tekinti a szerző.) Egyszerűbbek és így elemezhetőek Silberer autoszimbólumai, illetve Flach szimbolikus sémái. A problémamegoldás mentén felmerülő képek minden bizonnyal a tudatelőttes munkamódjáról adnak hírt. Nehézségnek (bár szinte kikerülhetetlen nehézségnek) látszik viszont az introspekciós módszer, nemcsak hibalehetőségei miatt, hanem mert a feladatmegoldó helyzet (Flach példáiban valamely fogalom tartalmi meghatározása) behatárolhatja a tudatelőttes munkamódját is.

Egyik nehézség sem vetődik fel a Rorschach kínálta helyzetben. A válaszok formalizálása révén szigorúan körülhatárolt, viszonylag kevés elemből álló tudattartalmat vehetünk vizsgálat alá. Az ingerek bizonytalansága és sokfélesége miatt nem kell tartanunk a feladattal behatárolt introspekció torzító hatásától, valamint attól sem, hogy a reakciók csupán egyféle munkamódra utalnak. Joggal feltételezhetjük tehát, hogy a Rorschach elaborációs jegyei közül a képi áttételek - mint a feszültségi elaboráció vagy a statikai zavar - elemezhetően kis példát adnak arról, hogyan mozgósítja a problémahelyzet a tudatelőttes munkamódokat, hogyan működik a tudattalannal hirtelen összekapcsoló regressziós lift a jó színvonalú teljesítmény, a kreatív megoldás eseteiben. Megítélésem szerint a szenzoros projekciók, illetve olyan infantilis reakciók, mint a sűrítés vagy a molekula reakció szintén érdekes adalékkal szolgálhatnak a tudatelőttes-tudattalan produktív

összekapcsolódásáról. Ezeket a reakciókat jó válasz és általában jó színvonalú jegyzőkönyv esetén a Rorschach elaborációs mutatók értékelésekor szintén mérlegeljük.

Ha összehasonlítjuk a különleges reakciók 1968-as közlését, illetve a Rorschach-jegyzet 1971-es és 1979-es változatát, meggyőződhetünk arról, hogy az említett kategóriákba Mérei egyre újabb reakciókat vett fel. (Az összehasonlítástól most eltekintek, mint ahogy behatóbb vizsgálat lenne szükséges annak megítéléséhez, hogy milyen egyéb reakciók jönnek számításba még a tudatelőttesre vonatkozó vizsgálódásban.) Felismerésük, a képzetáramlásban való elkülönítésük Mérei gyermeklélektani kutatásaival szorosan összefüggő. A szinkretikus gondolkodás sajátosságait - Wallon tanítványaként - ellentmondásos kuszaságában tekintette, ugyanakkor a jelenségeket Lewin nyomdokain haladva szigorú formalizálással igyekezett elkülöníteni. Így körvonalazódtak az óvodás gyerek játékában jellegzetes munkamódok. A játékban felfedezett molekula vagy szimbolikus séma nyilván termékenyítő hatással volt a Rorschach-kutatásra, mint ahogy a Rorschachban rutinszerű formalizálás visszahatott a gyermeki képzetáramlás elemzésének technikájára.

A két kutatási terület párhuzamos művelése evidenciával szolgál a gyerekre jellemző munkamódok továbbéléséről a felnőtt tudatelőttes gondolkodásában. A gyermekrajz grafikusan megőrzi a feldolgozás eredményeit, ezért különösen alkalmas az elaborációs mozzanatok továbbélésének tanulmányozására. A feldolgozás alatt álló utánkövető vizsgálatban szembeötlő, hogy a grafikus megoldásokban rögzített motívum vagy munkamód adoleszcens korban is sokszor fellelhető. Például a zárt fantáziavilág motívumai a sast rajzoló fiú Rorschachjában megjelennek a X. táblán: sárkány, mesebeli lények, középen egy ember Leonardo szárnyszerűségekkel. (A fejlődéstörténethez tartozó adalék az is, hogy a hajdan játékintézményt teremtő fiú terve az, hogy diplomata legyen.) - Az élmények sematizálásával dolgozó másik fiúnak - akinek esztétikus rajzait a formavezérlés elsődleges jelentősége jellemezte - matematikushallgató korában az V. táblán adott válasza: ez a Witt-tétel. A válasz percepciós alapja egy W, mely történetesen egyben a saját monogramja is.

A 6 éves korban és felnőtteknél egyaránt megragadható produkció-teremtő feszültségelvezetés műveleti egységei a Kris által leírt énregressziós inspirációs folyamat működési technikáiként tekinthetők. Segítségükkel konkrét részletekkel lehet kitölteni az általános elvekkel felrajzolt neutralizációs vagy szublimációs folyamatokat. - A Mérei-féle elaboráció mondható neutralizációnak, csak akkor hiányzik belőle az alkotó mozzanat, amit Kris szublimációnak nevez. Mondható szublimációnak, csakhogy a neutralizációhoz hasonlóan általánosan érvényes működés nemcsak az inspirációs alkotás sajátja. Talán nem különálló kategória, hanem azt a pszichológus magatartást fejezi ki, amely a neutralizációs képességet általános emberi tulajdonságnak tekinti, és a kreativitásra nevelés igényével feltételezi a szublimációs tendenciák kialakulásának lehetőségét. Vitathatatlanul új elemmel járul azonban hozzá a neutralizáció-szublimáció elméletéhez a Mérei kimunkálta elaborációs művelet fogalom; egyszerre konkrét és formalizált volta révén alkalmas eszköz arra, hogy a neutralizációs-szublimációs folyamat részletgazdagságát egzakt módon megragadjuk és kreativitáskutató elemzés tárgyává tegyük.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1993. március 3.

IRODALOM

Flach, A. (1925). Über symbolische Schemata im produktiven Denkprozess. *Archive für die gesamte Psychologie LII.* 369-440.

Freud, S. (1900). *Álomfejtés.* Ford.: Hollós I. Budapest é. n.; Helikon, Budapest, 1985. 351.

Freud, S. (1905). *Három értekezés a szexualitásról.* Ford.: Ferenczi S. Budapest, 1915. Reprint, 1992.

Freud, S. (1910). *Leonardo da Vinci egy gyermekkori emléke.* Ford.: Vikár Gy. In: *Esszék.* Gondolat, Budapest, 1982.

Freud, S. (1917). *Bevezetés a pszichoanalízisbe.* Ford.: Hermann I. Somló, é. n.; Gondolat, Budapest, 1986. 283, 307.

Freud, S. (1923). *Az ősvalami és az én.* Ford.: Hollós I., Dukes G. Pantheon, é. n. Reprint, 1991.

Gerő Zs. (1970). Sűrítés és kettős tudat különbségének feloldása mint az esztétikum forrása. *Magyar Pszichológiai Szemle, 27,* 402-414.

Gerő Zs. (1974). *A gyermekrajzok esztétikuma.* Akadémiai, Budapest.

Gerő Zs. (1983). A gyermekkori esztétikus rajzolás hatása a kreativitás további fejlődésére. *Magyar Pszichológiai Szemle, 40,* 244-256.

Gerő Zs. (1987). *A szublimáció elmélete Freud, Hartmann, Kris művei alapján.* Magyar Pszichológiai Társaság Pszichoanalitikus Munkacsoport kiadványa, *5.*

Hartmann, H. (1955). Notes on the Theory of Sublimation. *The Psychoanalytic Study of the Child, 10,* 9-29.

Kris, E. (1952). *Psychoanalytic Explorations in Art.* Schocken books, 1971, 47-63. 291-318.

Kris, E. (1955). Neutralization and Sublimation. *The Psychoanalytic Study of the Child, 10,* 30-46.

Mérei F. (1967). Aktus és motiváció összefüggése a gyermek játékterápiában. In: *A pszichológiai labirintus.* Budapest, 1989. 152-162.

Mérei F. (1968). A különleges reakciók a Rorschach próbában. *Pszichológiai Tanulmányok, 11.* 677-700.

Mérei F. (1969). *A Rorschach próba IV.* Vademecum sor. 19.

Mérei F., V. Binét Á. (1970). *Gyermeklélektan.* Gondolat, Budapest.

Mérei F. (1971). *A Rorschach próba V.* Vademecum sor. 20.

Mérei F. (1975). Az elaborációs mutatók a Rorschach próbában. *Magyar Pszichológiai Szemle, 32.*

Mérei F. (1979). *A Rorschach próba.* Tankönyvkiadó, Budapest.

Rapaport, D. (1951). Toward a Theory of Thinking. In: Rapaport, D. (ed.) *Organization and Pathology of Thought.* New York. 689-730.

Sartre, J.-P. (1948). *The Psychology of Imagination.* New York, 1968.

Silberer, H. (1912). On Symbol-formation. In: Rapaport, D. (ed.) *Organization and Pathology of Thought.* New York, 1951, 208-233.

Varendonck, J. (1922). The Psychology of Daydreams. In: Rapaport, D. (ed.), *Organization and Pathology of Thought.* New York, 1951, 451-473.

SUMMARY

Some thoughts about the 'elaboration' concept as defined by Ferenc Mérei

Gerő, Zsuzsa

In the paper the concept of elaboration, worked out by Mérei, namely the kind of tension elaboration with enrichment of the achievements, is related to the concepts of sublimation (Freud) and neutraliation (Hartmann). Based on the examples of the 'elaboratum' found in children's drawings and the elaborational reactions in Rorschach protocols, the concept of the elaborational operation is considered significant since the recognition and analysis of its items, in addition to the principle of regression controlled by the ego (Kris), would create an opportunity for a better understanding of some aspects of preconscious working mechanisms.

KOSZTOLÁNYI ÉDES ANNÁJÁNAK PSZICHOANALITIKUS ÉRTELMEZÉSE

NEMES LÍVIA

A mű keletkezésének talán az író számára is tudattalan motivációja nem választható el a mű mondanivalójától és alkotójának belső világától. A lélektani esszé megkísérli Kosztolányinak a külső és belső tényezők hatására kialakult kisgyermekkori halálfélelmét, a gyermekhalál - születés - alkotás belső reprezentánsainak összefonódását és ellentmondásait feltárni és alkalmazni regényének, az Édes Annának lélektani megfejtésére.

Egy mű keletkezéstörténete valószínűleg mindig szoros kapcsolatban áll magával a művel és alkotójával: vagyis nemcsak irodalomtörténeti érdekessége, hanem pszichoanalitikus értelemben vett historikus jelentése is lehet.

Kosztolányiné úgy emlékszik vissza az *Édes Anna* keletkezésére, hogy tulajdonképpen ő adta hozzá az alapötletet. Egy téli vasárnap, egy szolgálómentes délutánon, amikor a férje tőle kívánta meg a naponta tízszer is megivott "kis sötét kávét", elképzelt egy cselédlányt, aki vasárnap sem megy kimenőre és mindig gépies tökéletességgel szolgálja gazdáit - aztán rögtön az is eszébe ötlött, mi lenne, ha ez az automata fellázadna egyszer és megölné őket. Ötletét mint novellatémát azonnal felajánlotta férjének, s ő maga is elcsodálkozott, hogy az milyen hévvel vetette rá magát a témára: "Másnap aztán mindjárt hozzá is fogott a novella megírásához, s a novella nőtt-nőtt, és valami nagyszerű lett belőle, és amit írt, azt mindennap felolvasta nekem, és én mindennap jobban ámultam, hogy mi lett az én szegényes elképzelésemből. Alakok nőttek ki, emberek elevenedtek, életek, sorsok dőltek el. Úgy bámultam őt, mintha a Teremtőt láttam volna sárból embereket gyúrni és lelkeket lehelni beléjük." Majd néhány sorral alább: "A *Nyugat* 1926. júl. 1. számában indul folytatásokban az *Édes Anna*." (Kosztolányi Dezsőné, 1938/1990, 228. o.) - A téli vasárnaptól - játszhatunk a gondolattal - nagyjából egy gyermekkihordási idő telt el a megjelenéséig.

Kosztolányiné a regényalakokról és nevük eredetéről is tesz néhány megjegyzést, így megtudjuk, hogy "Moviszter és Druma neveket kisfiunk találta ki, amikor még egészen apró volt. Ő játszott képzeletben ennek a két soha nem létező családnak az életével." (uo.) Érdekességként jegyzem meg, hogy Kosztolányiné szerint Moviszter alakjába egyik barátjuk, "egy kitűnő ideggyógyász" is belejátszott. Feltehető, hogy az írónő Ferenczi Sándorra gondolt.

A nevek jelentőségéről Kosztolányiné ezt mondja: "Névben, minden névben őskori, babonás varázst érzett, és reggelente, ha az újságot kinyitotta, először a halálozás és

házasság rovatot nézte, hátha valami különös és érdekes, sokatmondó névre bukkan. A temetőben is mindig kereste a furcsa neveket." (uo. 229.)

A nevekhez fűződő őskori babonás varázs, a nevek keresése a halálozási rovatban, sírfeliratokon, a kisfia fantáziajátékából átvett nevek később talán hozzáadnak valamit annak a lélektani rejtélynek a megfejtéséhez, hogyan lett egy gyilkos cselédlány neve a költő fantáziavilágában Édes Anna, vagy megfordítva, hogyan válhatott a regényben Édes Anna gyilkossá.

Kosztolányi maga nem sok segítséget nyújt a rejtély megfejtéséhez. Önmagáról ezt írja: "Az írótól voltaképp lehetetlen nyers élményt követelni. Olyan az ő élete, mint egy koldustanya. Minden kincsét fölhasználta, kirabolta, elorozta az irodalom számára" (Kosztolányi, 1940, III., 287. o.). A műalkotás folyamatáról úgy nyilatkozik, hogy rossz helyre fordulnak azok, akik a költőtől kérdezik, hogyan születik a vers vagy regény. "Pont olyan, mintha egy anyától kérdeznék, hogy születik a gyermek." "Az anya szenved, miközben gyermekei születnek, nincs ideje megfigyelésre, talán inkább a tudomány embere, a szülést levezető orvos felelhetne" (Kosztolányi, 1971, 467. o.). Hogy ezt a hasonlatot Kosztolányi mennyire szó szerint gondolta, arra ismét felesége mond konkrétumot: "Amikor szülési fájdalmaim kezdődtek, az utcán hirtelen rosszul lettem és jajgatni kezdtem." Férje így reagált: "én is vajúdok" (ti. a még aznap nem egészen elkészült verssel) (Kosztolányi Dezsőné, 1938/1990, 177. o.). A műalkotás - szülés, ahogy azt már az Édes Anna "kihordásáról" is feltételeztük.

Az Édes Anna azon ritka esetek egyike, amelynek alkotófolyamatához az író mégis hozzáfűz néhány asszociációt: A nevek a műben döntőek, együtt jelennek meg alakjaikkal. Nem lehet megváltoztatni, ezt hiába próbálta már akár utólag is. "Édes Anna neve is ilyen hallucináció. Jólesett mondogatnom, leírnom. Talán azért tudtam vele annyi szeretettel foglalkozni. Én az Anna nevet régóta szerettem. Mindig a mannát hozta eszembe, azonkívül egy kacér és nagyon nőies feltételes módot is (adna?). A vezetéknév, amely ösztönösen társult melléje, nem egyéb, mint a hódolatom kifejezése. A kettő együtt - vezeték- és keresztnév - a maga lágy zeneiségében egy másik, ősi és végzetes szókapcsolatot idézett fel bennem: az édesanyát (csak az egyik n-t kell y-ra cserélni). Most, miután időben eltávolodtam regényemtől, így elemzem a szóvarázst, mely mindjárt a kezdetben megbabonázott, de amíg dolgoztam, nem is sejtettem, hogy mi tart rabul." Ezután arról tesz még megjegyzést, hogy nyilván sokszor olvasta az újságokban megjelenő napihírt, hogy egy cseléd "minden ok nélkül" agyonverte gazdáit. Sőt, jelentkezett egy ügyvéd is, aki közölte, hogy ő védett egy Anna nevű cselédlányt, aki gazdáit baltával ölte meg. Kosztolányi meggyőződése azonban, hogy a valóságnak semmi köze regényalakjához. De belejátszott - nem tudja miért - a regény írása közben, hogy mindig a temetői szertartás latin verseit mondogatta és énekelte (Kosztolányi, 1971, 467-469. o.). Mint tudjuk, a regény mottója a katolikus halotti ének: *Circumdederunt me...*

A keletkezéstörténet kétségtelenül mindkét oldalról igaz. Kosztolányiné alapötlete a regényben megvalósul, a főhős alakja azonban alkotójában egészen más pszichikus rétegbe ágyazódik. Nézetünk szerint Édes Anna bukásában, védtelenségében és kiszolgáltatottságában azt a babonás ősi szorongást kell megértenünk, amely a költőt egész élete során a halálhoz fűzte. Ennek a lélektani motívumnak a tudattalan hátterét kell az író életében feltárnunk ahhoz, hogy a regényben fellelhető ellentmondásokra megoldást

találjunk: olyan lélektani regényhez, amely nem nélkülöz krimielemeket sem (ahogy Kosztolányi egy helyütt maga is kiszól a regényből: "ponyvaregény elemeket"), de ugyanakkor századunk 20-as éveinek egyik legnagyobb társadalmi regénye.

A regény 1920 körül, közvetlenül a kommün bukása után játszódik. Az első rész a kor társadalmi rajza. Elvtársak és méltóságos urak, cselédlányok és úriasszonyok hitelesebb és realisztikusabb, egyben kívülállóbb és gúnyosabb bemutatásával azóta sem igen találkozunk. Márai Sándor így ír róla: "... az egyetlen magyar társadalmi regény, amely az osztályharcot úgy érzékeltette ahogy kell, 'szocialista realizmus' nélkül, végzetes emberi valóságában" (Márai, 1972/1991). Az egymást váltó politikai korszakok irodalomesztétái természetszerűen látnak a műben társadalmi regényt (bár kortársai inkább lélektani regénynek gondolták). A vita azonban máig nem ült el: a kor valóságát bíráló társadalmi regényként kell-e értelmezni, vagy ahogy Király István (1986, 128. o.) kifejezi: "sajátos lételméleti kérdéseket felvető preegzisztencialista parabolaként". Király István felsorakoztatja azokat, akik már a regény megjelenésekor "szociális alkotást", "gyökeresen politikai regényt" láttak benne, vagy éppen a szociális következtetést kérik számon, szemben azokkal, akik az egzisztencialista értelemben vett kiszolgáltatottságot, valami ősinek és öröknek a szimbólumát, a humánum és anti-humánum szembeállítását emelik ki. A szerző szerint már a mű kompozíciójában is megtaláljuk ezt a szembeállítást, a társadalmit az anti-társadalmival, a történelmit az anti-történelmivel, az általános emberit a szánnivaló emberi sorssal.

Nézetünk szerint Kosztolányi már a regényben hozzászól a vitához. A mű kompozíciója szempontjából feleslegesnek tűnő első és főként az utolsó fejezet (ahogy Németh László és mások bírálták (idézi Király, 1986), a konkrét valósággal való játék, amellyel a majdani kritikusokat fricskázta le: ismerjétek ki magatokat a lélek irracionális útvesztőjében, megadom hozzá a helyszínt és az időpontot.

A mű befejezését kortársai más oldalról is bírálták. Karinthy elsőként mutat rá egy sajátos ellentmondásra. Rendkívül szellemesen azt elemzi, hogyan ragadja el a stílus a szerzőt. Édes Anna mielőtt kést ragadna a konyhában, amellyel majd megöli gazdáit, eszik egy csirkecombot és sok-sok süteményt. Ez a "sok-sok" a stílus "édességére" vall, nem a cselekvés indítékára. Karinthy úgy látja, hogy a gyilkosság van vele stilizálva, olyan, mintha tejszínhabból faragna a költő szobrot a hősi cselekvéshez. Vagy szó szerint idézve: "A gyilkosságot ábrázoló pompás szoborműről azt a képzetet kelti, mintha keményre fagyasztott tejszínhabból faragták volna" (Karinthy, 1935/1966, 325. o.) - Vagyis azt teszi, amit a sokszor idézett és sokak által elemzett *Esti Kornél* versében megénekel: "A jajra csap a legszebb rímmel" - (l. Nemes Nagy Á., 1987). A stílus, a rím, a szó az elhárítás szolgálatában áll: de-tragédizál, ahogy ez az Édes Annában is történik.

Az irodalomesztétikai kritika azonban lélektani megközelítésünket legfeljebb csak alátámasztja, de nem viszi előbbre. A születés és halál összetartozására szeretnénk életében és írásaiban rámutatni.

Fentebb idézett önmagáról szóló írása így kezdődik: "Ez (ti. születésem) életem és életrajzom legjelentősebb eseménye. Mi is történhetik valakivel több, mint hogy megpillantja a napot és a csillagokat, az eget és a napfényt s rejtélyesen egy bolygóra kerül, amelyet eddig nem ismert és azután sem ismerhet meg soha?"... (Kosztolányi, 1940, III. 287. o.) S az alig egyoldalas életrajzot azzal fejezi be, amit egy 9 éves fiú kérdezett róla mint

költőről: "és mikor halt meg?" (uo. 288). Születés és halál - e kettőre való rácsodálkozás - az élet említésre méltó eseményei. Közben, mintegy mellékesen megemlíti azokat a férfiakat, akik mély hatást keltettek benne, elsőnek daliás apai nagyapját.

Az apai nagyapa már korai fejlődésében is nagy szerepet játszott. Betegesen féltette unokáját, s születésétől magához ragadta a felügyelet jogát. Dúltan szaladgált, ha csecsemősírást hallott. Végül kikergette az ifjú párt a házból, de a szomszédban is ellenőrizte a gyerek minden lélegzetvételét, s csak egyéves kora után fogadta őket vissza.

A költő két és fél éves öccse születésekor, Kosztolányiné ide vezeti vissza a haláltól való szorongás megjelenését. "Didikén" - ahogy nevezte magát - kitör a féltékenység, de jó akar lenni, félteni kezdte Árpádkát (mint nagyapja őt). Igaza lehet az írónőnek, amikor e szorongást a féltékenység miatti halálkívánság megfordításának értelmezi. Ugyancsak ebben az időben lép fel először - a később sorozatban ismétlődő - tüdő- és mellhártyagyulladása. A családi legenda szerint a keserű orvosság bírja szóra először: "jaj de losz". Két-három éves korától ideges, félős, beteges gyermeknek tartja környezete. Még körmét sem hagyja levágni, haját anyja vágta le álmában.

Rekonstrukciónk szerint a korai anya-gyerek kapcsolat traumatikusnak nevezhető. A nagyapai fenyegetések és beavatkozások miatt a harmonikus anya-gyerek szimbiózis nem tud létrejönni. Az anya maga is fenyegetőnek éli meg a gyereksírást, így nem is tudja lecsillapítani, a kisbaba pedig nagyon sokat sír. Fokozódnak a hangos jelenetek, el kell költözniök. Amikor visszakerülnek, az anya már második gyermekét várja, miközben apját gyászolja és apósa terrorja alatt él. Az öcs születése már ezt a megzavart állapotot pecsételi meg. Az igen korán fellépő szorongás, amely fejlődéslélektanilag a szeparációs szorongásból, az anya elvesztésének félelméből, a megkapaszkodás lehetőségének meghiúsulásából ered, egy sajátos félelemben, a gyermekhaláltól való rettegésben manifesztálódik.

Rekonstrukciónkat az életrajz és életmű sokféle adatával támaszthatjuk alá. Az anyai nagyapa haláláról kevés adatunk van, mint korai élményt eleveníti fel 1912-ben az Anya arca című verse: "Sírt és dalolt bús mátkaságán, / bölcsők között sírokra görnyedt"...[1] A születés és halál, a bölcső és a sír, majd később a bölcső és koporsó párhuzam egy életre egymást hívó szópár lettek.

A halálélményben mindkét nagyapa fontos helyet foglal el. A kétéves korban kezdődő visszatérő lázas betegség tízéves koráig kíséri.[2] Ekkor, apai nagyapja halálakor váratlanul meggyógyul, a haláltól való rettegés is lappangásba kerül. Ezt a megnyugvást úgy értelmezhetjük, hogy a halál a "helyére került": nem a gyerekek, az öregek halnak meg

---

[1] A felsorolt utalások alapján feltevésünk - amelyet adatokkal nem tudunk igazolni -, hogy a korai gyermekkorban az anyai nagyapa halálának időpontja körül csecsemőhalál is előfordult a családban, esetleg a népes Brenner családban, amely az anya gyászát növelte. A Petőfi Múzeum, illetve a Kosztolányi-hagyatékot őrző MTA Könyvtár azonban nem rendelkezik ilyen adatokkal a Kosztolányi családról.

[2] Kosztolányi lázas betegségeiről másutt úgy olvashatjuk, hogy asztmás köhögés kínozta gyermekkorában, s valamiféle ideges köhögés élete végéig kísérte (Szőke, 1985). Szőke György a "szegény kis beteg"-ről szóló Kosztolányi-novellákat elemezve hasonló megfontolásokra jut, mint a jelen cikk szerzője: az író és témája között nemcsak konkrét élményháttér, hanem a témából kifejthető mélyebb megértés is feltárul.

előbb. De mondhatjuk-e, hogy kigyógyult teljesen? Hiszen minden regényét, egész költészetét a halál szövi át. Vagy talán ezt nevezhetjük sikeres kreativitásba, szublimálásba fordításnak?

A nagyapai minta életére is kihat. Kosztolányiné tanúsága szerint a költő maga is rendkívüli módon féltette kisfiát, Ádámot, fiuk életrevalóságának akadályát az apai féltéssel hozza összefüggésbe.

Kosztolányiné a halál állandó jelenlétét a költő gyermekkorában úgy írja le, mintha ő maga is tanúja lett volnan, illetve mintha a költő sorait idézné:

A halál mint rém ott leselkedik a kisvárosi utcán. "Az utcában minden harmadik-negyedik házban koporsós bolt ijesztgette. Ravatalposztók, szemfedők díszelegtek a kirakatokban. Szabadkának sikerült megszereznie az akkori Nagy-Magyarország legnagyobb gyermekhalandósági arányszámát. Nem lehetett kilépni az utcára, hogy gyászmenettel ne találkozzék az ember. Fiatal anyák hónuk alatt vitték kék koporsóban kis halottjukat, asszonyok karján úgy lógott a cifra pléhkoszorú, mint nagyvárosban a kézitarsoly" (Kosztolányi Dezsőné, 1938/1990, 17. o.).

*A szegény kisgyermek panaszai*nak szinte minden verséből idézhetnénk a kisgyermek halálfélelmeihez, itt csak néhány sort emelünk ki, amely majd az Édes Annában külön hangsúlyt kap: "Ha néha-néha meghal valaki, / egy délután ordító trombitákkal / viszik a megdöbbent utcákon által..."

A halál közelsége nem annyira mint téma, hanem mint állandó színező jelenvalóság inspirálja Kosztolányi költészetét - írja róla Szerb Antal (1938/1986). A költők vonzalma a haláltémához közismert, sajátosan egyéni vonatkozása Kosztolányi írásaiban - mint rámutattunk - a gyermekhalálhoz kapcsolódik. Hermann Imre (1924) szerint a vers egyfajta feldolgozása, szublimációja a halálélménynek. A rím, a ritmus, a verstan szabályai bizonyos előrelátást, a történések kiszámíthatóságát biztosítják. A versekhez való vonzódás előfeltétele a kisgyermekkorban a beszédfejlődés alakulása, amelyhez - mint a legtöbb költő vallja magáról - az anya ad mintát.

Kosztolányiné így jellemzi az imádva imádott anyikát: "A lénye olyan, mint a csobogó, hömpölygő, messze útról jövő folyó, amelyet nem akaszt meg semmi útjában... A városi polgárság körében népi és gyermeki marad, reális és mesékben járó egyszerre, s ha valamiről beszél, bájos hímet varr rá a hangjával, a szavaival, a beszédmódjával. A beszéd, a beszélgetés nála szinte öncél" (Kosztolányi Dezsőné, 1938/1990, 94. o.).

A gagyogó gyerek számára is öncél a beszéd, funkcióöröm. És mágikus varázslat egyben: elővarázsolja az anyát. Ferenczi (1913) mutat rá elsőként a mágikus gesztusok és szavak jelentőségére a fejlődésben, majd Winnicott (1953) a beszédfejlődést azon jelenségek közé sorolja, amely a külső és belső realitás határán az illúziók világát teremti meg. Ilyen illúzió lehet, hogy az idősebb gyerek az anyai törődést a szóval biztosítja magának, különösen olyan helyzetben, amikor az öcs csak idegesítő sírásával adhat jelt magáról. Az anyához való kötődés illúziója és egyben öngyógyító módja a szó. A szavakhoz való erotikus-mágikus kötődéshez az anya lénye, beszédstílusa ad mintát. De - úgy gondolom - a beszéd erotikája csak abban a gyerekben fejlődik ki, aki korán csalódik az anyai omnipotenciában. A szavak iránti narcisztikus szerelem ilyen módon az anyától való leválást segíti és egyben erősíti a vele való azonosítást. A szavak szinte függetlenné válnak attól a személytől, akihez a szavak tartalma kötődik.

Ismét Szerb Antalra hivatkozhatunk hipotézisünk alátámasztására, aki azt a meglepő megállapítást teszi, hogy Kosztolányi lírájából hiányzik a szerelmes vers, ahogy verseiből hiányoznak egyéb hagyományos lírai témák is. Sajátos impressziókat, hangulatokat örökít meg a külső és a belső világ határainak összemosásával, fellazításával.

E hangulatok hordozója és kifejezője a nyelv, a szó, sőt a betű, ahogy felesége nevéhez írja: "csupa l, csupa i, / csupa o, csupa a / csupa tej, / csupa kéj, / csupa jaj, / Ilona".

A szavakhoz fűződő erotizált kapcsolata útján válik érthetővé a parasztlányhoz, cselédlányhoz, dajkához fűződő vonzalma is. A népi, gyermeki - mondhatjuk infantilis - anyakép adja hozzá a mintát, de a szóvarázzsal átvihető másra is, aki ízes, zamatos szavakon keresztül ezt a gyönyört okozza. Dajkáját nem ismerjük, csak vallomásait a szépen beszélő parasztlányokról: "Egy Csík megyei parasztlány, Juliska csöpp fejében elhozta nekünk öntudatlanul az erdélyi fejedelmek nyelvét. Amikor beszélni kezdett, egy csomó harmatos, édes szó hullott elénk, később egy egész tájszólás... Drága szavait úgy teszi a pesti óceánra, mint papírcsónakot, hadd fújja el a szél" - írja 1914-ben (Kosztolányi, 1971, 118. o.). És kisfia dajkájáról 10 évvel később: "Tanyáról jött fel. Fiatal volt, mint a tavasz. Úgy beszélt magyarul, mint egy egyetemi magántanár vagy színésznő, értelmes, érző lélek" (uo.). Bözsi, Kosztolányi Ádám dajkája, Édes Anna modellje, ezt az író és felesége is leírják. Márai Sándor visszaemlékezése úgy örökíti meg, hogy Édes Anna modellje a Mikó utcai lakásuk szomszédságában élő házmesterpár, gyermektelenek, a feleség sudár, dunántúli asszony: "Kosztolányi ritkán ment el úgy a kapu előtt, hogy jövet vagy menet be ne térjen hozzájuk. Ott ültek hárman, nem ettek, nem is ittak, csak beszélgettek. Milyen magány, belső számkivetettség elől menekült a házmesterlakásba?" (Márai, 1972/1991, 122. o.). Saját belső magányát kivetítve Márai így teszi fel a kérdést. A mi gondolatmenetünk szempontjából egyszerűbb a válasz: Kosztolányi mindenekfelett a nyelvet, az anyanyelvet szerette. Ez a szerelem az anyika-dajka-édesanya áttételeken keresztül az édes anyanyelv, a modelljében újra megszemélyesítve és ismét eltávolítva: Édes Anna. Az azonosítási sor felmutatásán túl, úgy hisszük nem állítunk semmi újat vagy analitikusat. Illyés Gyula az író halála után 12 (!) kötetben gyűjtötte össze hátrahagyott nyelvészeti munkáit, "amelyek - mint írja - elhatározás nélkül, mintegy az író tudtán kívül kerekedtek könyvvé és alkotássá" (Kosztolányi, 1940, III. 5. o.). Az édes anyanyelv iránti szerelme a "tudtán kívüli alkotás", a nyelvhez fűződő erotizált kapcsolat motiválta rokonszenvét a romlatlan, egyszerű és gyermeki parasztlányokból lett cselédlányok iránt. És ugyanebbe a vonzalomba szövődik a haláltól való borzongás:

Ó, a halál,
Mi ismerjük csak, pici gyerekek...

Kutakba látjuk, mély vizek felett,
sötét szobákba kuksol reszketeg
lepedőben - így mondta ép a dajka -,
kasza van a kezében, nincsen ajka
és fondoran vigyáz, mikor suhan az esti láz
s a hőmérőn ha ugrik a higany,
csontos markába hahotáz vígan.

Övé a bál,
Ő a halál.
Farsangos éjen a nagyok mulatnak...

A szegény kisgyermek panaszai ciklusának talán a legszebb soraiban egy kisgyermekkori életkép: a szülők a farsangon mulatnak, míg a lázas kisgyereknek a dajka mesél a halálról.

A korai archaikus szorongás, mint mondottuk, az anyától való elszakadás félelméből ered, ahogy a vele szimbiózisban élő csecsemő élete is szinte teljesen az anyától függ. Az anya időszakos eltűnése elvesztésével lehet azonos. A korai tárgyvesztés félelméhez az önmaga féltése járul abban a korban, amikor az én és a tárgy, a gyerek és az anya kezd különválni, lazul az anyától való függőség. De itt lép a szó a kapcsolat előhívójává és így rögződhet a szó- és névvarázs ismét a halálhoz, a nevek keresése a halálrovatban és sírfeliratokon. A nevekhez fűződő őskori babonás varázs, "az ősi és végzetes szókapcsolat" a nőkhöz tartozik elsősorban.

Ha a fejlődés további útját vizsgáljuk, akkor a hároméves kor körül kialakult kényszeres halálfélelmet így magyarázhatjuk: a gyermeket ebben az időben kezdi foglalkoztatni a gyermekszületés. Ahogy Freud (1908) egy helyütt kifejezi: tudni akarja, honnan jön az a zavaró kistestvér. Esetünkben a kérdést elfedte egy másik: "és hogyan hal meg?". Vagy másként: a gyermekszületés az anyához tartozik - és a halál? A gyerek élete az anyától függ - és halála? Ha a gyermek kérdése bizonyos fejlődési szakaszban, hogy mi az apa szerepe a gyerek születésében, akkor Kosztolányinál elfedi az a kérdés, hogy mi az anya szerepe a gyermek halálában. A születés és halál elválaszthatatlansága ezúton válik érthetővé. E feltevésünk talán nem tűnik erőltetettnek, ha a *Kék gyász* novellára gondolunk, vagy arra, hogy a bölcső-koporsó párhuzam nem jelent mást, mint két ládát, ahova a még és már tehetetlen, kiszolgáltatott testet belefektetik.

A cselédlánynak, a kiszolgáló automatának való kiszolgáltatottság riasztja meg Kosztolányinét azon a békés vasárnapi délutánon. Ez a riadalom indítja meg a költőben az alkotás folyamatát, amelyből egy mélyebb lelki rétegbe ágyazódva az *Édes Anna* keletkezik. A regény és az alkotó rejtélyét ezen az úton oldhatjuk meg.

A szóvarázs-névvarázs a regényben szereplő nevek útján vezet tovább. Feltevésünk szerint - bár adatunk nincs hozzá - a század eleji kisvárosban a gyerek bizonyára hallotta és ismerte a bába szerepét a gyermek születésében és a magzatelhajtásban. Angyalcsinálónak nevezik népi nyelven. Az anya és a halál kapcsolata itt válaszra lel, s e feltevésünket bontja ki a regény. Édes Anna tükörszereplőjének neve Angéla, fiatal korában és amikor férje jókedvű volt, Angyalnak szólította. Ennek az "angyalnak" jelleméről tudjuk, hogy azóta ilyen rideg és kegyetlen, amióta kislánya meghalt. A tudattalan, a gyermeki és primitív gondolkodásban csak egyféle halál van: szándékos, az elfojtott vágy és a tett között nincs különbség. Vizyné, mint keresztneve is utal rá, eltette láb alól a gyerekét. Édes Anna saját magzatelhajtása után vele azonosul: elszürkül, hullik a haja, mesterkélt mozdulatokkal utánozza úrnőjét.

Feltevésem szerint a regény csúcspontja és egyben lélektani megfejtése a magzatelhajtás. Anna abba hal bele lelkileg, hogy testében megsemmisíti magzatát. Az élet biológiai célját nem tudta teljesíteni, s e primitív, gyermeki lélek számára a gyerek éppúgy egyetlen, ahogy a gyerek számára az anya nem felcserélhető, mintha másik gyermeket már

nem szülhetne, "gyilkossá" vált. (Különös egybeesés - mint olvashattuk -, a mintakép, Bözsi is gyermektelen.)

Így lesz a babonás szóvarázsból, a szójátékká alakított édesanyából gyilkos, így szövődik bele a gyermekhalál fantázia, a temetés és halotti ima. A kisgyermekkorban átélt élmények is beleszövődnek: a keserű orvosság valószínűleg kinin, ez lehetett a "jaj de losz" a lázas, "halálán" lévő gyereknek; s kinin lehetett a négyszeres adagban bevett, Patikárius Jancsitól kapott iszonyú keserűség, amelyet Anna csak az árnyékszéken mert bevenni, s utána majdnem belehalt. A kis motyójában megőrzött gyermektrombita, amelyet egy kisgyerektől kapott, aki szerette, majd elfelejtette őt, s a megdöbbent utcákon felhangzó ordító trombita, amikor meghal valaki. Ide kívánkozik a regény megírása után évekkel később írt *Kő* című költeményének különös két sora: "Halálordítás szólt az anyaméhből / Véres kezével megütött a gyermek"...

Az anya-gyermek szimbiózisban nincs külön gyermekhalál és anyahalál, a gyilkosság egyben öngyilkosság, az anyával való azonosítás egyben a szolgálólány kiszolgáltatottságát átélő teljes beleélés, a szülés és alkotás azonossága. A jó és rossz anyakép hasítására - amelynek Melanie Klein oly nagy szerepet tulajdonít a gyermek fejlődésében - egyetlen utalást találunk a történetben, a mostoha futó megjelenését.

Érdekes, bár mellékesnek tűnő valóságelem: a 16 éves kamaszfiú legelső szexuális élménye egy tanyasi cselédlány, akihez éjszakánként kilopózik, aztán észreveszi, hogy a lány sokat sír, és egy napon elmegy szó nélkül (Kosztolányi Dezsőné, 1938/1990, 86. o.).

A realitásnak a történethez nincs köze, hangsúlyozzuk mi is, csak a tudattalan képes arra, hogy a szó- és névvarázzsal állítson és tagadjon valamit egyszerre. Így a regény többi szereplőjének neve, mintha azt akarná az olvasó számára sugallni, nehogy már komolyan vegye az n betű y-ra való felcserélését. Kosztolányi, aki minden névnek oly varázsos jelentést tulajdonít, itt kisfia játékországának szereplőit vonultatja fel: Moviszter, Druma, meg a többiek, Vizyék, Ficsor, Patikárius Jancsi, Viatorisz. Csak a kérő, a kéményseprő neve "valódi", Báthory, háromszoros előnévvel. A nevekkel való játék nemcsak arra szolgál, hogy tagadja a társadalmi valóságot, hanem arra is, hogy az Édes Anna nevében rejlő kettős anyaképet eltávolítsa a realitástól, a tudattalan "valóságától".[3]

A tragédia csúcspontja az anyaméhben történt "gyermekhalál". Emiatt érezzük, hogy a valóságban véghezvitt gyilkosság nem igazi tragédia. Hiányzik belőle az indulati túlfűtöttség mint közvetlen motiváló tényező, s a tragédia bekövetkezése után érzett bűntudat és bűnbánat. Ugyanakkor mégsem mondható Édes Anna tette motiválatlannak.

---

[3] Úgy tűnik, hogy a nevekkel való játékkal valóban sikerül Kosztolányinak a figyelmet az édesanya-Édes Anna párhuzamról elterelnie. Irodalmárok bár sokszor idézik az író szabad asszociációit, sőt, a feljegyzett névvariánsokat is, mégsem találunk Édes Anna nevéhez fűzött kommentárt. Ugyanakkor például Király István (1986) részletesen elemzi a Moviszter, Druma, Vizy, Patikárius nevek konnotációit; Balassa Péter (1987) az Angéla név eredetének felmutatásával, illetve alakjának pszichológiai értelmezésével mutatja ki Kosztolányi személyes érintettségét a regény főhőse iránt. - Jellegzetesnek érzem a latinos műveltség irányába történt figyelemelterelést, amelyhez a mottó latin nyelvű imája is hozzájárul. Ezzel tudnám magyarázni, hogy eddig még egyetlen kiadásban sem szerepel az ima magyar nyelvű fordítása, holott a regény kötelező olvasmány, és köztudott, hogy Magyarországon az utóbbi 45 évben nincs vagy alig van a gimnáziumokban latinoktatás.

A regény vége a "nagy zabálás" vagy "orgia" - zabolátlan ösztönkiélés az urak részéről, amelyben a cselédlány nem vesz részt. Amikor eszik egy csirkecombot és "sok-sok" süteményt, akkor ez azt is jelentheti, hogy utánozni próbálja őket. Mint asszonyát, mesterkélt mozdulatokkal. Az "Angyalban", az angyalcsinálóban önmagát öli meg, nem agresszióból, hanem azonosításból.

Számos más apró, írói bravúrral felvillantott indítékok sora járul hozzá a lélektani megértéshez: a lány szégyenét feloldó zacskó égett gesztenye, amelyből "látta, hogy az úrfi nem haragszik rá". (A gyermektrombita mellett kis motyójában a nyomozók ezt is megtalálják.) A csalódás: az érzékeit felkeltő úrfi az előszobában (ahol szétvetett lábakkal vasalt), aki belecsókol egy úriasszony nyakába, semmibe véve az ő jelenlétét, s a fürdőszobai illatok, amelyek felerősítik megcsalatottságának fájdalmát.[4] Jancsi fenyegetése, amikor átadja a port: "Vigyázzon, ne vegyék észre. Mert ez tilos. Ha megtudják, be is csukhatják érte." Ez "mentségéül" szolgál a nyomozás során: "Ingén két vörös pipacs, baja van" - (vagyis nem a gyilkosság vérnyomai), magyarázza egyik rendőr a másiknak. Mint megnyugtató meseelem jön elő a bilincs: "ezt ismeri a népmesékből, amelyekben a királyi palota mellett mindig ott a börtön". S végül Bandika emléke a tárgyaláson: "És még akkor is zakatolni kezdett mindene. Egyszerre eszébe jutott minden..." Mintha az amnéziából felmerülő, a gyerekvággyal összefüggő történések sora hirtelen jelentést kapna.

Korabeli és mai irodalomesztéták mindig újra felvetik a kérdést, belejátszott-e Kosztolányi regényeibe a pszichoanalízis ihletése? Moviszter doktor alakjába kétségtelenül. Az orvos azt az emberszemléletet képviseli, amelyet Freud és tudománya képviselt, a humánumnak azt az elvét, amely nem ítélkezik morálisan más emberek tettei felett, mert tisztában van vele, hogy lappangó formában minden emberben hatalmas ösztönerők működnek.

Az *Édes Anna* azonban nem "pszichoanalitikus" regény a szónak abban az értelmében, ahogy az irodalmárok vitatják (Kiss F. 1987, Rónay L. 1977). Vagyis nem akar valamilyen pszichoanalitikus tézist bizonyítani, nem akarja a jót és a rosszat, az emberit és a démonit szembeállítani, nem akar patológiás traumát kimutatni, sem nem próbál poszt-freudiánus "humanizált tudatalattit" (Király, 1986) ábrázolni.

Kosztolányira a pszichoanalízis mint a lélek tudománya, mint humánus emberszemlélet hatott, de sosem gondolta, hogy verseinek vagy regényeinek témája lehetne. A téma az ihletből, a tudattalanból jön, ami éppen akkor érvényesül, ha az író ettől az ihlettől hagyja magát sodortatni, öncenzúra nélkül felszínre kerülni. Az alkotás olyan, mint a szülés - idéztük a költőt -, a szülés folyamatáról az orvos tud többet mondani, ahogy az analitikus dolga, hogy kibogozza a mű tudattalan hátterét, nem az alkotóé.

Szerintem Kosztolányi pszichoanalízis iránti vonzalmát a felnőttben és tudattalanban tovább élő gyermek felfedezése magyarázza. A 20. század elején a gyermek felfedezése egyszerre ment végbe a társadalmi és pedagógiai mozgalmakban, a pszichológia különböző irányzataiban és a művészet különböző ágaiban. A magyar irodalom újjászületése, a *Nyugat* megindulása és Ferenczi pszichoanalitikus karrierje szinte

---

[4] A magzatelhajtás, szerelmi csalódás és megalázottság jelentőségét Sőtér István (1987) A rejtőző Kosztolányihoz írt szép bevezetője is kiemeli.

ugyanazon mozgalom - a liberális progresszió - része. Kosztolányit szenvedélyesen érdekelte a pszichoanalízis, ahogy szenvedélyesen védte az önmagában élő örök gyermekit: "Mit mondhatok nekik én, a költő, akinek ez az egyetlen értékem, hogy megrekedtem a csecsemőkori fejlődési fokon, s abból élek, hogy a felnőtteket szórakoztatom" (id. Kiss, 1979, 18. o.). Ez a mondat persze önirónia, mégis igaz:

A kisgyermek, aki bizalmatlan az ellenséges külvilággal, s mindenfelől a halál ijesztgeti, kicsit mindig kívül marad a világ eseményeiből, de egész életében, életművében, regényeiben és költészetében azon fáradozik, hogy legyőzze a halált. Ez azáltal sikerül neki, hogy mint a világ szemlélője, mint *homo aestheticus* megőrzi alkotásmódjában a gyermeki látásmódot, azt a rácsodálkozást a világ csodáira, amellyel még a menny is ismerőssé tehető, nincs már a mennyei bálból kirekesztve, s e kozmikus felnagyításban "egy nagy ismeretlen Úr" - talán a Halál? - is vendégül látja.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. április 28.

IRODALOM

Balassa P. (1987): Édes Anna világképéről. In: *A rejtőző Kosztolányi. Esszék, tanulmányok.* Tankönyvkiadó, Budapest.

Ferenczi S. (1913): A valóságérzék fejlődésfokai és patologikus visszatérésük. In: *Lelki problémák a pszichoanalízis tükrében.* Magvető, Budapest. 1982. 124-146.

Freud, S. (1908): *Über infantile Sexualtheorien.* G. W. 7. 171-190.

Hermann I. (1924): Benvenuto Cellinis dichterische Periode. *Imago, X.* 418-423.

Karinthy F. (1935): Az ötvenéves Kosztolányi. In: *Miniatűrök.* Gondolat, Budapest. 1966. 317-327.

Király I. (1986): *Kosztolányi. Vita és vallomás.* Szépirodalmi, Budapest.

Kiss F. (1979): *Az érett Kosztolányi.* Akadémiai, Budapest.

Kosztolányi D. (1926): *Édes Anna.* Szépirodalmi, Budapest. 1992.

Kosztolányi D. (1940): *Összegyűjtött versei.* Révai, Budapest.

Kosztolányi D. (1940-48): *Hátrahagyott művei. I-XII.* Nyugat, Budapest.

Kosztolányi D. (1971): *Nyelv és lélek.* Szépirodalmi, Budapest.

Kosztolányi Dezsőné (1938): *Kosztolányi Dezső.* Holnap Kiadó, 1990.

Márai S. (1972): *Föld, föld...* Akadémiai, Helikon, Budapest. 1991.

Nemes Nagy Á. (1987): Ízlésváltozások a Kosztolányi-vers körül. In: *Látkép gesztenyefával.* Magvető, Budapest. 239-250.

A rejtőző Kosztolányi. *Esszék, tanulmányok.* Tankönyvkiadó, Budapest. 1987.

Rónay L. (1977): *Kosztolányi Dezső.* Gondolat, Budapest.

Szerb A. (1934): *Magyar Irodalomtörténet.* Magvető, 1986.

Szőke Gy. (1985): Kosztolányi, a szegény kis beteg. *Irodalomtörténeti Közlemények*, 214-218.

Sőtér I. (1987): Bevezető. In: A rejtőző *Kosztolányi. Esszék, tanulmányok.* Tankönyvkiadó, Budapest.
Winnicott, D. W. (1953): Übergangobjekte und Übergangphenomene. In: *Vom Spiel zur Kreativität.* E. Klett, Stuttgart, 1973.

SUMMARY

The psycho-analytical interpretation of Kosztolányi's novel "Édes Anna"

Nemes, Lívia

The unconscious elements of an author's inner wold are inseparable from the message of his work. This paper attempts to discuss Kosztolányi's book "Édes Anna" in the light of the author's infantile fear of death and his inner representation of death, birth and creativity.

HOZZÁSZÓLÁS

Nemes Lívia: Kosztolányi Édes Annájának pszichoanalitikus értelmezése című tanulmányához

BAGDY EMŐKE

Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet,
Pszichiátriai Osztály

Különleges élmény irodalompszicholóiai esszét olvasni. Hiszen ez a műfaj ritkán talál alkotó gazdára. Kevesen művelik, lélektani szakterepeken "nem divat", nem teljesíti a pozitivista tudományosság-kritériumokon nyugvó tanulmányírás követelményeit, egyébként is a legnehezebbek közül való alkotásfajta. Egyaránt otthonos mozgást kíván irójától a kutató-alkotó szellem szaktudományi és szépírói szinterein, sőt a fogalmi és gondolati építkezés szigorú tisztaságát - ezt nevezte oly szívesen Kardos Lajos a "das strenge Denken" tudósi követelményének - kell tetézni a "rátalálás" izgalmának

gyönyörűségével. Mégpedig a "rátalálásnak" abban az értelmében, ahogyan ezt Martin Buber üzeni: "Az alkotás-teremtés, feltalálás, rátalálás... Azáltal, hogy megvalósítok, felfedek valamit" (M. Buber: Én és Te. Európa Kiadó, Bp. 1991. 14. o.). Titok tárul fel minden "felfedő" (felfedező) beavatásban, az író (alkotó) és olvasója pedig a beavatásban szellemi duáluniós együttgondolkodóvá válnak, az olvasó eképp "újraalkot".

Kosztolányi Édes Annája sokféleképp szólított már meg eddigelé. Volt kötelező olvasmány kényszerű terhe, magam választotta olvasó belefeledkezés, filmélmény, sőt pszichológiai elemzés tárgya is. Mégis ezúttal új optikát és új rátalálást nyitott meg számomra. Önkéntelen szellemi duálunióba belefeledkezve követtem Nemes Lívia pszichoanalitikus elemzésének Ariadne-fonalát, amelyben Kosztolányi, a költő kisgyermekkori élet- és kapcsolati eseményeihez visszatérve, ezekkel összefüggésben láthattam rá Kosztolányi halálhoz való viszonyára, életét végigkísérő halálfélelmére. Pszichológiailag érdekfeszítően szerves összefüggésrendszerre derül fény ebben az oknyomozó kutatásban: az író csecsemő- és kisdedkora, az apa-gyermek kapcsolat traumatikus volta, a megkapaszkodási ösztön frusztrációja, a testvérszületés, a nagyapa kvázi anyamintaként belépése, az író saját "anyaszívű apasága", mindezek olyan biográfiai, "patodinamikai" egységfonalat alkotnak, amelyből önmagát láttatja Kosztolányinál a születés-halál élmény összetartozása, az életfélelem-halálfélelem kibontakozása, ennek költészeti szublimációja (pl. A szegény kisgyermek panaszai) és prózában is "kihordott, kilenc hónap alatt megszült" gyermeke, az "Édes Anna".

Feltárul az író (Kosztolányi) detragedizáló (veszélytelenítő) elhárítása, rálelhetünk beszéd-erotikájának gyökereire, ezen át juthatunk el az Édes Anna "névadás" szóvarázslati áttételi láncolatának (anyika, dajka, édesanya, édes anyanyelv, édes annanyelv, Édes Anna) mélypszichológiai jelentéséhez.

Nemes Líviával "együttgondolkodó" olvasójaként egyetlen szálat találtam, ami talán megérdemli az elemzés szövetébe beleszövést: a novella ötletét Kosztolányiné adja. Az ötlet azonnal "megfogan", és kilenc hónap alatt - egyre növekedve - megszületik. Miközben az író "gyermeke" napról napra nő, az író a regény írása közben temet (folyvást a halotti éneket dúdolja, és a temetkezési szertartás halotti szövegét mormolja). Ez, és pusztán az alkotás menete is tökéletes egységben hordozza a születés és halál szerves összetartozását Kosztolányi élet- és halálfélelmében. "Anyai-alkotói" szerepéhez adalék saját csecsemőkora, amelyben nagyapja mintegy az anya helyére lép, ő pedig apaként később saját fiához nagyapai aggodalmaskodással, egyszersmind anyaszívűen viszonyul. Az alkotás fogamzási, kihordási és szülési kínja mint anyai funkció lehetővé teszi a "Magna Mater"-rel való tökéletes egyesülést, azonosulást a "Teremtés"-ben, a maradandó létrehozásában. Ugyanakkor a személyes azonosulásoknak is szabad tere nyílik (nagyapa, dajkája édes szavai stb.)

Nem kétséges, hogy a pszichoanalitikus elemzés módszertani lehetőségeinek és alkotáslélektani alapvetéseinek keretében új módon lehet látnunk és láttatnunk az alkotást mint a létrehozó szülő és műve egységét. Kosztolányi Édes Annájának és a mű pszichoanalitikus elemzése megerősiti annak a mélylélektani hipotézisnek az érvényességét, mely szerint az alkotó szublimáció a korai fejlődési traumák kreatív feldolgozásának egyik lehetséges, értékes útja. Alkotó és alkotása pszichologikai szempontból egységet képeznek, a mű pedig öngyógyító produktum.

Közvetlenül a cikk megjelenése előtt véletlenül találtam rá Kosztolányi alábbi írására. Nagyon izgatott lettem, mert nem is tudom, megjelent-e valahol másutt azóta. Részint tökéletesen azt fejezi ki, amit ábrázolni próbáltam tanulmányomban, részint- és ez a fontosabb - olyan kuriózum, amelyet egy tehetség konferencián, pszichológusok között, 1930-ban mondott el. A "Tehetség-problémák" című kötetben (Merkantil-Nyomda, Budapest, 1930) jelent meg. A könyv egy konferencia anyagát tartalmazza, amelyet a Magyar Gyermektanulmányi és Gyakorlati Lélektani Társaság Pszichológiai Szeminárium szakosztályában tartottak. A szakosztály vezetője, H. Révész Margit és titkára, Hermann-Czinner Alice írtak hozzá előszót. A 13 előadót is érdemes felsorolni: Balassa László, Hermann Imre, Imre Sándor, Kernstok Károly, Kosztolányi Dezső, Lénárt Edit, Máday István, Nagy László, Nemesné M. Márta, Rajniss Ferenc, Révész Margit, Szondi Lipót és Varró Margit.

Nemes Lívia

A Költő

Írta: *Kosztolányi Dezső*

Minden költő gyermek. Minden gyermek költő. De gyermek-költő - egy gyermek, aki a szó igazi értelmében költő lett volna - még sohase volt.

*

Mozart hatéves korában a londoni, párizsi, bécsi udvaroknál hangversenyez. Tizenkétéves korában megírja a "Bastien et Bastienne"-t. Mozart ekkor már Mozart. Rimbaud azonban, akit a legkoránérettebb költői lángelmének tartanak csak húszéves korában jelentkezik, és Petőfi, aki sokkal nagyobb csoda nála, húszéves korában még utánzó, még nem is Petőfi.

*

Nincs költő-csodagyermek, és nem is képzelhető el. Miért? Azért, mert igaz ugyan, hogy a költészetnek is az ösztönök, a homályos, tudattalan vágyak a mozgatói, akár a zenének s kifejezésében éppoly érzéki és érzékletes, akár a zene, de anyaga az emberi szó, mely - bármily távolról és közvetetten - mindig értékítéletet is rejt magában. Ilyesmire csak érett fő képes. Játék a költészet, de az elme játéka is. Érzelmi lávája szükségszerűen értelmi szűrőn jut el hozzánk.

*

Találkozunk nagyon korán verselő, rímelő, szójátszó gyermekekkel. A nagy költők nem egyszer ilyenek. Ezek már kiskorukban céhesek-mívesek, megszeretik anyagukat, minekelőtte tudnák, hogy mit műveljenek vele. Barkácsolnak a szavakkal, fúrják-faragják őket, a mélyükbe igyekeznek hatolni. Keresnek valamit. Talán találni is fognak valamit. A természet előre tornáztatja a szerveket, melyeket ki akar fejleszteni. De megesik, hogy az ilyen gyermekek "kinövik" bolondériájukat, és később "megkomolyodnak".

*

A döntő fejlődés természetesen a serdülőkorra esik. Ekkor történik az a lelki hasadás, mely valakit egész életre írni kényszerít és a valóság fölé egy másik, elképzelt, de éppoly létező valóságot építtet vele, az egyénisége fölé egy másik, elképzelt, de éppoly létező egyéniséget, a költői egyéniséget, mely nem tükörképe az előbbinek, hanem álma, megszépítése, kiegészítése. Senki sem azt írja, ami, hanem azt ami szeretne lenni.

*

Hogy a költői teremtést miképpen befolyásolják az élet nyers történései, azt megvizsgálni a lélekelemzés föladata. Ez a folyamat bonyolult. Eddig nem igen nyúltak hozzá tudományos eszközökkel. Az az esztétika, mely hasznos és rokonszenves mindaddig, amíg a formalizmus

kereteiben mozog s a szavak arányát, hangzását latolgatja, az anyagot magával az anyaggal magyarázza, nevetségessé válik, mihelyt lélektani térre kalandozik s az élmény és alkotás között valami átlátszó, túlontúl egyszerű párhuzamot von az okság alapján. A világ minden tankönyvei hemzsegnek az ilyenféle megállapításoktól: "X-et költővé avatta boldog szerelme", "Y. fölháborodott kora romlottságán s ezért szatírákkal ostorozta" stb. Nem sokkal tudományosabb módszer ez, mint az ókori, kínai orvosok eljárása, kik dinnyéket boncoltak, hogy azokon ismerjék meg az emberi test szerkezetét.

*

Az ihlet forrása burkolt rejtélyes. Paul Valéry meséli, hogy egy napon valami ívet kellett aláírnia egy bankban. Véletlenül olyan toll esett kezeügyébe, mellyel különös kedvvel írt. Az írás gépies gyögyörűsége annyira megbabonázta, hogy rohant haza, írni, verset.

*

Ki a költő? Az az ember, akinek a szavak fontosabbak, mint az élet.

*

Ezt a költők gyakran szégyenlik, és letagadják. Túlságosan szeretik mesterségüket, semhogy be is mernék vallani. Sőt regényes túlzással azt hangsúlyozzák, hogy csak az élet fontos számukra és az írás jelentéktelen melléktermeke ennek. De akkor miért áldozzák fel életüket a kifejezés örömének és gyötrelmének? Miért nem sietnek élni? És miért írnak?

*

Vér és tinta az igazi költő előtt egyenértékű fogalom. "A vér különös nedű." De a tinta is az.

*

Minden költő elsősorban a szóvarázsban hisz, a szavak csodatékony, rontó és áldó hatásában. Ebben a tekintetben hasonlítanak az ősnépekhez és a gyermekekhez, akik a szavakat még föltétlen valóságnak tekintik s nem tudnak különbséget tenni a tárgyak és azoknak nevei között. Amit a költők leírnak, az él, pusztán azáltal, hogy leírják. E mágiájuk segítségével kerteket bűvölnek elő a papíron, pedig mindössze néhány virág nevét említik. Ezek a virágok nőnek és illatoznak.

*

Vannak kedvenc szavaik, melyeket unos-untalan ismételnek. Van azonban egy tabu-szavuk is, egy tilalmas, szent és rettenetes szavuk. Ezt sohasem árulják el. Voltaképp egész alkotásuk abban áll, hogy ezt kerülgetik, kacskaringós mellékutakon, más, tetszetős, bűbájoskodó szavakkal. Mert ha egyszer valóban kimondanák a tabu-szavakat és rájönnének igazi titkukra, mely vallani hajtja őket, meggyógyulnának, sohase írnának többé, nem volnának többé költők.

*

Számukra a név se közönyös. A név maga az ember. Ők is azt hiszik, amit a talampu nevű vadtörzs. Mihelyt tudják valakinek a nevét, birtokukban van az illető, bűbájt áraszthatnak rá, "kivehetik a lelkét". Ha például leírják egy költőtársuk nevét és megállapítják róla, hogy "nem költő", akkor megölték őt, "kivették a lelkét". Éppezért sok költő szeretné eltitkolni a nevét, akár a talampu-k, hogy ne érhesse ilyenféle varázslat. De akkor ki olvasná őket?

*

Az írói álnév ravaszdi rejtezkedés, ősemberi bujósdi. Aki több nevet vesz föl, megsokszorozza egyéniségét, egyszerre több élete van, tárgyiasítja, és függetleníti egymástól a benne lakozó különböző hajlamokat, mentesíti magát a multjától, elbújik a kíváncsi szemek elől, korlátlan szabadságra és titkos hatalomra tesz szert. Ezt már az egyiptomiak is tudták. Nyilván innen származik az a szokás is, hogy a szerzetesek világi nevüket szerzetesi névvel cserélik fel. Az eszkimók öregkorukban leteszik régi nevüket, újat választanak, hogy ne találjon rájuk a halál. Néhány írónak, aki álnevébe takarózott, sikerült is ez. Jean Baptiste Poquelin például Molièrenek nevezte magát. Jean Baptiste Poquelin meghalt, ötvenegy éves korában. Molière azonban ma is él. Nem találta meg a halál.

TÉR ÉS LÉLEK

Hermann munkái alapján

KLANICZAY SÁRA

Szemléletünk befolyásolja érzelmeinket, indulataink hatással vannak szemléletünkre. Térszemlélet és indulati élet kölcsönhatását vizsgálja Hermann Imre több munkájában.

Hermann szerint az euklideszi tér tükröződése látóterünkben fejlődési folyamat eredménye. Alacsonyabb fejlődési fokoknak görbült terek felelnek meg, mint például a Möbius szalagé, vagy a "szférikus" és a "pszeudoszférikus" tér. Ilyen terekkel találkozhatunk optikai csalódásoknál, művészi alkotásoknál és kóros esetekben.

Hermann "kongruenciát" keres a különféle topológiai terek és bizonyos lelki jelenségek között. Vizsgálja a depressziós és mániás kedélyállapotot, a jobb-bal tájékozódást és az agresszió különféle térvonatkozásait. A szeretet térvonatkozásait is leírja.

Bizonyos agyi struktúrák organikus vagy funkcionális zavarai is előidézhetnek térszemléleti változásokat. "Términőség regressziót és az érzelmek patológiáját együtt kell tanulmányozni", mondja Hermann. Feltételezte, hogy a térvonatkozások alapos megfigyelése segítséget nyújthat az ösztönök és érzelmek agyi lokalizációjához.

A tanulmány egy 12 éves fiú esetét ismerteti, aki alkalomszerű tájékozódási zavarok miatt került pszichoterápiába. A tünet mögött elfojtott agresszió állt.

A szerző önmegfigyelését írja le az érzelmek tévonatkozásával kapcsolatban, majd egy évekkel ezelőtti játékos kísérletet ismertet. A kettő között kongruenciát talált a "szélsőségesen széli helyzet" tekintetében: az élet peremére sodródott ember számára "megnyílhat a világ".

1. Bevezetés

Volt egyszer egy gonosz manó. Olyan tükröt csiszolt, ami kicsivé zsugorított minden szépet és jót, a gonoszt pedig felnagyította. Az égbe akart felrepülni ezzel a tükörrel, de kicsúszott a kezéből, és millió meg billió darabra törve hullott az emberek közé. Akinek egy porszemnyi szilánk a szemébe került, mindent tozítva látott... Így indul Andersen meséje, a "Hókirálynő".

Böszörményi egyik gyógyszeres kísérleténél (dietiltriptamin) a kísérleti személy az injekció után másfél órával jelentette, hogy a szobát nagynak érzékeli, tágas lett, mindennek van helye, a falak távoliaknak hatnak. 23 perc múlva eufória jelentkezett (Böszörményi, 1959).

Szemléletünk befolyásolja érzelmeinket.

Térszemlélet és indulati élet szoros kölcsönhatását vizsgálja Hermann Imre több munkájában. "Lélek és tér", a Bólyai-tanulmány utolsó fejezete (1945) - "Néhány lelki jelenség tévonatkozása" (1947) - "Az ösztönök és érzelmek térvonatkozása" (1965). A témával már "Az ember ősi ösztönei" című könyvében is foglalkozik (1943).

Cikkem nem vállalkozik a térszemlélet kérdésének átfogó elemzésére, Hermann gondolataiból kívánok tolmácsolni. Ezekhez kapcsolódva egy saját terápiás esetemet ismertetem és egy vizsgálati terv kezdeti eredményeit.

Hermann rendkívül nagy fontosságot tulajdonított a tévonatkozások megfigyelésének, elsősorban a neurológia és lélektan közös határterületének kutatásánál. Saját tapasztalataim alapján úgy látom, hogy a TÉR-rel kapcsolatos megfigyelések az alkotó folyamat és a művészi alkotás vizsgálatához is fontos szempontot adhatnak (Klaniczay, 1992).

Ahhoz, hogy Hermann-nak a térszemléletre vonatkozó gondolatait jobban megértsük, bizonyos *általa használt* fogalmakat át kell gondolnunk.

a) A "topológiára" sokszor hivatkozik Hermann.

A topológia a matematika egyik ága (Péter Rózsa, 1978). Hermann "topológiai szemlélet"-ről abban az ételemben beszél, hogy méretektől független, minőségi jelenségeket vizsgál. - Az üres léggömb felülete például "topológiai szempontból" nem változik meg, bármekkorára fújjuk is fel. - Justné Kéri Hedvig szerint a kisgyermek is topológiailag szemlél: egy nagy baba is "lakhat" kicsi babaházban. Gyermekrajzok aránytalanságai is adódhatnak ebből (ld. Hermann, 1947).

b) A tér fogalma is megvilágításra szorul.

Látóterünk háromdimenziós. A geometriában a háromdimenziós térnek többféle modellezése ismert. Például: az *euklideszi tér* nulla görbületi mértékű, sík felületek vannak benne. Arról a térről van szó, amit "normálisan" látunk. A "szférikus" tér pozitív görbületi mértékű és gömbfelületen ábrázolható. A negatív görbületi mértékű ún. "pszeudo-szférikus" tér trombita, illetve nyeregfelületen ábrázolható.

c) A térszemlélet mozgási elemekkel is összefügg.

A gömbön, a szűkültség miatt, a távolibbnak látszó pontok hamarabb kerülnek mozgáskor a közelünkbe, mint az euklideszi egyenesvonalú síkban. A nyeregszerű képződmények "tágabbterűek", és így a közelinek látszó pontok később kerülnek mozgáskor a közelünkbe. Hermann Helmholz kísérleteire hivatkozik: a kísérleti személyeknél különböző terek illúzióját keltették szemüvegbe épített lencsék segítségével (Helmholz, 1870/1921).

d) Nevezetes topológiai jelenség a csavarással képzett *Möbius szalag*. "Egyoldalú" felület, nincs rajta irányítottság. A "jobb" és "bal" fogalmának nincs értelme. (Csúsztassunk egy kesztyűt a Möbius felületen. Induláskor a hüvelykujj a jobb oldalon van. Visszaérkezéskor a bal oldalon.) (Steinhaus, 1951.)

2. Látóterünk

Látásunk a valóságos térviszonyok visszaadására törekszik, de ez tökéletesen nem valósul meg. Pl. közelben a mérték nagysága nő, a görbe sokszor egyenes, az egyenes itt-ott görbül, a derékszög nem lászik derékszögnek stb. Hermann szerint látóterünk valójában minőségek és nem mennyiségek kontinuuma, és csak jól-rosszul közelíti meg az euklideszi ideált (Hermann, 1947).

Hermann feltételezi, hogy az euklideszi tér tükrözése fejlődési folyamat eredménye. Alacsonyabb fejlődési fokoknak görbült terek feleknek meg, két-három dimenziós, nem-euklideszi terek, mint pl. a Möbius-szalag tere vagy a szférikus, illetve pszeudo-szférikus tér.

Hol találkozunk ilyenekkel? Hermann három példát említ (Hermann, 1947).

a) Geometriai optikai csalódásoknál.

Például megfelelő környezetben a párhuzamos egyenesek görbültnek látszanak (*1. ábra*).

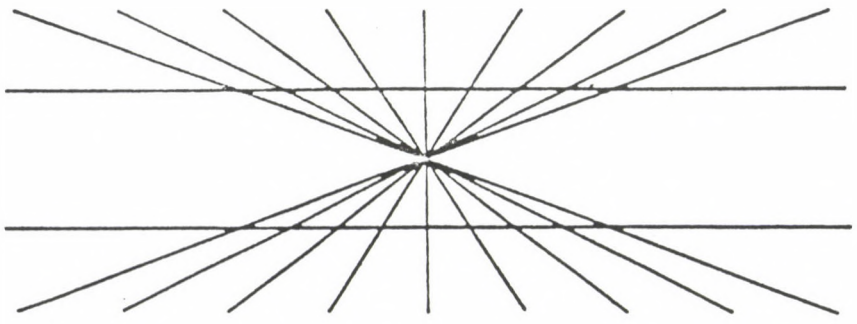
b) Művészi alkotásoknál.

"Az absztrakt művész becsületes lelke mélyéből szól hozzánk, és lelkünk ősi rétegét akarja mozgásba hozni." ... "A művészi alkotások meggyőznek arról, hogy ősi topológiai terek, felületek élnek bennünk, csak tudatra jutásuk elé, a metrikus követelmény miatt, nehézségek tornyosulnak. Művészi elmélyedés azonban az euklideszi síkon éppúgy életre képes őket kelteni, mint a drámák a tudattalan egyéb tartalmait, így pl. az Oidipus-konfliktust." (Hermann, 1947, 105-106. o.)

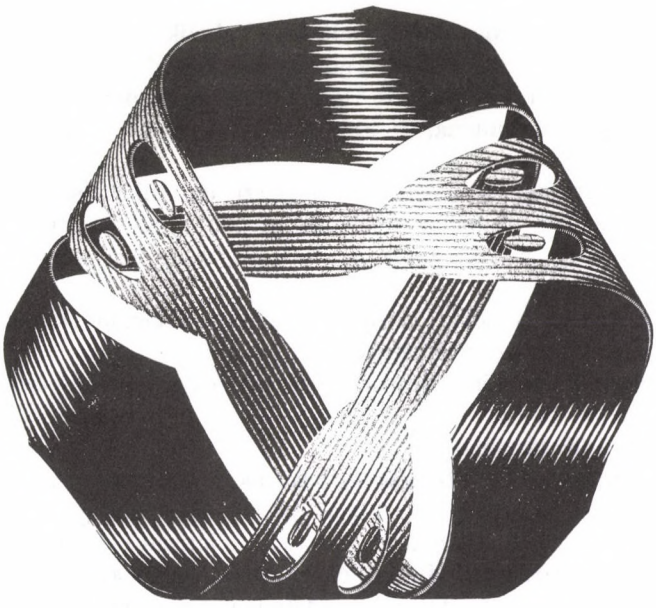
Escher képein láthatunk Möbius szalagot, és nem-euklideszi tereket (*2., 3., 4., 5. ábra*).

c) Kóros esetekben.

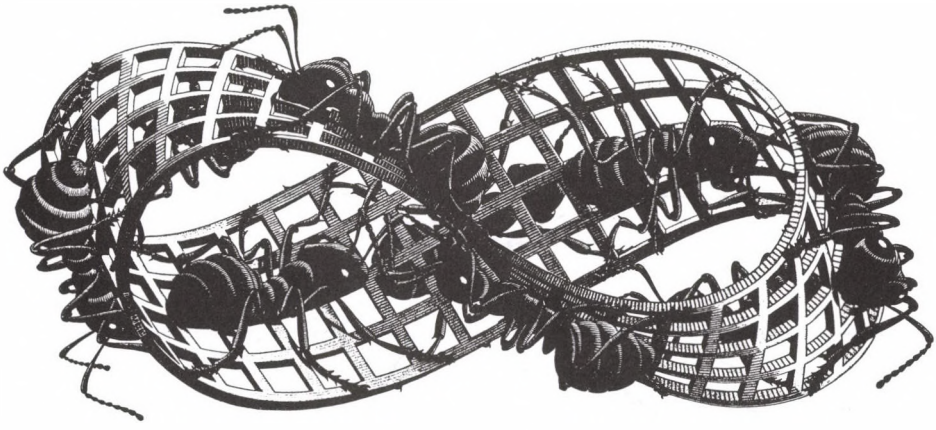
Például Mescalin-mérgezéskor az egyenes görbévé válik, mintha görbe tükörbe néznénk, az emberek képe úgy eltorzul, mintha fényképfelvételnél kezük, lábuk közel esne a lencséhez. A szoba naggyá válik, a folyosó méllyé, a távoli tárgy közelivé (Hermann, 1946).



1. ábra



2. ábra. Möbius szalag I.



3. ábra. Möbius szalag II.



4. ábra. Balkon



5. ábra. Képkiállítás

3. "Kongruencia keresés"

Hermann kongruenciát keres a különféle topológiai terek és bizonyos lelki jelenségek között. A "kongruencia keresés" Hermann egyik legfontosabb tudományos kutatási módszere. Egy pszichológiai jelenség megértésének megkönnyítése céljából vizsgálhatunk egy jelenséget a tudomány teljesen más területéről. A két jelenség közt szerkezeti hasonlóság kell hogy legyen, azaz néhány fontos minőségi jegyben, tulajdonságban kell egyezniük.

Hermann a matematikában használt "hozzárendelés" módszerére hivatkozik. Egy elvontabb fogalmat egy konkrétabb, szemléletesebb fogalom segítségével tanulmányozunk. Például a természetes számokhoz egy egyenes (számegyenes) pontjait rendelhetjük hozzá.

A matematikai "hozzárendelés" egy jól definiált, egzakt eljárás. Hermann nem ezt alkalmazza a pszichológiában, csupán "modellként" használja a maga területén. A "hozzárendelés" a "konkruencia keresés" modellje. Lássunk egy példát:

Binswanger szerint a hipomániás mintha tágabb térben mozogna, minden könnyebben esik a keze ügyébe. Nagy lábon él, hangosan beszél. Számára ugyanaz az ív papír, mely nekünk nagynak tűnik, kicsi, ugyanaz a szociális út, mely nekünk tág, rövid, ugyanaz a lehetőség, mely nekünk végtelen messziről előkapart, számára közelinek tűnő. A depressziós kis lábon él, legszívesebben összekuporodik és szenved a nagy tágasságok, a tágabb szoba miatt (Binswanger, 1933).

A mániás élénk hangulata tág teréből érthető, mondja Hermann, a baj messzebb esik, így elkerülhető, azért mégis minden jót elérhet felgyorsult motoros funkciói segítségével (Hermann, 1945, 1947). Hermann kongruenciát talált a pszeudo-szférikus és a hipomániás kedélyállapot között. (Emlékezzünk vissza arra, amit a különböző terekben mozgó tárgyakról mondtunk a 43. oldalon.)

A depressziós kishitűsége azzal függ össze, hogy térszemlélete szerint a távoli rossz mindig közeli bekövetkezésével fenyegethet, viszont saját motorikus védekezése megbénult. Így kongruencia található a szférikus tér és a depresszió között (Hermann, 1945, 1947).

A depressziósnál az a félelem, hogy a halál, mint minden rossz, idő előtt bekövetkezhetik, feldolgozásában az öngyilkossági fantáziát termeli ki. Az ejaculatio praecox, mint az idő előtti megjelenés egy formája, depresszió következménye is lehet (Hermann, 1947).

4. Az agresszió térvonatkozásai

Hermann kutatásai során behatóan foglalkozott az agresszió kérdésével. Munkájában, az 1946-os előadás bevezető szavai szerint, aktuális indítékot jelentett a történelem. "Az utóbbi évek egyetlen kutatásánál sem hagyhatom figyelmen kívül azt a kérdést, hogy megtudjuk végre, milyen az a vérszomjas, brutális ember, akivel sorsom és sorsunk összehozott, és aki ma is a régi még" (Hermann, 1947, 102. o.).

Az agresszióval foglalkozva, annak különböző térvonatkozásait találta.

a) A szadista egyik ösztöncélja a saját terének tágítása a másik rovására; gúzsba kötés, vagonokba zsúfolás, a "hatalom kiterjesztése" és így tovább. Hermann (1947) szerint a szadizmus pszeudoszférikus jelleget is mutathat.

Az agresszió hatására való kitágulásnak fiziológiai modelljei is vannak, például az emberi hangadáskor. Fónagy Iván: "Érzelmek kifejező mozgása a gége szintjén" c. cikkében ír arról, hogy harag hatására, bizonyos szervi duzzadás következtében, a hangrés beszűkül, a hang megváltozik (Fónagy, 1963).

b) A gyűlölet tárgyának eltávolítására, megsemmisítésére tör. Ennek térbeli kifejezése a háromdimenziós tárgynak a térből való kitessékelése, síkká, ponttá tétele, összemorzsolása. Agresszívv tartalmak: "agyontaposlak", "kitaposom a beledet", "falhoz kenlek". Ezek a törekvések álmokban gyakran megjelennek. Például Hermann egyik nőbetege féltékenysége tárgyát papírvékonynak álmodta. - Hermann Kaffkát is idézi: "Már rég falhoz kentem volna a jogászt, mindig ezt álmodom" (Hermann, 1965, 257. o.).

c) A síkká, pontszerűvé tétel felé vezető út a test megkisebbítésén halad át, és útközben meg is állhat. A kicsinyítés agressziót jelezhet. Például egy fiú messziről közeledni látta apját és anyját. "Nem furcsa, hogy apu oly kicsi, és anyu oly nagy?" Ez a fiú éppen az Oidipus-fázisban volt, és indulati tendenciája volt, hogy apja értékét kicsinyítse (Hermann, 1965). Ferenczi "Gulliver fantáziák" címen foglalkozik a kicsinyítés, nagyítás fogalmaival (Ferenczi, 1927/1964). Swift életrajzából kitűnik, hogy keserű, embergyűlölő volt, egy lány durva megtámadásával is vádolták, nőkkel szemben agresszív lehetett. Térbeli változtatás és agresszió között tehát Swiftnél is összefüggés van (Hermann, 1965).

d) Hermann pszichoanalitikus gyakorlata során arra a feltevésre jutott, hogy a balkezes gyerekek átnevelése jobbkezessé, agressziót fokozó hatású (Hermann, 1965).

Roboz Vera kísérleteket végzett a jobb-bal tájékozódás terhelésével kapcsolatban. Például bal kézzel választás jobb helyett, tükörképpel keltett zavar stb. A változásokat Szondi-teszttel ellenőrizte. A kísérleti személyeknél az ösztönprofil valamennyi tényezője megváltozott, míg a balkezesekből álló kontrollcsoportnál nem volt változás (Hermann, 1946). - A jobb-bal tájékozódási zavar jól szemléltethető a csavart, egyoldalú Möbius szalagon (Hermann, 1946).

Hermann szerint az "átállítás" térszemléleti regressziót okoz. Hermann feltételezi, hogy a csavart felület fejlődéstanilag ősibb, ebből alakult ki az orientált felület. "A csavart felület természetesebb, ősibb volta pedig abban a lélektani jelenségben gyökerezik, mely szerint a görbe egyszerűbb, mint az egyenes, és a biológiai ösztönökhöz tartozó terek, felületek hajlítottak, örvényszerűek." (Hermann, 1947, 108. o.)

Az "örvény" fogalmat, mint ösztönfolyamatok modelljét, Hermann vezeti be az irodalomba (Hermann, 1933).

e) A csavarás is lényeges része a szadisztikus cselekedeteknek. Nyak, végtagcsavarás, kitekerés, agresszív megnyilvánulások. Torzió és agresszió szoros kapcsolatban vannak.

Az agresszió kongruens a csavart Möbius felülettel, ezt pedig a tájékozódási zavarok tereként ismerjük (Hermann, 1947).

Esetismertetés

Egy saját esetemet szeretném ismertetni. Egy 12 éves fiút az Országos Ideg- és Elmegyógyintézet küldött hozzánk, előzőleg két hétig feküdt bent kivizsgáláson, alkalomszerű tájékozódási zavarok miatt. Organikus elváltozást nem találtak, pszichoterápiát javasoltak.

A gyermeknek furcsa tünete volt, eleinte napjában többször is előfordult, és maga is mindig megijedt tőle. Így mondja el: "Hirtelen megfordul a világ. A kép egy pillanat alatt átvált, ami elöl van, jobbra kerül, elfordul hirtelen minden." Ezt a tünetet sokszor próbáltam vele elmagyaráztaztni, mert sehogy sem tudtam elképzelni. Amikor mondta, volt egy sztereotip kézmozdulata (mintha elcsavart volna valamit a levegőben).

Az anamnézisből kiemelem, hogy a gyermek fél az apjától, mert nagyon szigorú. Ritkán veri meg, de akkor brutálisan, szíjjal. A gyermeknek van egy 15 éves bátyja, aki "szeret uralkodni" rajta.

Beszélgetéseink során gyakori téma az agresszió és a kiszolgáltatottság, de különösebb érzelem nélkül beszél ezekről. A szíjjal verésnél, bár érzi az ütéseket, arra gondol, hogy ez nem is vele történik. Az anyja "csak" kézzel veri. "Rosszabb az ideges hangulat, mint a verés" - mondja.

Elbeszéléseiben egyre nagyobb szerepet játszik a bátyja. Nagyon erős, "akkora, mint egy felnőtt". Saját magáról azt mondja, hogy ő a leggyengébb a családban.

A bátyjával emeletes ágyban alszanak, a bátyja kínozni szokta. Kérdeztem, hogy mivel szokta kínozni. Erre csak egyetlen példát mond: felkölti és vizet hozat vele.

Az esettel kapcsolatos kérdésem ez volt: mi történik a viszont-agresszióval? Hova lesz ennek az energiája? A gyermek magatartása ellen nem volt kifogás. Arra gondoltam, hogy a tünetképzésre fordítódik. Feltevésemet a Rorschach-felvétel is támogatta.

A terápia során az elfojtott agressziót próbáltam felszínre hozni, beszélgetéssel, játékkal, dramatizálással. Például vizet is hozattam vele, arra gondolva, hogy a kínzó élmény, a mozdulat közvetítésével, érzelmileg is belekerül a terápiába.

Egy ilyen vízcsap-elzáró mozdulatnál ugrott be számomra az összefüggés. Ez a mozdulat éppen olyan volt, mint amikor a tünetét magyarázta, hogy "elfordul a világ, ami elöl van, jobbra kerül". És abban a pillanatban eszembe jutott Hermann. A torzió és agresszió kapcsolata. - Ezután már csak azon gondolkodtam, hogyan értelmezhetném ezt a gyermeknek is. - Megismételtettem vele a vízcsap-elzárást, és ezt kérdeztem: "Így fordul el a világ is? Arra gondolok, hogy azt is te csinálod, hogy a világ elfordul. Annyira ki vagy szolgáltatva a testvérednek, hogy még csak haragudni sem mersz, amikor bánt. Nem tudod visszabántani, "kitekerni a nyakát", ahogy szeretnéd. Ahelyett, hogy visszabántanád, a saját világodat fordítod el. Beszéljünk nyíltan a te haragodról!"

Ezután az értelmezés után a gyermek tünete megszűnt. Sajnos az agresszió feldolgozására nem volt lehetőségem, mert az anya úgy találta, hogy a gyermek meggyógyult, nincs már szüksége pszichológusra, és tanácsom ellenére elmaradtak.

Néhány hónap múlva azonban az osztályfőnök felhívott, és elpanaszolta, hogy a gyermek magatartása megváltozott: agresszív lett, társait bántja, a munkát zavarja. Ezért került sor a terápia második szakaszára, az agresszió feldolgozására. Ez megerősített

abban, hogy a gyermek tünetének értelmezése helyes volt, ti. hogy a tünetet az agresszió elfojtása okozta. Amikor az agresszió felszínre került, a tünet elmúlt.

5. A szeretet térvonatkozásai

Szeretet és gyűlölet, e két alapérzelem, nem függetlenek egymástól, mindkettő a megkapaszkodás ösztönéből ered, "mely ha finomodik, a simogató szeretetnek ad impulzust, ha eldurvul, a gyűlöletbe vesző agresszivitást táplálja" - mondja Hermann, és az agresszió térvonatkozásai mellett a szeretet térvonatkozásait is megfogalmazza.

"A szeretet megjelenésében a döntő lépés akkor következik be, amikor a gyöngédségi (megkapaszkodási) kapcsolat elveszti a testi érintés szükségességét, és a távolságon keresztül is jelen lehet. Ebben van az a jelleg, ami az emberi nevet követeli..." Hermann szerint minden igaz szeretet a pszeudo-szférikus tér hozzárendelését kívánja, mert a szeretet a "teret tágítja".

A szeretet "kimeríthetetlen" teltséggel jellemezhető (Hermann, 1943/84, 1965). Hermann Shakespeare-t idézi:

> "... kegyem tengerárként
> Szerelmem mélyén úgy buzog szüntelen,
> Belőlük akármennyit kapsz is, egyre
> Többem van, hisz mindkettő mérhetetlen."
>
> *(Shakespeare: Rómeó és Júlia, II. 2.)*

Példaként egy bibliai idézetet is bemutatnék.

Szeretet és teljesség összekapcsolásával találkozunk Mózesnél. Törvényként adja népének: "Szeresd azért a te Uradat, Istenedet teljes szívedből, teljes lelkedből és teljes erődből" (V. Mózes 6:5).

6. Neurofiziológiai összefüggések

"Bár a fenomenológiai és lélektani leíró szemléletnek önmagában is van létjogosultsága, nem lett volna érdemes a térkapcsolatokkal foglalkoznunk, ha nem nyílnék valahol messzebbre is kilátás" - mondja Hermann (Hermann, 1947, 111. o.).

Például a jobb-bal irányok tájékozódási nehézsége gyakran kihozhat szadisztikus, agresszív megnyilvánulásokat. Láttuk, hogy ez azért lehetséges, mert az agressziónak is van térvonatkozása, törekvése ősibb téformákra való visszatérésre, pl. csavart felülettel is kongruálhat.

A jobb-bal irányok tájékozódási zavarai azonban organikus neurológiai szempontból is fontosak, és az okcipitális és perietalis lebeny határfelületének működésével függnek össze. Hermann sok példát hoz a szakirodalomból, melyek szerint az

okcipitalis és parientalis lebeny organikus vagy funkcionális zavarainál térforgatással értelmezhető és a teret felületre átváltó tünetek is jelentkezhetnek.

Hermann ezt mondja: "Neurológiai példák más oldalról támasztják alá, hogy az érzelmek jellegzetes tulajdonságai ősi terminőségekkel párhuzamosan fejlődtek ki. Az ősi, szabad terek képződése ugyanazon agyi részek közvetítésével történik, mint az érzelmeké" (Hermann, 1947).

"Terminőség regressziót és az érzelmek patológiáját együtt kell tanulmányozni" - mondja Hermann. - "Minden pszichiátriai és pszichopatológiai esetet meg kell vizsgálni, hogy milyen a kapcsolata topológiailag megjelölhető terekkel, melyeket kíván, melyekben mozog, melyeket rajzol előszeretettel, melyek esnek ki a szemléletéből..." (uo. 113. o.).

"Ki kell kutatni az organikus térszemléleti zavarban szenvedők rejtett ösztönéletét, és megállapítani minden érzelmi megnyilvánulás sajátos téfiziognómiáját." (Uo. 113. o.)

"Ez szép módszere lehet a diagnosztikában, és egyúttal a lelki jelenségek értelmezésének új modellje" (uo. 113. o.).

Hermann feltételezte, hogy az ösztönök és érzelmek agyi lokalizációjához a térvonatkozások alapos ismerete nyújthat segítséget.

7. Gondolatok Hermann témákra

Vannak élethelyzetek, amikor úgy érezzük: elfogyott a tér. És vannak felejthetetlen pillanatok, amikor átéljük, hogy egyre jobban, mintegy "koncentrikusan bővülő körök formájában", szinte a végtelenségig kitágul.

Hermann tanár úr gondolatai jutnak eszembe, mikor elmondom erre vonatkozó önmegfigyelésemet.

Egyszer, percek leforgása alatt, átéltem annak a lehetőségét, hogy gyermekem a kezemben meghal, és nem tehetek semmit az életéért. Az élet és a halál rémítő közelségbe került egymással. Utólag, Ady soraira kellett gondolnom:

"Élet és Halál: majdnem egyek,
Nagy rokonok, nagy különök,
Két orcámon egyszerre csattant
Forró, vitázó csókotok..."

(Ady: Első szeretőm ölében)

Cselekvési lehetőségeim határán túl, "nincs tovább" állapotban járkáltam a klinika folyosóján. Nem voltak érzelmeim, gondolataim, csupán valami elviselhetetlenül rossz fizikai érzet, amit nem tudtam lokalizálni. Valami iszonyú tér-hiány érzet volt. Úgy fogalmazódott meg bennem, hogy kőpadlón fekszem, a padlóra szorosan illszkedő deszkaburkolat alatt, a köztük lévő térben. Hosszú ideig ez a kép volt az egyetlen gondolatom. Nem tudom, mennyi idő telhetett el, mert az időérzékem nem működött.

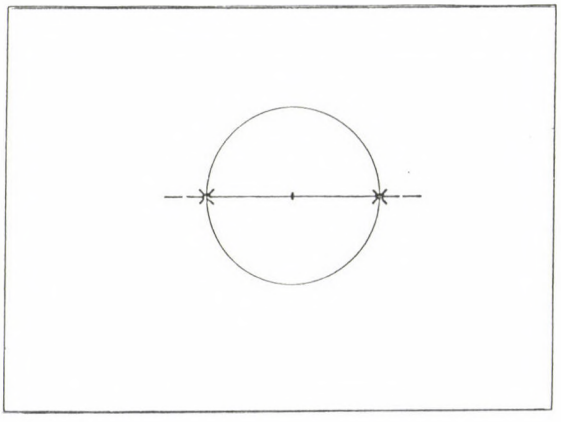
Egyébként láttam és hallottam, és mindent tudtam, ami körülöttem történik, csak kívül voltam mindenen.

A folyosó végén egy ápolt mosta a lépcsőt. Kis termetű, pongyolás öregasszony. Munkaterápia. Egyszercsak odajött hozzám: "Maga nagy bajban van, ugye?". "Igen - feleltem -, nagy bajban vagyok." "No, nem kell félni" - mondta. Jelentősen nézett rám, mint aki "tudja a dolgokat". Látszott a tekintetén, hogy beteg. Mellettem állt, és én, "a deszka alól", felnéztem rá. Úgy éreztem, hogy közel vagyunk egymáshoz, mindketten valahol az élet peremén, s egy pillanatra találkoztunk. Egy "normális" és egy "elmebeteg". És azt gondoltam, hogy nincs éles határ.

Ő visszament, és mosta tovább a lépcsőt, én pedig egyre növekvő kíváncsisággal figyeltem a bennem jászódó folyamatot. Felegyenesedtem, mélyen beszívtam a levegőt, és azt éreztem, hogy "van hely". Azt éreztem, hogy mozoghatok, és hogy emberek vannak körülöttem. Mintha "megnyít volna a világ". És közben érzelmeim is lettek: valami nagy meghatódás-féle érzés, amit akkor így fogalmaztam meg: "ha az elmebetegek is tudnak szeretni, akkor érdemes élni". A "korlátozottság" félelmes gondolatát a "határtalanság" gondolata oldotta fel.

Ezek a gondolatok eszembe hozták egy évekkel ezelőtti, játékos kísérletezésemet, ami végül is játék maradt, mert abbahagytam, és így nem juthatott el a "tudományos kísérlet" fokára. Most mégis elmondok egyet-mást erről, mert bizonyos szempontból összevág mondanivalómmal. Nem bizonyításul, hanem szemléltetésül használom fel.

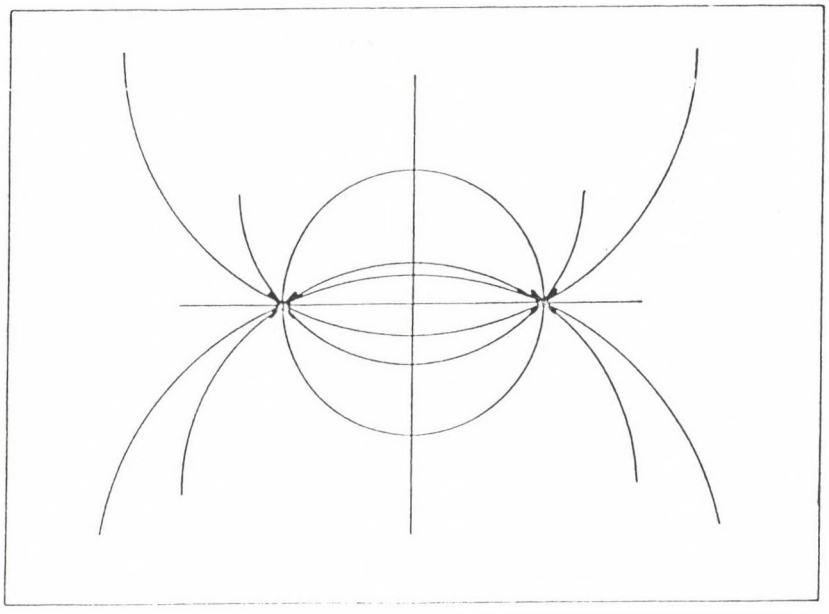
Volt egy nagyon kedves páciensem, első gimnazista fiú, dadogás miatt járt hozzám. Egyszer elmesélte, hogy milyen bajban volt a számtanórán. Kihívták a táblához, a tanárnő felrajzolt két pontot, és kérte, hogy rajzoljon köröket, amik átmennek mind a két ponton. Ő egyet azonnal meg is rajzolt (azt a kört, amelynek a két pont éppen az átmérőjére esik) (*6. ábra*), de többet nem tudott. A tanárnő megharagudott, mondta, hogy ezt már illene tudni, hisz nemrég tanulták, hogy két ponton végtelen sok kör halad át. Akkor a



6. ábra

fiúnak hirtelen ötlete támadt: "Tudok végtelen sok kört, ami átmegy ezen a két ponton, de azokat nem lehet felrajzolni a táblára, ahhoz "ki kell lépni a térbe". Ezt a kört el kell forgatni az átmérő körül!" A tanárnő nem ezt a választ várta, de nem adott egyest, és megmutatta a tanult megoldást (*7. ábra*). Mire ő felkiáltott: "Ó én hülye, hiszen ezt tudtam!" Mikor mindezt, dramatizálva, elmondta nekem, indulattal fűtött hangon megkérdezte: "Tessék mondani, mi lehet az emberben, ami nem engedi, hogy eszébe jusson, amit tanult? Miért ragaszkodik az ember annyira "ahhoz" a körhöz, hogy még a térbe is kilép inkább?" Én azt feleltem neki, hogy nem tudom. Nem tudom azt sem, hogy "az ember általában" ragaszkodik-e ahhoz a körhöz, amihez ő ragaszkodott. Ezt előbb tudományosan meg kellene vizsgálni.

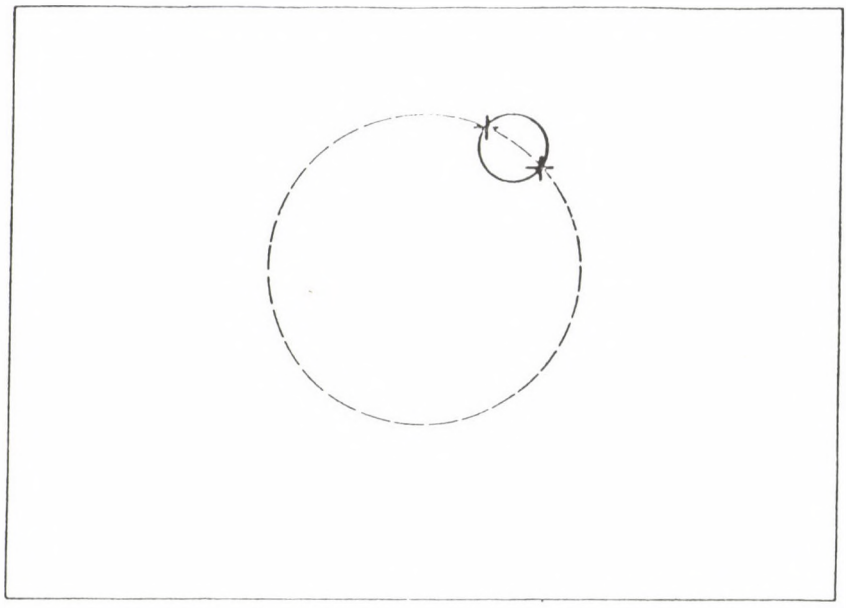
A gyermek kérdésfelvetését magamévá tettem - kicsit szuggesztíven is hatott rám -, én is úgy éreztem, hogy "az ember" "ragaszkodik" "ahhoz" a körhöz.



7. ábra

Ezután különböző, igen egyszerű kísérletsorozatokat végeztem sok emberrel. Legtöbben "azt a bizonyos" kört választották.

Az alapkísérlet instrukciója ez volt: "Rajzolj egy olyan kört, ami átmegy a két ponton!" A papíron a két pontot úgy helyeztem el, hogy a papír közepe és az arányos méret inkább egy másik kör felé csábítson (*8. ábra*, szaggatott vonal). A többség így oldotta meg (*8. ábra*, fekete vonal):



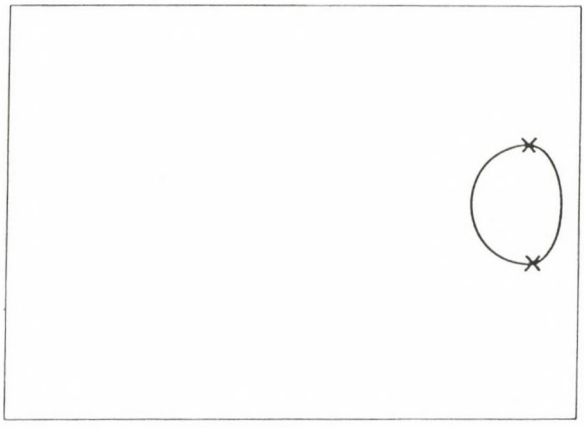
8. ábra

Néhány barátomtól meg is kérdeztem, hogy miért éppen azt a megoldást választották. Ilyen válaszokat kaptam: "Mert ez a szimmetrikus helyzet." - "Mert ez a "legkézenfekvőbb" megoldás." - "Mert így a középpont a tengelyen van, és ez "jobb érzés"." (A páciensem is tulajdonképpen a tengelyhez ragaszkodott.) - "Mert egyszerűbb megcsinálni: ha az ember a felén túljut, a másik fele már könnyű."

Én ezt gondoltam: "Mert ez a "legvédettebb" helyzet." A ember tudattalanul a középponttal azonosít, és ez akkor van a "legbiztonságosabb" helyen, ha a lehető legközelebb van a két ponthoz. A két pont "védi", "fogja" a tengelyen levő középpontot. Az emberben a biztonságkeresési vágy olyan erős, hogy esztétikai vagy racionális szempontokat is mellőz miatta, és így nem használja ki megfelelően a lehetőség adta teret, a papír síkját, a feladat végrehajtásakor. Szerintem, itt a megoldásba a megkapaszkodás problémája erősen belejátszik.

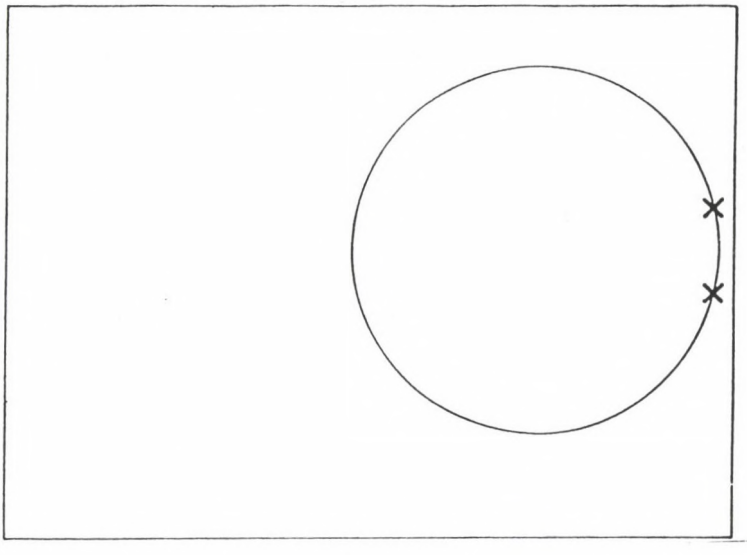
Ezekből a gondolatokból általános következtetést nem vontam le.

Többekkel elvégeztem egy kísérletsorozatot három papírral. Az első oldal ugyanaz volt, mint előzően. A másodikon a két pontot úgy helyeztem el, hogy az előző módon ne lehessen jó kört rajzolni. Ezzel a helyzettel próbáltam provokálni másik megoldást. Érdekes volt, hogy még ebben a helyzetben is ragaszkodtak az emberek az előző elképzeléshez. Inkább "krumplit" rajzoltak, és azt mondták: "Képzeljük ezt a krumplit körnek!" (*9. ábra*).



9. ábra

A harmadik papíron egy olyan szélsőséges helyzetet választottam, hogy a feladat, az előző módon, még "szimbolikusan" se legyen megoldható. Magamban "nincs-megoldás-helyzet"-nek neveztem el. Egy-ketten visszaadták a papírt, hogy ezt nem lehet megcsinálni, többen szemrehányóan mosolyogtak, "cselt" sejtve. Valaki ezt mondta: "Mi az, le akarsz szorítani a térképről?" - majd hirtelen a homlokához kapott, és diadalmasan megrajzolt egy lehetséges nagy kört (*10. ábra*).



10. ábra

Ezt a tapasztalatot "általános emberi"-nek tartom, és így fogalmazom meg: szélsőségesen széli helyzetben néha a tér kitágul.

"Amikor Andrej herceg, zászlóval a kezében, elzuhan az austerlitzi csatatéren, így gondolkodik:

"Mi az? Elesem? Megrogy a lábam" - gondolta, és már hanyatt is esett. Kinyitotta a szemét: azt remélve, meglátja, hogyan végződött a franciák meg a tüzérek tusája: szerette volna tudni, leszúrták-e a rőthajú tüzért, elfoglalták-e az ágyúkat vagy sikerült-e megmenteni őket. De nem látott semmit. Nincs már felette semmi, csak az ég, a magas ég: nem derült, de mégis mérhetetlenül magas, és szürke felhők úsznak rajta csendesen. "Milyen csendesen, nyugodtan, ünnepélyesen, egészen másképp, mint ahogy én futottam - gondolta Andrej herceg -, egészen másképp, mint ahogy mi futottunk, kiabáltunk a rekedésig; egészen másképp, mint ahogy dühös és ijedt arccal az a francia meg az a tüzér rángatta egymás kezéből a tisztítóvesszőt - egészen másképp úsznak a felhők ezen a végtelen, magas égen. Hogy nem láttam én meg azelőtt ezt a magas eget? De boldog vagyok, hogy végre megismertem!" (Tolsztoj, L.: Háború és béke, I. k., III/19.)

Az elmondottakban egy személyes élményemre utaltam az ösztönök és érzelmek térvonatkozásával kapcsolatban, majd egy évekkel ezelőtti játékos kísérletezésemet ismertettem. A kettő között kongruencia mutatkozott a "szélsőségesen széli helyzet" tekintetében. A feladatot végző ember észreveheti, hogy "mennyi hely" van még a papíron, az "élet peremére" sodródott ember számára "megnyílhat a világ".

IRODALOM

Binswanger, L. (1933). *Ideenflucht*. Niehaus, Zürich. (Id. Hermann, 1947.)

Böszörményi Z. (1959). Megfigyelések egy új révületkeltő anyag hatására. *Orvosi Hetilap, 100*, 641-647. (id. Hermann, 1965.)

Escher, M. C. (1973). *The Graphic Work of M. C. Escher*. Hawthorn-Ballantine-Books, New York.

Ferenczi, S. (1964). Gulliver-Phantasien (1927). *Bausteine für Psychoanalyse, Band III*. Hans Huber, Bern.

Fónagy I. (1963). Érzelmek kifejező mozgása a gége szintjén. *Magyar Pszichológiai Szemle, 20*, 206-216.

Helmholz, H. (1921). Über den Ursprung und die Bedeutung der geometrischen Axiome, 1870. *Schriften zur Erkenntniss-Theorie*. Herz-Schlick, Berlin. (Id. Hermann, 1945.)

Hermann I. (1933). A tudattalan és az ösztönöknek örvényelmélete. In: *Lélekelemzési tanulmányok*. Somló Béla, Budapest, 41-54.

Hermann I. (1943). *Az ember ősi ösztönei*. Pantheon, Budapest; Magvető, Budapest, 1984.

Hermann I. (1945). *Bólyai János*, IV. fejezet. Anonymus, Budapest.

Hermann I. (1946). Psychopathologiai és ösztöntani vizsgálatok. *Az Orvosok Lapja, 9*, 1-8.

Hermann I. (1947). Néhány lelki jelenség térvonatkozása. *Magyar Pszichológiai Szemle, 16*, 102-114.

Hermann I. (1965). Az ösztönök és az érzelmek térvonatkozása. *Pszichológiai Tanulmányok, VII.* Akadémiai, Budapest, 255-265.
Justné Kéri H. Személyes közlés. Hermann, 1947.
Klaniczay S. (1992). A "SZÉP megjelenése" az analitikus gyermekpszichoterápiában. In: *Esetek a gyermekpszichoterápia területéről.* Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskola, Budapest, 128-134.
Péter Rózsa (1978). *Játék a végtelennel.* Tankönyvkiadó, Budapest, 42-48.
Roboz Vera. Id. Hermann, 1946.
Steinhaus (1951). *Matematikai kaleidoszkóp.* Művelt Nép, Budapest.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. március 20.

SUMMARY

Space and psyche (On the basis of Herman's oeuvre)

Klaniczay, Sára

Our perception has an influence on our emotions, due to our emotions our perception can change. Imre Hermann studied the interaction between visual space perception and emotional life in several of his works.

According to Hermann's hypothesis the reflection of the Eucledian space in our visual field is a result of a developmental process. Curved spaces like that of the Möbius strip or the "spheric" and the "pseudo-spheric" space correspond to lower levels of development. We can meet spaces like these in our every-day life in optical illusions, in works of art and in pathological cases.

Imre Hermann searched for "congruency" between the different kinds of spaces and certain psychological phenomena. He examined the states of depression and mania, the right-left orientation and the spatial aspects of aggression. He also described the spatial aspects of love.

In case of organic or functional distubances of certain brain-structures the visual space perception might change. "The regression of spatial qualities and the pathology of emotions have to be studied together" Hermann says. He supposed that the thorough observation of spatial exprience might help to localize the instincts and emotions within the brain.

The author reported the case of a 12-year-old boy who had orientational disturbances and was cured by psychotherapy. Repressed aggression was find behind the syndrome.

A personal experience concerning the spatial aspects of emotions is also related, then a series of experiment carried out many years ago is reported. Between the two there is a certain congruency in connection with the "extremely marginal position": for the one who has shifted to the margin of life "the world may open".

A HÁZASPÁROK SZEMÉLYISÉGE ÉS A HÁZASSÁG JÓSÁGA*

VARGHA ANDRÁS

ELTE, Általános Pszichológiai Tanszék

A házasfelek személyiségének jelentőségét a házasság alakulásában empirikus adatokkal a 30-as évek óta végzett longitudinális házaspárvizsgálatok tárták fel. Ezek együttesen azt támasztják alá, hogy a házasfelek személyisége lényegesen erősebb befolyást gyakorol későbbi kapcsolatuk alakulására, mint a szociológiai háttértényezők. E vizsgálatokban azonban csupán verbális személyiségteszteket, illetve külső megfigyelők verbális jellemzéseit alkalmazták, teljesen mellőzve a projektív teszteket, a személypercepciós eljárásokat és az egyéni mélyinterjúkat, melyek a párválasztásban, illetve a párkapcsolat alakulásában szintén jelentős szerepet játszó, s a személyiség mélyebb rétegeit képező jellemzőkről nyújthatnak hasznos információkat. A jelen tanulmányban ismertetésre kerülő vizsgálatban különböző házaspári csoportokat hasonlítottunk össze verbális tesztek (CPI és Coping-teszt) és egy nemverbális személyiségteszt (Szondi) segítségével abból a célból, hogy megállapíthassuk: milyen összefüggés van a házasfelek személyisége és házasságuk alakulása között. A kapott eredmények meggyőzően alátámasztják azt a feltételezést, hogy a házasfelek személyisége szoros összefüggésben van házasságuk minőségével. Adataink szerint jó házasságban a felek emocionális stabilitása és szocializáltsága nagyobb, szorongásra való hajlama, énbizonytalansága és konfliktusok esetén az emóció fókuszú reagálás gyakorisága pedig kisebb, mint a mindkét fél részéről negatívan minősített kapcsolatokban. A házasság jóságát erősíti továbbá, ha a feleségben az átlagosnál magasabb a felelősségtudat, a jó benyomás keltés igénye, valamint az extrinzik teljesítménymotiváció, és gyengíti, ha a feleség intellektuális önmegvalósításra, illetve függetlenségre való igénye túlságosan magas.

A házaspári kompatibilitás problémakörében két egymástól élesen eltérő irányzatot ismerünk (Doherty és Jacobson, 1982; Kelly és Conley, 1987). Az egyik szerint a házasságok jósága elsősorban a felek egyedi vonásain, tulajdonságain múlik, s ezt a véleményt leginkább a pszichoanalízis és a vonáselméletek hívei vallják. Szerintük a két összeházasodó egyén személyiségétől függ, hogy a házastársi kapcsolat stabil és kölcsönösen kielégítő, vagy pedig törékeny és mindkét részről sérelemmel teli lesz-e. Számos szerző a neuroticitást, azaz a neurózisra való hajlamot tartja a házasság megromlásával leginkább összefüggésben lévő személyiségvonásnak.

* A tanulmány elkészítését az MTA-Soros Alapítvány és a 2256. sz. OTKA-3 pályázat támogatta.

A másik irányzat a házaspári történések magyarázatát elsősorban interperszonális tényezőkben keresi, s ez a felfogás a viselkedésorientált családterapeuták között a legnépszerűbb. E felfogás hívei szerint a megromlott házasságok oka az, hogy diszfunkcionális viselkedésmintázatok alakulnak ki, amelyekben a büntető jellegű aktusok aránya jóval nagyobb a jutalmazókénál. A csüggeteg házasfelek híján vannak a legalapvetőbb szociális készségeknek, ami miatt gyakoriak közöttük a mindkét félben negatív érzéseket kiváltó inadekvát viselkedésformák és interakciók. Az ilyen párok diszfunkcionális kapcsolata Jacob (1975) szerint legkirívóbban a következő négy dimenzió mentén mérhető: (1) a reagálás módja konfliktusos helyzetben, (2) a hatalom megosztása a pár két tagja között, (3) az érzelmek, indulatok kifejezésének módja és (4) a kommunikációk világossága, egyértelműsége.

Az újabb tapasztalatokat és empirikus megfigyeléseket is figyelembe véve Seywert (1990, 27. o.) a következőképpen foglalja össze azokat a területeket, ahol a legszembeötlőbbek a funkcionális és a diszfunkcionális családok közötti különbségek:

- a családi kohézió;
- az érzelmi légkör;
- a kommunikációk mennyisége és milyensége;
- a feszültségek és konfliktusok kezelésének stratégiái;
- a közeledés és távolodás dinamikus játéka;
- az egyes generációk közötti világosan hierarchizált struktúrák megléte vagy hiánya;
- az a funkció, amelyet a gyermekek betöltenek a szülők számára;
- a változás és a növekedés lehetősége a családi életciklus különböző szakaszain;
- a családon kívüli szociális kapcsolatok minősége és mennyisége;
- a külvilágból érkező információk kezelésének a módja.

A két irányzat érvelése Kelly és Conley (1987) szerint jól összebékíthető. E két szerző ugyanis úgy látja, hogy a második irányzat által megragadott interperszonális történések úgy is felfoghatók, mint az első irányzat által hangsúlyozott személyiségfaktorok indukálta folyamatok. Eszerint a felek egyikének vagy mindkettőjüknek a neurotikussága lenne az az ágens, amely felelős lenne a megromlott kapcsolatokra jellemző diszfunkcionális viselkedésminták kialakulásáért. Lényegében ezt állítja Virginia Satir is, amikor a sikertelen párválasztásért és a hibás párközi kommunikációk kialakulásáért egy tipikusan neurotikus vonást, a felek alacsony önértékelését teszi felelőssé abban az esetben, ha az magas elvárásokkal együtt lép fel, miközben a partnerrel szembeni bizalom hiányzik (Satir, 1967:8-19).

A házasfelek személyiségének jelentőségét a házasság alakulásában empirikus adatokkal a 30-as évek óta végzett longitudinális házaspárvizsgálatok tárták fel. 1987-ben Kelly és Conley 7 ilyen munkát tudott felsorolni.

(1) Adams (1946) 100 párt vizsgált meg a házasságuk előtt verbális személyiségteszt segítségével, majd a házasságkötés után 2-3 évvel a felek saját beszámolója alapján minősítette a házastársi kapcsolat jóságát. Eredményei szerint a

házasság előtt mért emocionális labilitás és ingerlékenység a házasság jóságával szignifikáns negatív korrelációban volt.

(2) Terman és Oden (1947) 7-14 éves tehetséges gyerekek önkitöltős verbális teszttel mért emocionális stabilitását vetette össze 18 évvel későbbi házasságuk boldogságával. A kapcsolat mind a két nemre vonatkozólag szignifikánsan pozitívnak bizonyult.

(3) Burgess és Wallin (1953) a házasság előtt kitöltött Thurstone-féle Neurózis Kérdőív (Thurstone Neurotic Inventory) skáláját a házasságkötés után 3-5 évvel mért házassági alkalmazkodás skálájával vetette össze, és szintén a várt irányú korrelációkat kapta mindkét nem esetében.

(4) Uhr (1957) eredményei szerint a házasságkötés előtt felvett Bernreuter Személyiségteszt (Bernreuter Personality Inventory) neurózis skálája 18 évvel későbbi házasságuk boldogságával szignifikáns pozitív korrelációban volt a férjek mintájában, míg ugyanez a feleségek mintájában nem volt megfigyelhető.

(5) Vaillant (1978) azt találta, hogy a házastársi kapcsolat jóságának alacsony szintje szoros kapcsolatban volt egyes pszichopatológiai és a gyenge szociális alkalmazkodásra utaló jegyekkel. Vizsgálatai szerint az egyetemista korban mért félénkség és a szociális alkalmazkodási zökkenők jó előrejelzői a későbbi problematikus házassági kapcsolatnak.

(6) Bentler és Newcomb (1978) 162 frissen házasságot kötött párt vizsgált meg a Bentler Pszichológiai Kérdőív (Bentler Psychological Inventory) segítségével. Közülük 77 párral sikerült 4 évvel később felvenni a kapcsolatot és két kérdőív segítségével információt szerezni arról, miként alakult a házasságuk és hogy mennyire vannak/voltak megelégedve vele. A 77-ből ekkor már 24 pár elvált vagy különélt. Bentlerék vizsgálatának eredményei röviden az alábbiak szerint összegezhetők.

(a) A házasság alakulása lényegesen jobban függ a pár teszttel azonosított személyiségjegyeitől, mint a szociológiai háttértényezőktől (kor, testsúly, testmagasság, iskolázottság, foglalkozás, korábbi válások és gyerekek száma, illetve a szülők válási adatai). A házasság jósága szignifikáns pozitív korrelációban volt a férjek introverziójával és megfontoltságával, a feleségek adataival pedig a következő összefüggést mutatta. Minél jobb és problémamentesebb volt a házasság, annál nagyobb mértékben jellemezték magukat a feleségek a házasság indulásakor objektívnek, az öltözködésre odafigyelőnek és stabilnak, viszont annál kevésbé érezték úgy, hogy ambíciózusak, művészetkedvelők és intelligensek. A szociológiai adatok közül a házasság jósága pozitívan korrelált a férj és a feleség korával, valamint a feleség előző kapcsolataiból származó gyermekeinek a számával.

(b) A házasság 4 évvel későbbi jóságának mértékét (a házasság kezdetekor feljegyzett adatokból) legjobban bejósló regressziós egyenletben pozitív súllyal szerepelt a feleség öltözködési gondossága, objektivitása, maszkulinitása és előző kapcsolataiból származó gyermekeinek a száma, a férj takarékossága és megfontoltsága, továbbá negatív súllyal szerepelt a férj rendszeretete és flexibilitása, illetve a feleség intelligenciája és ambíciója. E kiválasztott változók és a házasság jósága közti többszörös korrelációs együttható 0,70 volt.

(c) Az együttélő párok mintájában a férj és a feleség közti korrelációs hasonlóság határozottan nagyobb, mint az elvált, illetve különélő párok mintájában. Szignifikánsan pozitívabb volt a korreláció az együttélő párok mintájában az életkor, az attraktivitás, a művészetkedvelés és az extraverzió tekintetében. Csupán egy változó, az öltözködési gondosság tekintetében volt fordított a viszony (itt a férj és a feleség értéke közti korreláció a később elváltak csoportjában 0,52 volt, míg az együttélők mintájában csak 0,02).
(d) 19 különböző konfliktusterület közül 13 különítette el szignifikánsan az együttélő párokat az elváltaktól. Ezek közül 12 esetben az elváltak jeleztek nagyobb mérvű konfliktust (a 12 terület: érzelmek kölcsönössége, házasságtörés, barátok, önzőség, anyagi dolgok, egymásrafigyelés, függetlenség, támogatás hiányolása, szexualitás, egyéni karrier, kábítószerezés, civakodás), egy esetben pedig az együttélők (a betegség-egészség területén).

(7) Markman (1979, 1981) viszonylag kevés számú pár életét tudta nyomon követni a házasságkötéstől számított 5 éven keresztül. Vizsgálatában arra az eredményre jutott, hogy a házasságkötés előtt megfigyelt büntető jellegű kommunikációs minták alapján alacsony szintű megelégedettséget lehetett előrejelezni a későbbi házaséletre vonatkozóan.

A mindmáig leghosszabb, legalaposabb és legtöbb párt felölelő vizsgálat Kelly és Conley (1987) nevéhez fűződik. Vizsgálatukban 1935-38-tól kezdve mintegy 300 pár életútját követték nyomon az 1980-as évekig, megvizsgálva e házasságok stabilitását és a felek házasságukat illető megelégedettségét mind a házasság első két évtizedében, mind később. A házasságkötés előtt minden párral személyiség- és attitűdvizsgálatokat végeztek, valamint feljegyezték a szociális háttér fontosabb mutatóit is (a szülői család pszichoszociális stabilitása és érzelmi légköre; nonkonformizmus, illetve alkalmazkodási és beilleszkedési zavarok a felnőtté válás előtt; a szülői család vallásossága stb.). A vizsgálatban résztvevők személyiségének megbízhatóbb megismerése érdekében a párokat több ismerősükkel is jellemeztették, s elsősorban ezeket az adatokat vetették össze a házasság későbbi alakulásával. A 300 pár közül 22 felbontotta a jegyességét és nem lépett házasságra. A 278 házasságot kötött pár közül 29-től nem sikerült információhoz jutni a kapcsolatuk alakulásáról, így a feldolgozás alapját 249 pár képezte. Ezek közül 1980-ig 50-en váltak el (39-en 1955 előtt, 11-en pedig 1955 és 1980 között).

A Kelly-Conley vizsgálat eredményei röviden a következők.

(a) Azok a férfiak, akik viszonylag hamar elváltak, a stabil házasságban élőkkel szemben határozottan neurotikusabbak voltak, impulzivitás kontrolljuk alacsonyabb volt, attitűdjeikben kevésbé voltak konvencionálisak és puritánok, valamint több házasság előtti szexuális tapasztalattal rendelkeztek. A hamar elváló nők a stabil házasságban élőkkel szemben szintén neurotikusabbak voltak. Szülői családjukban több feszültség uralkodott, a család kohéziója lazább, érzelmi egyensúlya pedig labilisabb volt. Ezek a nők kevésbé voltak puritánok és több házasság előtti udvarlási és szexuális tapasztalattal rendelkeztek.

(b) Számbavéve azokat a változókat, amelyek az együttélő párok mintájában legalább 1 %-os szinten szignifikánsan korreláltak a házasságra vonatkozó megelégedettséggel, először is azt állapíthatjuk meg, hogy férfiaknál az igen késői (a házasságkötés után 35 évvel mért), illetve nőknél a korai (a házasságkötés után 1-5 évvel mért) megelégedettség egyetlen házasság előtti mutatóval sem volt számottevően szoros kapcsolatban. Ugyanakkor férfiaknál a korai és a házasságkötés után 20 évvel mért megelégedettség

egyaránt szignifikáns negatív kapcsolatban volt a saját neurotikussággal, s ez utóbbi megelégedettség még pozitívan korrelált a házasság előtt mért kedvességgel (barátságossággal), valamint a konvencionális családi attitűddel. Nőknél mind az 1955-ben, mind az 1980-ban mért házassági megelégedettséget illetően ugyancsak erős negatív korrelációt tapasztaltak a házasság előtti saját neurotikussággal, hasonlóképpen a szociális ideálokkal szembeni nonkonformitással, s pozitív korrelációt a szülői család érzelmi bensőségességével. Az 1955-ös megelégedettség emellett még erős negatív kapcsolatban volt a szülői család feszültségszintjével is.

(c) A házasság jóságát a házasság előtti adatokból legjobban bejósló regressziós egyenletben a három legfontosabb prediktor változó a férj és a feleség neurotikussága, valamint a férj impulzivitás kontrollja volt (az első kettő negatív, a harmadik pedig pozitív súllyal). Ezt további 14 egészítette ki, amelyekkel együtt a bejóslás többszörös korrelációs együtthatója 0,38-ról 0,49-re emelkedett. Ezek közül a lényegesebbek (zárójelben az összefüggés iránya): a feleség családjának pszichoszociális instabilitása (-), a férj családjának feszültségszintje (-), a feleség családjának bensőségessége (+), és a feleség családjának feszültségszintje (-).

A legújabb követéses házaspárvizsgálatokban (pl. Fincham és Bradbury, 1987; Markman, Floyd, Stanley és Storaasli, 1988; Gottman és Krokoff, 1989) a hangsúly a házasfelek személyiségéről és családi körülményeiről eltolódni látszik a pár interakciós jellemzőinek az irányába.

Az eddig publikált longitudinális házaspárvizsgálatok eredményei együttesen azt támasztják alá, hogy a házasfelek személyisége lényegesen erősebb befolyást gyakorol későbbi kapcsolatuk alakulására, mint a szociológiai háttértényezők. A házasság kimenetelére az egyes személyiségvonások közül erősen negatív hatása van a férj és a feleség neurotikusságának, illetve emocionális labilitásának, a torzult kommunikációs mintázatoknak, valamint a férj kontroll nélküli impulzivitásának. A házasság jóságát erősítheti viszont, ha a férj megfontolt és introvertált típusú és ha mindketten pozitívan viszonyulnak a konvencionális családi értékekhez. Végül megemlítendő, hogy a házasság kimenetelére némi hatást a szülői család érzelmi légköre, bensőségessége és feszültségszintje is gyakorol.

Meg kell azonban jegyeznünk, hogy az említett vizsgálatokban alkalmazott személyiségváltozók a személyiségdiagnosztikában használtaknak csak egy jól körülhatárolható részét alkotják: ezek a verbális személyiségtesztek skálái, illetve a személyiség külső megfigyelő által jól azonosítható jellemzői. Nem szerepelnek köztük sem projektív tesztek (Rorschach, TAT stb.), sem személypercepciós eljárások (pl. a Szondi-teszt), sem egyéni mélyinterjúk, amelyek a párválasztásban, illetve a párkapcsolat alakulásában minden bizonnyal szintén jelentős szerepet játszó, s a személyiség mélyebb rétegeit képező jellemzőkről (rejtett érzelmekről, motívumokról, vágyakról és konfliktusokról, illetve verbálisan meg nem ragadható választási attitűdökről) informálhatnának. Persze érthető, ha a tesztekkel szemben általában igen magas pszichometriai kritériumokat megkövetelő angolszász kutatók ódzkodnak ezen pszichometriailag kevésbé kimunkált és hitelesített eljárások alkalmazásától. Mindamellett elképzelhető, hogy e tesztek egészen más jellegű - esetenként ellentétes - összefüggésekre is fényt deríthetnek. Hasonlóképpen, mint Winch, aki az ötvenes években

éppen ilyen módszerekkel mutatta ki empirikusan, hogy a párválasztásban a hasonlósági paradigma mellett fontos szerepet játszhat a komplementaritási paradigma is (Winch, Ktsanes és Ktsanes, 1955; Winch és More, 1956; Winch, 1958). S végül arra is gondolnunk kell, hogy éppen az ilyen empirikus vizsgálatokban való alkalmazás segíthetné e kevésbé megbízhatónak tartott eljárások érvényességének a tisztázását.

A házasfelek személyisége és a házasság minősége közötti kapcsolat elemzésére gyakran alkalmaznak keresztmetszeti vizsgálatokat is. Bár, ha egy ilyen vizsgálatból az derül ki, hogy valamilyen személyiségjegy vagy vonás összefüggésben van a házasság jóságával, akkor kérdéses lehet, hogy a szóban forgó személyiségjellemző "hozott" karakterisztikum-e, mely már a házasságkötés idején is megfigyelhető volt, vagy pedig olyan jellemző, mely csak a házasságban, a sajátos házassági/családi körülmények hatására alakult ki. Ennek ellenére a rövidebb idő alatt végrehajtható és egyszerűbb keresztmetszeti vizsgálatokból is leszűrhetők igen fontos eredmények. Egy ilyen vizsgálat egyrészt segítséget nyújthat egy korrekt longitudinális projekt várható eredményeinek a hipotézisszerű megfogalmazására, másrészt alkalmas lehet arra is, hogy segítségével kiválaszthassuk a követéses vizsgálat számára a legalkalmasabb, a különbségek kimutatásában a legérzékenyebbnek tűnő vizsgáló eljárásokat.

Az alábbiakban ismertetésre kerülő vizsgálatban különböző házaspári csoportokat hasonlítottam össze személyiségtesztek segítségével annak érdekében, hogy megállapíthassuk: milyen összefüggés van a házasfelek személyisége és házasságuk alakulása között. A vizsgálat keresztmetszeti jellegű volt, vagyis páronként egyszeri felmérés adataira támaszkodott. Az összehasonlított házaspári csoportok egyrészt az együttélés-különélés körülményében, másrészt a saját házasságukkal való megelégedettség mértékében különböztek egymástól.

A vizsgálatot egy több évre tervezett követéses házaspárvizsgálat elővizsgálatának tekintettem, melynek fő célja az volt, hogy az eddigi követéses kutatásokban alkalmazott személyiségdiagnosztikai eljárásokon kívül más technikák alkalmazhatóságáról is informáljon. Vizsgálatomban egy verbális személyiségteszt, a CPI mellett két ilyen újabb eljárást szerepeltettem. Az egyik a Szondi-teszt általam kimunkált új skálaegyüttese volt, mely skálák a validitási vizsgálatok szerint egy sor fontos személyiségjellemzőről (attitűdökről, motívumokról és emocionális stabilitásról) tájékoztatnak (lásd Vargha, 1989, 1990a, 1990b), a másik pedig egy olyan kérdőív, melynek segítségével azonosíthatók a konfliktushelyzetben a szorongás leküzdésére alkalmazott preferált technikák (Oláh, 1992).

Vizsgálatomtól azt vártam, hogy alátámasztja ezen eljárások alkalmazhatóságát a házaspárvizsgálatokban, vagyis azt, hogy segítségükkel sikerülhet újabb összefüggéseket feltárni a házasfelek személyisége, valamint a házastársi kapcsolat minősége és tartóssága között. Továbbá reméltem, hogy információhoz jutunk e tesztek érzékenységéről, vagyis arról, hogy milyen mértékben képesek differenciálni különféle házastársi csoportokat.

Módszer

1. *Személyek.* A vizsgálatba bevont személyek 3 csoportba sorolhatók.

(a) Válók (15 pár); ez a csoport olyan párokból állt, akik átlagosan 10-11 évi házasság után kapcsolatukat felbontották és az anyagiak, illetve a gyermekük (gyermekeik) megosztásában megegyezni nem tudtak, így bírósági perben álltak egymással. Vizsgálatukat 1988-89-ben hivatalos eljárás keretében Valkai Zsuzsa végezte, akinek ezúton is szeretném köszönetemet kifejezni.

(b) Együttélők (41 pár); ez a csoport szintén átlagosan 10-11 éve együttélő olyan gyermekes házaspárokból állt, akik válási szándékot nem fogalmaztak meg. E párokat önkéntes jelentkezés alapján az első- és másodéves esti és levelező tagozatos hallgatók körében verbuváltam (1988-ban), így ezen házaspárok közül a férj vagy a feleség mindig pszichológus hallgató, a partner viszont többnyire más foglalkozású volt. Ezt a csoportot a házasságukra vonatkozó megelégedettségük alapján - egy házassági kérdőív adatain elvégzett cluster analízis segítségével - három alcsoportra bontottam: a házasságukat és partnerüket az átlagosnál negatívabban megítélők (NEG; 12 pár), az átlagosan megítélők (AMB; 14 pár) és az átlagosnál pozitívabban megítélők (POZ; 15 pár) alcsoportjára. E házassági kérdőívet részletesebben majd a változók felsorolásakor ismertetjük.

(c) Fiatal házasok (FH; 13 pár); ez a csoport legfeljebb egy éve házasságot kötött fiatal párokból állt. Őket olyan párok közül verbuváltam - szintén önkéntes jelentkezés alapján -, akik résztvettek a Budapest, I. kerületi Családsegítő Központnak a kerület fiatal házaspárjai számára megrendezett és ajándékozással egybekötött bemutatkozó délutánjain (1989. decemberében).

Az általuk is kitöltött házassági kérdőív alapján ez a csoport leginkább a POZ csoportra hasonlított (ugyanis a kérdőív 2 fő skálája segítségével elvégzett diszkriminancia-analízisben ezt a csoportot kontrollként alkalmazva az eljárás 13-ból 10-et a POZ alcsoportba sorolt be, 2-t az AMB, 1-et pedig a NEG alcsoportba).

Mindezen vizsgálati csoportok életkori és iskolázottsági jellemzőit tájékoztatásul az *1. táblázatban* foglaltuk össze.

1. táblázat. A vizsgált csoportok életkori és iskolázottsági adatai (az iskolázottságot a végzett osztályok számával mérve)

Változó	Csoport	N	Átlag	Szórás	MIN	MAX
Kor/férj		69	34.1	6.4	22	59
	Válók	15	36.5	4.0	30	46
	Neg	12	35.8	5.1	28	44
	Amb	14	37.0	7.8	31	59
	Poz	15	34.9	4.5	28	43
	Fiatal	13	25.6	2.2	22	31

(folyt. a köv. lapon)

Változó	Csoport	N	Átlag	Szórás	MIN	MAX
Kor/feleség		69	31.4	5.4	21	45
	Válók	15	33.1	3.7	27	41
	Neg	12	33.6	3.7	26	41
	Amb	14	34.4	5.2	27	45
	Poz	15	31.9	4.4	26	40
	Fiatal	13	23.9	2.3	21	30
Kor/Hpár		69	32.8	5.7	22.5	51.5
	Válók	15	34.8	3.3	30	43.5
	Neg	12	34.7	4.3	28	42.5
	Amb	14	35.7	6.2	29	51.5
	Poz	15	33.4	4.2	27	40
	Fiatal	13	24.8	2.1	22.5	30.5
Isk/férj		69	15.0	2.4	11	18
	Válók	15	13.5	2.6	11	18
	Neg	12	15.4	2.1	12	17
	Amb	14	15.7	2.1	12	17
	Poz	15	15.7	2.0	12	17
	Fiatal	13	14.9	2.6	11	17
Isk/feleség		69	15.0	2.0	12	18
	Válók	15	12.9	2.0	12	18
	Neg	12	15.8	1.3	12	17
	Amb	14	15.9	1.2	12	17
	Poz	15	16.2	0.4	16	17
	Fiatal	13	14.4	2.3	12	17
Isk/Hpár		69	15.0	1.9	11.5	18
	Válók	15	13.2	2.0	11.5	18
	Neg	12	15.6	1.2	14	17
	Amb	14	15.9	1.1	14	17
	Poz	15	16.0	1.1	14	17
	Fiatal	13	14.7	2.3	11.5	17

2. *Változók.* Vizsgálatomban szerepeltek egyrészt a párkapcsolat minőségét jellemző ún. kritériumváltozók, valamint a felvett személyiségtesztek változói.

A párkapcsolat minőségét egyrészt a tartóssága, másrészt a kapcsolattal való szubjektív megelégedettség foka jelzi. Előbbit a Válók vs. Együttélők csoportbesorolás alapján lehet azonosítani, a házassággal való megelégedettséget (nevezzzük ezt a továbbiakban a házasság jóságának) pedig a Jay A. Jemail és Joseph LoPiccolo (1982) által készített Házassági Kérdőív segítségével mértem a következőképpen. Az eredeti angol nyelvű kétválasztásos kérdéseket többválasztásosként fordítottam magyarra, majd az ily módon kitöltött kérdőív tételein faktor- és itemanalíziseket végeztem. Ezek eredményeképpen mind a férjek, mind a feleségek válaszaiból 1-1 főskála, illetve ezek 2-2 alskálája domborodott ki, mint pszichometriailag konzisztens és értelmezhető házassági skála. A főskála (Hf és Hn) a férj, illetve feleség általános, globális elégedettségét méri házasságával és párjával szemben.

Az alskálák jelentése: Hf1 a házassággal és a feleséggel szembeni érzelmi elégedettség mérője, Hf2 pedig a házasság praktikus oldalával való megelégedettségé; Hn1 ugyanaz, mint Hf1, csak a feleség szemszögéből, Hn2 pedig a feleség nyíltságának, férjével szembeni kitárulkozásának a mérője.

Az alskálák ezen értelmezésének az alátámasztására alskálánként a skálával legjobban korreláló tételek, valamint a skálák belső konzisztenciáját mérő Cronbach-alfa értékek a *2. táblázatban* vannak összefoglalva.

2. táblázat. A házassággal való megelégedettséget mérő skálák tipikus tételei és a konzisztenciát mérő Cronbach-alfa értékek (N = 38)

Hn: Feleség globális megelégedettsége (tételszám: 32, Cronbach-alfa = 0.95)

Hn1: Házassággal és férjjel szembeni érzelmi elégedettség (tételszám: 18, Cronbach-alfa = 0.95)

"Elégedett vagyok a férjemmel." (pozitív tétel)

"Előfordul, hogy úgy érzem, nem sikerült tökéletesen a házasságom." (negatív tétel)

Hn2: Nyíltság, férjjel szembeni kitárulkozás (tételsz: 6, Cronbach-alfa = 0.79)

"Előfordul, hogy nem vagyok teljesen őszinte a férjemhez." (negatív tétel)

"Előfordul, hogy elgondolkodom, vajon a legjobban választottam-e." (negatív tétel)

"El tudom képzelni, hogy valaha kedvem támadjon egy kalandra." (negatív tétel)

(folyt. a köv. lapon)

Hf: Férj globális megelégedettsége (tételszám: 24, Cronbach-alfa = 0.90)

Hf1: Házassággal és feleséggel szembeni érzelmi elégedettség (tételszám: 11, Cronbach-alfa = 0.91)

"Elégedett vagyok a feleségemmel." (pozitív tétel)

"A feleségem és én megértjük egymást." (pozitív tétel)

Hf2: Házasság praktikus oldalával való megelégedettség (tételszám: 7, Cronbach-alfa = 0.78)

"Ha valamiben nem értünk egyet, akkor békésen és fair módon intézzük el a dolgot." (pozitív tétel)

"Bármiről is beszél a feleségem én jó hallgatóság vagyok." (pozitív tétel)

"Ha a feleségem véleménye eltér az enyémtől, akkor ideges leszek." (negatív tétel)

Megjegyzendő, hogy a férj és a feleség minősítései gyakran egymástól meglehetősen függetlennek tűnnek, ugyanis pl. Hf és Hn csak 0,45-ös szinten korrelál egymással az Együttélők mintájában (ez kb. 20 %-os kölcsönös meghatározottságot jelent), s a korreláció erőssége függ a házasság jóságától (r értéke a NEG, AMB és POZ csoportban rendre -0,61, 0,06 és 0,17, a Fiatalok csoportjában pedig 0,68 volt).

A vizsgálatban alkalmazott személyiségtesztek a következők voltak.

(a) A Kaliforniai Személyiség Kérdőív Oláh-féle rövidített, 300 tételes változata: az S-CPI (Oláh, 1984, 1988). A tesztnek a következő 21 skáláját használtam: Dominancia (DO), Státus elérésére való képesség (CS), Szociabilitás (SY), Szociális fellépés (SP), Önelfogadás (SA), Jó közérzet (WB), Szorongás (AN), Felelősségtudat (RE), Szocializáltság (SO), Önkontroll (SC), Tolerancia (TO), Énerő (ES), Jó benyomás keltés (GI), Közösségiség (CM), Teljesítményelérés konformizmus útján (AC), Teljesítményelérés függetlenség útján (AI), Intellektuális hatékonyság (IE), Pszichológiai érzék (PY), Empátia (EM), Flexibilitás (FX), Nőiesség (FE).

E skálákon kívül képeztem még a skálák 4 fő alapfaktorát is. Ezek (vö. Oláh, 1984, 1985):

I) Stabilitás vs. Emocionalitás,
II) Extraverzió vs. Introverzió,
III) Szuper-ego hatékonyság, konvencionalitás, valamint
IV) Függetlenség, eredetiség.

E faktorok személyenkénti értékeihez a 21 skála faktoranalízisével jutottam (főkomponensanalízis az első 4 faktor varimax rotációjával) a teljes mintán (126 érvényesen kitöltött teszt alapján). A kapott faktorok vezető skálái kisebb eltérésektől eltekintve megegyeztek az Oláh Attila (1984; 72-73. o.) vizsgálatában kapottakkal. A megfigyelt enyhébb eltérések a következők voltak (vö. *3. táblázat*). A Stabilitás vs. Emocio-

3. táblázat. A Kaliforniai Személyiség Kérdőív 300 kérdéses rövidített változatának (S-CPI) faktorstruktúrája a vizsgált házaspárok 126 fős mintájában (zárójelben a főkomponensanalízis és varimax forgatás után kapott faktorsúlyok)

I. faktor: Stabilitás vs. Emocionalitás	
Önkontroll (0.87)	Tolerancia (0.57)
Énerő (0.79)	Szocializáltság (0.50)
Teljesítmény konformizmussal (0.78)	Felelősségtudat (0.50)
Jó közérzet (0.74)	Szorongás (-0.49)
Jó benyomás keltés (0.74)	

II. faktor: Extraverzió vs. Introverzió	
Szociabilitás (0.83)	Empátia (0.59)
Dominancia (0.82)	Intellektuális hatékonyság (0.59)
Önelfogadás (0.79)	Pszichológiai érzék (0.55)
Szociális fellépés (0.78)	
Szorongás (-0.62)	
Státus elérésre való képesség (0.60)	

III. faktor: Szuper-ego hatékonyság, konvencionalitás
Feminitás (0.72)
Felelősségtudat (0.64)
Közösségiesség (0.62)
Szocializáltság (0.51)

IV. faktor: Függetlenség, eredetiség
Teljesítmény függetlenség útján (0.78)
Flexibilitás (0.75)
Tolerancia (0.66)
Státus elérésre való képesség (0.53)

nalitás faktorral vizsgálatunkban értékelhető mértékben korrelált még az SO (r=0,55) és az RE (r=0,50), az Extra-Introverzió faktorral az AN (r=-0,62), az EM (r=0,59) és a PY (r=0,55), végül a Függetlenség-eredetiség faktorral a TO (r=0,66) és a CS (r=0,53) skála. Ezek az eltérések jól értelmezhetők és részben - az AN és az EM skálát illetően - megfigyelhetők voltak egy korábbi vizsgálatban is (Vargha, 1989). A legérdekesebbnek közülük az látszik, hogy ebben a házas populációban a szocializáltság és a felelősségtudat mintha a személy érzelmi stabilitásának is fontos összetevője lenne.

A skálákat az Oláh (1984, 4. Melléklet) által közölt táblázatok alapján nemenként T-értékekre standardizáltam, s ezek felhasználásával a négy faktorra is T-értékeket képeztem.

(b) Az Oláh-féle "Szorongás leküzdési mód preferencia kérdőív" házassági konfliktusokra adaptált változata (Coping-teszt). A kérdőív egy 3500 főt felölelő empirikus vizsgálat alapján lett megszerkesztve, ahol is a személyektől azt kérték, hogy írják le, milyen stratégiákat alkalmaznak konfliktusos helyzetekben a stresszhelyzet feloldására (Oláh, 1992). A teszt skálái jórészt megegyeznek a külföldi tanulmányokban közöltekkel (lásd pl. Aldwin és Revenson, 1987; Rohde, Lewinsohn, Tilson és Seeley, 1990) és segítségükkel feltárhatók a vizsgált személy preferált reakciómódjai konfliktushelyzetben. Házaspároknál való alkalmazásukat az indokolja, hogy a házastársi kapcsolat minősége minden bizonnyal szoros kapcsolatban lehet a nehéz, problematikus szituációk megoldásának a módjával. A teszt instrukcióját a házastársi szituációnak megfelelően módosítottam, de magukon a tételeken nem változtattam. A tesztnek 8 skálája van, ezek (vö. Oláh, 1992):
- Probléma centrikusság: törekvés a konfliktus racionális megoldására, a fenyegetettség elhárítására a környezet megváltoztatása útján.
- Támaszkeresés: érzelmi támogatás keresése szeretett személyeknél. A cél itt is a környezet megváltoztatása, a fenyegetettség megszüntetése, de ehhez a személy közreműködőket igényel.
- Feszültségkontroll: érzelmek, indulatok kordában tartása, erőmerítés mások példáiból, megfontoltság. Az alapvető cél a személyiség stabilitásának a megőrzése. A figyelem a fenyegetésről az énre terelődik, de a személy nem adja fel a leküzdés, a helyzetmódosítás lehetőségét.
- Figyelem elterelés: megpróbál úgy tenni, mintha semmi nem történt volna. Olyan elhárítási manőver, amelyben a személy kilép a helyzetből, illetve halogatja a közbeavatkozást.
- Emóció fókusz: megpróbálja az érzelmi, indulati feszültséget kerülő úton, pl. alkohol segítségével levezetni. Itt a személy erőfeszítései csupán arra irányulnak, hogy a fenyegettség keltette negatív, kellemetlen emocionális állapotot megszüntesse.
- Emóció kiürítés: indulatait helyben lereagálja, s a történtekért másokat hibáztat. A fenyegetettség okozta feszültséget a személy ilyenkor kontrollálatlan, nem célirányos reakciókban vezeti le, acting-out, anger-out megnyilvánulások révén.

- Önbüntetés: a történtekért a személy saját magát okolja. A fenyegetést, a negatív emocionális élményeket úgy értelmezi, mint jogos, törvényszerű válaszokat az ő korábbi helytelen, nem kívánatos viselkedésére.
- Belenyugvás: kísérlet a szituáció elfogadására. A személy megpróbál a kínos helyzettel együttélni; külső kontrollos helyzetértelmezés.

A skálák reliabilitásának ellenőrzésére nemenként tételelemzéseket végeztem az együttélők mintájában, s a skálákat ezen eredmények alapján esetenként módosítottam. A Coping-teszt változóinak belső konzisztenciáját mérő Cronbach-alfa értékek egy kivétellel mind 0.60 és 0.80 közé estek (lásd *4. táblázat*). Csupán az Önbüntetés skála nőkre vonatkozó Cronbach-alfa értéke volt e szintnél alacsonyabb (0.49), ez azonban a skálába tartozó tételek igen alacsony számával (4) magyarázható.

A skálák közti összefüggések feltárása érdekében a teljes mintán (134 érvényesen kitöltött kérdőív alapján) a 8 skálával faktoranalízist végeztem (főkomponensanalízis az 1-nél nagyobb sajátértékű faktorok varimax rotációjával).

4. táblázat. Az Oláh-féle "Szorongás leküzdési mód preferencia kérdőív" 8 skálájának faktorstruktúrája a vizsgált személyek 134 fős mintájában (zárójelben a főkomponensanalízis és varimax forgatás után kapott faktorsúlyok), valamint a belső konzisztenciájukat mérő Cronbach-alfa értékek nemenként az Együttélő párok mintájában (itt zárójelben a skálába tartozó tételek száma van feltüntetve).

	Cronbach-alfa értékek nők		férfiak	
1. Faktor				
- Probléma centrikusság (0.83)	0.72	(10)	0.76	(10)
- Feszültségkontroll (0.81)	0.68	(10)	0.61	(8)
- Támaszkeresés (0.53)	0.79	(8)	0.75	(8)
- Emóció fókusz (0.52)	0.69	(8)	0.72	(8)
- Önbüntetés (0.45)	0.49	(4)	0.71	(5)
2. Faktor				
- Belenyugvás (0.86)	0.66	(5)	0.64	(5)
- Figyelem elterelés (0.78)	0.75	(14)	0.73	(14)
- Emóció fókusz (0.57)	0.69	(8)	0.72	(8)
3. Faktor				
- Emóció kiürítés (0.95)	0.82	(8)	0.73	(8)

A faktorelemzés eredményei szerint (lásd *4. táblázat*) a 8 skála 3 fő faktor (dimenzió) mentén csoportosul. Az első a szituáció megváltoztatására irányuló, de éncentrikus megoldási módokat fogja össze, s ez lényegében megegyezik a Rohde és mtsai (1990) vizsgálatában kapott első, "Racionális önkontroll" dimenzióval. A második faktorba tartozó skálák közös jellemzője, hogy ezek a reakciómódok nem fogadják el a konfliktusos helyzet kihívását. Vagy megkísérlik azt elfogadni, azzal együttélni, vagy megpróbálkoznak a helyzetből kilépni, s az érzelmi feszültséget inadekvát, kerülő úton csökkenteni (bagatellizálással, illetve negligálással). A harmadik faktorba egyetlen skála tartozik, az Emóció kiürítés. Ez egy olyan stratégia, melynek alkalmazásakor a személy a helyzettel nem foglalkozik (nem tesz semmit a körülmények racionális megváltoztatásának érdekében, de nem is lép ki belőle), hanem érzelmi feszültségét indulatos lereagálással csökkenti.

(c) A kétprofilos, rangsorolásos felvételi technikájú Szondi-teszt általam kidolgozott 17 új skálája. Ezek közül 12 a reliabilitási kritériumok alapján faktor- és itemanalízissel kialakított skála: H, Sj, Pj, Mj, F1, F2, F3, F4, F6, F9, F10 és Inst (Vargha, 1990a), 5 pedig a Szondi-képek 5 fő ingerdimenziójához (Dom = dominancia-intellektualitás, Akt = aktivitás, Hos = hosztilitás, Fem = feminitás, Zsu = zsugoriság-zárkózottság) való rokonszenvi viszonyulás skálája. Ez utóbbiakat úgy képeztem, hogy egyszerűen összegeztem e skálákat legjobban képviselő Szondi-képek rokonszenvi pontjait (rangszámait) a két felvételre vonatkozóan. Így Vargha (1989) alapján:

Dom = e4 + p4 + p5 - d1,
Akt = k6 + m2 + m3 + m5 - e2 - k2,
Hos = s1 + hy2 + k1 - h5,
Fem = h4 + h6 - s6 - hy3 - k1 - p2,
Zsu = hy2 + e2 + d4 + d6 - h5 - s1 - k3 - k4,

ahol a definiáló összeg jobb oldalának egyes tagjai (e4, p4 stb.) a megfelelő Szondi-képek rokonszenvi rangszámainak két felvételre vonatkozó összegei. Itt az összeadandók akkor negatívak, ha az illető dimenziók negatív pólusának reprezentánsai. A korábban elvégzett validáló eljárások alapján (Vargha, 1990b) ezen új Szondi-skálák egy részének feltételezett jelentése, produkciófelülete röviden a következőképpen foglalható össze (a többi skála esetében a jelentés még nincs kimunkálva).

- H: Intellektuális kötöttségektől mentes testi kontaktus igénye.
- Pj: Intellektuális beállítottság, intellektuális teljesítmény igénye.
- F3: Intellektuális beállítottság, nőknél érzelmi gazdagság, emocionális kifejezőkészség, önreflexióra való képesség.
- F9: Intellektuális beállítottság, énerő, szociális alkalmazkodás készsége.
- F1: Szociális alkalmazkodási készség, empátia.
- F2: Feminin típusú szociális alkalmazkodási készség és motiváció.
- F4: Intellektualitás elutasítása, gyenge szociális alkalmazkodás, indulatosságra való hajlam.

- Sj: Impulzív, nyers férfias erővel szembeni attitűd.
- Mj: Szociális konformitás.
- F10: Nyitottság, aktivitás, motiváltság vs. passzivitás (nőknél még gátlásosság és szégyenlősség).
- Inst: Magas értékek esetén zavart, következetlen, inadekvát szociális viselkedés, alacsony értékek esetén nőknél túlzott alkalmazkodási igény, férfiaknál pedig szociális gátoltság, merevség, disztimiás tünetek.

Mindezen skálákat az átlagok közvetlenebb értelmezhetősége érdekében a jelenlegi vizsgálat adatai alapján nemenként T-értékekre standardizáltam (melyen az összátlag 50 és a teljes minta szórása 10).

3. Az adatfeldolgozás módja. Vizsgálatunk fő kérdése az volt, hogy a házasság minősége (jósága) milyen kapcsolatban van a különféle személyiségváltozókkal. A házasság minőségét illetően vizsgálatunkban két információ állt rendelkezésre. Az egyik az, hogy a házaspár melyik vizsgálati csoportba tartozott (Válók, NEG, AMB, POZ, FH), a másik pedig a házasság jóságát jelző skálák értéke (Hf, Hf1, Hf2, Hn, Hn1, Hn2).

(i) A különböző személyiségváltozók csoportátlagainak összehasonlítására kétszempontos kovariancia-analíziseket alkalmaztam. Itt az egyik szempont a csoportba tartozás (egy elrendezésben mind az 5 csoport, egy másikban pedig az Együttélők 3 alcsoportja: NEG, AMB és POZ szerepelt), a másik pedig a nem volt (ezt a házasfelek összetartozása miatt ismételt méréses szempontnak vettem). Az iskolázottság és az életkor esetleges torzító hatásának kiszűrése érdekében a házaspár életkori és iskolázottsági átlagát (azaz a férj és a feleség megfelelő adatának a számtani közepét; vö. *1. táblázat*) kovariáns változóként vontam be az elemzésbe.

(ii) A házasság jóságát jelző skálák és a vizsgálatba bevont személyiségváltozók közti összefüggések felderítése érdekében korrelációs elemzéseket végeztem. Ezek a megfelelő változók közti páronkénti parciális korrelációk voltak (a kiszűrt két változó ismét a házaspár életkori és iskolázottsági átlaga). Ezeket a számításokat értelemszerűen csak az Együttélők csoportjában végeztem el.

(iii) A különböző házaspári csoportokat összevettem abból a szempontból is, hogy mennyire korrelál egymással a férj és a feleség ugyanazon mutatója a különféle változókra vonatkozóan. Ezeket az összehasonlításokat azok a vizsgálatok inspirálták, amelyek az utóbbi években konzisztens különbségeket tudtak kimutatni a házasság jósága és a házasfelek hasonlóságának mértéke között.

Meck és Le Unes (1977) házassági tanácsadásra jelentkező 30 párt a Cattell 16PF személyiségteszttel megvizsgálva azt találta, hogy a férj és a feleség azonos skálái közti korrelációk határozottan alacsonyabbak voltak, mint amit nem problémás házaspárok esetén más vizsgálatok (pl. Cattell és Nesselroade, 1967; DeYoung és Fleischer, 1976)

mutattak. Míg Cattell és Nesselroade vizsgálatában a 16PF teszt 16 skálájából 8 esetben volt szignifikánsan pozitív a férj és a feleség azonos skálája közti korreláció, DeYoung és Fleischer vizsgálatában pedig 10 esetben, addig Meck és Le Unes vizsgálatában csak egyetlen ilyen skála akadt (az I: Erős akaratú vs. Gyenge akaratú), s emellett még egy szignifikáns negatív korrelációjú skálát is találtak (a H: Szégyenlős vs. Merész, vakmerő skálát). Maga Cattell és Nesselroade (1967) is azt tapasztalta, hogy egy labilisabb házaspári csoportban (labilisnak tekintve a házasságot, ha a felek már tettek lépéseket a kapcsolat felbontása irányában) több negatív korreláció fordult elő, mint a "stabil" házaspári csoportban.

Hasonló adatokhoz jutott a személyiségvonások tekintetében Bentler és Newcomb (1978) a házasságkötés után 4 évvel még együttélő, illetve már különélő párok mintájának összehasonlításakor is, akiknek a követéses házaspárvizsgálatát fentebb már részleteztük, valamint Carlson és Williams (1984), akik 20 igen különböző életkorú házaspárt vizsgáltak meg a Jung-féle típustan 4 fő dimenziója mentén.

A perceptuális ítéletek tekintetében Arias és O'Leary (1985), valamint Pléchaty (1987) mutatta ki, hogy a házasságukkal megelégedett párok jobban hasonlítanak egymásra, illetve nagyobb fokú kongruencia jellemzi őket, mint ami a problémás, illetve a házasságukkal kevésbé elégedett párok esetében tapasztalható.

Ugyanakkor Magni (1983) Közös Rorschach tesztet is alkalmazó interakciós vizsgálata, melyet olyan házaspárokkal végzett, akiknél az egyik fél alkoholista volt, arra enged következtetni, hogy problémás párkapcsolatokban a szimmetrikus és a komplementer jellegű viszonylatok egyaránt lényeges szerepet játszanak.

(iv) Végül a rendelkezésre álló adatok lehetővé tették annak vizsgálatát is, hogy különböző házaspári csoportokban a férj, illetve a feleség hosszabb távú érzelmi egyensúlya milyen kapcsolatban van a másik fél személyiségjegyeivel. E célból minden vizsgálati csoportban megnéztem, hogy a férj, illetve a feleség S-CPI-beli Szorongás és Jó közérzet skálája, valamint Stabilitás faktora milyen korrelációs kapcsolatban van a másik fél különféle személyiségváltozóival. Az életkor és az iskolázottság hatásának a kiszűrése céljából természetesen ez esetben is parciális korrelációs számításokat végeztem.

Eredmények

1) *Válók vs. Együttélők és Fiatalok összehasonlítás*

Az elvégzett kovariancia-analízisek szignifikáns eredményeit az *5. táblázat* tartalmazza. Innen látható, hogy az S-CPI skálái közül kettő esetében különbözik a Válók csoportja a többitől. A Jó benyomás keltés (GI) szintje a Válóknál szignifikánsan magasabb, mint az Együttélőknél, bár a páronkénti összehasonlítások jelzik, hogy a szignifikáns eltérés elsősorban a Válók NEG alcsoporttal szembeni erős fölényének köszönhető.

5. táblázat. A Válók és a többi házaspári csoport közti szignifikáns eltérések és a megfelelő csoportátlagok a kovariancia-analízissel (KVA) történő összehasonlítások során. A KVA-ban egy független mintás szempont (= CSOP: a házasság minősége 5 csoporttal képviselve) és egy összetartozó mintás szempont (a nem) szerepelt. Kiszűrt (kovariáns) változó volt a pár életkorának, illetve iskolai végzettségének átlaga. A Válók vs. Együttélők összehasonlítás Scheffé a priori kontraszt módszerével, a Válók vs. egyes alcsoportok összehasonlítások pedig a Tukey-Kramer módszerrel történtek. Szignifikáns interakció esetén a lebontott összehasonlításokat Winer (1971) "simple effect" elemzési módszerével végeztük el.

S-CPI/GI

CSOP:	Válók	NEG	AMB	POZ	FH	F(4,56)
átlag:	55.2	39.8	46.3	46.5	48.7	2.54*

Válók vs. Együttélők: F(1,58) = 6.86*
Válók vs. NEG: T = 4.27*

S-CPI/SO

CSOP:	Válók	NEG	AMB	POZ	FH	F(4,56)
férj átl.:	45.1	37.0	41.4	43.3	47.1	0.31
fel. átl.:	44.6	47.7	49.4	61.4	58.1	1.25
F(1,58):	0.01	5.67*	3.17+	16.17**	6.00*	

Nem X CSOP interakció: F(4,58) = 2.52*

Coping/Támaszkeresés

CSOP:	Válók	NEG	AMB	POZ	FH	F(4,56)
átlag:	17.7	12.4	13.0	11.2	13.8	7.93**

Válók vs. Együttélők: F(1,58) = 37.58**
Válók vs. NEG: T = 5.67** Válók vs. POZ: T = 7.60**
Válók vs. AMB: T = 5.53** Válók vs. FH: T = 4.53*

Coping/Feszültség kontroll

CSOP:	Válók	NEG	AMB	POZ	FH	F(4,56)
átlag:	23.0	18.4	19.0	18.8	19.0	5.41**

Válók vs. Együttélők: F(1,58) = 26.70**
Válók vs. NEG: T = 5.37** Válók vs. POZ: T = 5.30**
Válók vs. AMB: T = 5.12** Válók vs. FH: T = 4.96**

(folyt. a köv. lapon)

(5. táblázat folyt.)

Coping/Probléma centrikusság

CSOP:	Válók	NEG	AMB	POZ	FH	F(4,56)
átlag:	32.0	27.3	28.9	28.6	28.4	2.77*

Válók vs. Együttélők: F(1,58) = 12.25**
Válók vs. NEG: T = 4.20*

Jelölés: +: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

A Szocializáltság (SO) skála esetében érdekes Nem x Csoport interakciót figyelhetünk meg: a Válóknál a férjek és a feleségek SO-szintje megegyezik, az összes többi csoportban viszont (közülük is leginkább a POZ alcsoportban) a feleségek SO-szintje határozottan magasabb, mint a férjeké.

A Coping-teszt változói közül a Támaszkeresés (a konfliktus feloldásához külső segítség keresése), a Feszültség kontroll (a saját emocionális egyensúly fenntartására való törekvés) és a Probléma centrikus reagálás (törekvés a konfliktust okozó fenyegetettség elhárítására) a Válókat szignifikánsan nagyobb mértékben jellemezte, mint az Együttélő csoportot. Az első kettő esetében a Válók átlaga minden alcsoport átlagától szignifikánsan különbözott, a Probléma centrikusságot illetően azonban ismét (ugyanúgy, mint a GI skála esetében) csak a Válók vs. NEG összehasonlítás vezetett szignifikáns eredményre (megjegyzendő, hogy az eltérés iránya a többi alcsoport esetében is hasonló volt).

A Szondi-skálák szerint a Válók nem különböztek szignifikánsan a többi csoporttól.

2) A személyiségváltozók összefüggése a házasság jóságával az Együttélők csoportjában

A házasság jóságával kapcsolatos alábbi összefüggések egyrészt a NEG, AMB, POZ csoportok egyes átlagainak összehasonlításaiból (l. *6. táblázat*), másrészt a Hf, Hf1, Hf2, Hn, Hn1, Hn2 skálák és az alkalmazott tesztek mutatói közti korrelációkból derültek ki (l. *7. táblázat*).

A házasság jóságával mind a feleség, mind a férj részéről pozitívan korrelál az S-CPI skálái közül a Jó közérzet (WB) és a Szocializáltság (SO) skála, az Emocionális stabilitás faktor, valamint a Szondi-skálák közül a férjnek a Zsugoriság-zárkózottság dimenzióhoz való attitűdje és a feleség H skálája (jelentése: mérsékelt intellektuális érdeklődés, testi kontaktus igénye). Ugyanakkor a házasság jóságával negatív kapcsolatban van a Szorongás (AN) skála, az új Szondi-mutatók közül az F3 skála (jelentése: énbizonytalanság, önbizalom hiánya, ingerültségre való hajlam), a Coping-teszt változói közül pedig az Emóció fókusz (fenyegetettség esetén csupán a kellemetlen emocionális állapot megszüntetésére való törekvés).

6. táblázat. Az Együttélő házaspári csoportok közti szignifikáns eltérések és a megfelelő csoportátlagok a kovariancia-analízissel (KVA) történő összehasonlítások során. A KVA-ban egy független mintás szempont (=CSOP: a házasság minősége 3 csoporttal képviselve) és egy összetartozó mintás szempont (a nem) szerepelt. Kiszűrt (kovariáns) változó volt a pár életkorának, illetve iskolai végzettségének átlaga. Az egyes alcsoportok páronkénti összehasonlításai a Tukey-Kramer módszerrel történtek. Szignifikáns interakció esetén a lebontott összehasonlításokat Winer (1971) "simple effect" elemzési módszerével végeztük el.

		Csoportok				
		NEG (n=10)	AMB (n=14)	POZ (n=13)	F(2,32)	Páronkénti összehasonlítás
S-CPI/WB:		44.5	50.5	58.1	5.93**	T(POZ-NEG)=4.83**
S-CPI/SO:		42.2	46.1	54.4	4.72*	T(POZ-NEG)=4.17*
						T(POZ-AMB)=3.10+
S-CPI/AN:		49.6	45.3	41.6	5.08*	T(NEG-POZ)=4.51**
S-CPI/Stabil.		43.2	49.0	53.7	4.99*	T(POZ-NEG)=4.47**
	férj:	44.3	53.6	49.9	1.01	
	feleség:	42.1	44.3	57.6	3.44*	T(POZ-NEG)=3.29+
						T(POZ-AMB)=3.08+
	F(1,34):	0.25	4.50*	3.15+		
	Nem X CSOP interakció: F(2,34) = 4.25*					
S-CPI/RE						
	férj:	48.8	46.2	41.6	0.44	
	feleség:	41.0	51.2	48.8	0.89	
	F(1,34):	3.94+	1.67	3.32+		
	Nem X CSOP interakció: F(2,34) = 3.85*					
S-CPI/GI						
	férj:	36.0	48.4	39.9	1.31	
	feleség:	44.3	45.0	55.2	1.22	
	F(1,34):	2.41	0.39	8.10**		
	Nem X CSOP interakció: F(2,34) = 3.44*					
S-CPI/AC						
	férj:	51.8	56.6	51.7	0.35	
	feleség:	41.4	52.0	61.2	3.75*	T(POZ-NEG)=3.87*
	F(1,34):	6.72*	1.34	5.65*		
	Nem X CSOP interakció: F(2,34) = 6.46**					

(folyt. a köv. lapon)

(a 6. táblázat folytatása)

		Csoportok NEG (n=10)	AMB (n=14)	POZ (n=14)	F(2,32)	Páronkénti összehasonlítás
Cop./Em.fókusz		18.7	17.1	16.0	3.66*	T(NEG-POZ)=3.83*
Cop./Em.kiürítés						
	férj:	15.8	13.6	14.2	0.52	
	feleség:	16.6	19.0	14.5	2.56+	T(AMB-POZ)=3.20+
	F(1,34):	0.26	11.64**	0.03		
	Nem X CSOP interakció: F(2,35) = 3.45*					
		(n=10)	(n=13)	(n=14)	F(2,32)	
Szondi/Zsu		48.9	46.9	54.2	3.82*	T(POZ-AMB)=3.80*
	férj:	43.5	46.3	53.4		
	feleség:	54.0	47.5	55.2		
	F(1,34):	7.04**	0.09	0.20		
	Nem X CSOP interakció: F(2,34) = 1.58					
Szondi/H		47.9	46.8	53.7	3.67*	T(POZ-AMB)=3.61*
Szondi/Pj		53.7	50.7	46.6	2.96+	T(NEG-POZ)=3.10+
Szondi/F2		50.8	53.9	47.1	3.43*	T(AMB-POZ)=3.71*
Szondi/F3		54.5	50.7	45.5	3.76*	T(NEG-POZ)=3.83*
		NEG	AMB	POZ		

Jelölés: +: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

Néhány jellegzetes Nem X Csoport interakció:

- A Felelősségtudat (RE) és a Teljesítmény konformizmus útján (AC) skálán a NEG csoportban a férfiak, a POZ csoportban pedig a nők adnak szignifikánsan magasabb értékeket. Ezzel összhangban a feleség házassági megelégedettsége (Hn és Hn1) erős pozitív korrelációban van saját AC skálájának szintjével, míg a férjek mintájában a korreláció inkább ellenkező előjelű.
- A Jó benyomás keltés (GI) skálán a POZ csoportban a feleségek szignifikánsan magasabb értékeket adnak, mint a férjek, míg a többi csoportban a férj-feleség különbség nem számottevő. Emellett pozitív korreláció van a férj GI-értéke és Hf2, valamint a feleség GI-értéke és Hn között. Hasonló tendenciát figyelhetünk meg a Önkontroll (SC) skála esetében is (vö. 7. *táblázat* a) része).
- Az Emóció kiürítés tekintetében a férj és a feleség szintje rendszerint megegyezik, csupán az AMB csoportban tapasztalhatunk igen erős feleség fölényt. Ezt kiegészíti, hogy a férj

Hf2 házassági mutatójának szintje igen erős negatív kapcsolatban van saját Emóció kiürítés skálájának szintjével.

Néhány további korrelációs eltérés a férj és a feleség mutatói között

- Csak a feleség házassági mutatói pozitívan korrelálnak saját Énerő (ES) skálájának a szintjével. Hasonlót tapsztalhatunk az Intellektuális hatékonyság (IE) skála esetében is, bár itt csak a Hn2-vel való korreláció szignifikáns.
- A feleség Teljesítmény függetlenség útján (AI) skálája a férj Hf2 mutatójával negatív kapcsolatban van, míg a férj AI skálája a Hf és a Hf1 mutatóval inkább pozitívan korrelál.
- A feleség egyes Szondi-skálái (Fem, H és Pj) és a házassági mutatók közti korrelációk arra utalnak, hogy a feleség intellektuális önmegvalósításra való törekvése negatív kapcsolatban van saját maga és férje házassággal szembeni megelégedettségével. Ezzel összhangban értelmezhető az F1 és az F9 skála esetében kapott negatív előjelű házassági korreláció, illetve tendencia is.
- A férj Szondi/F2 skálája (jelentése: intellektuális beállítottság, valamint késztetés és készség a feminin típusú szociális alkalmazkodásra) enyhe negatív kapcsolatban van a feleség házassággal szembeni elégedettségével. Itt különösen az AMB és a POZ alcsoport eltérése éles (vö. *6. táblázat*).
- A Zsugoriság-zárkózottság dimenzióhoz való attitűd a férj esetében pozitív, a feleség esetében viszont negatív kapcsolatban van a férj házassággal szembeni elégedettségével. Ez az eltérés elsősorban a férj és a feleség NEG alcsoportbeli szignifikáns szintkülönbségének köszönhető (vö. *6. táblázat*).
- A Coping-teszt változói közül a férj házassági mutatóival negatívan korrelál a férj és a feleség Figyelem elterelés skálája, valamint a feleség Belenyugvás skálája. Érdekes módon a feleség házassági mutatóival ezek a skálák semmilyen szignifikáns kapcsolatot nem mutattak.

7. táblázat. A házassággal való megelégedettséget mérő Hf és Hn skálák korrelációs kapcsolatai a három személyiségteszt egyes skáláival. A táblázatban csak a szignifikáns eredményekkel rendelkező változók vannak feltüntetve (_f a férjek, _n pedig a feleségek változóit jelöli).

a) S-CPI-skálák (n = 36, szab. fok = 32)

	Hf	Hf1	Hf2	Hn	Hn1	Hn2
WB_f:	0.375*	0.354*	0.216	0.226	0.220	0.128
RE_f:	-0.347*	-0.364*	-0.214	-0.211	-0.221	-0.231
SO_f:	0.249	0.219	0.191	0.239	0.292+	0.153
SC_f:	0.240	0.104	0.306+	-0.037	0.011	-0.087
GI_f:	0.277	0.104	0.329+	0.047	0.129	0.034
AC_f:	-0.136	-0.181	-0.096	-0.207	-0.215	-0.363*
AI_f:	0.292+	0.295+	0.125	-0.054	-0.060	-0.059
F1_f:	0.317+	0.230	0.258	0.030	0.074	-0.098

(folyt. a köv. oldalon)

	Hf	Hf1	Hf2	Hn	Hn1	Hn2
WB_n:	0.260	0.193	0.237	0.486**	0.461**	0.425**
AN_n:	-0.212	-0.213	-0.103	-0.490**	-0.470**	-0.199
RE_n:	0.272	0.303+	0.123	0.043	0.012	0.098
SO_n:	0.291+	0.303+	0.210	0.317+	0.312+	0.399*
ES_n:	0.094	0.095	0.073	0.357*	0.321+	0.385*
SC_n:	-0.052	-0.125	0.136	0.282+	0.186	0.394*
GI_n:	0.020	-0.045	0.144	0.395*	0.297+	0.301+
AC_n:	0.301+	0.279+	0.203	0.480**	0.426**	0.248
AI_n:	-0.159	-0.009	-0.406*	-0.089	-0.106	0.172
IE_n:	0.231	0.268	-0.046	0.201	0.222	0.344*
F1_n:	0.132	0.075	0.185	0.480**	0.415*	0.481**

b) Coping-skálák (n = 38, szab. fok = 34)

FigyElt_f:	-0.372*	-0.290+	-0.148	-0.070	-0.108	-0.094
Emfók_f:	-0.373*	-0.304+	-0.349*	-0.254	-0.265	-0.142
Emkiür_f:	-0.295+	-0.140	-0.544**	0.017	0.065	0.257
Belenyu_f:	-0.285+	-0.270	-0.073	-0.178	-0.198	-0.245
FigyElt_n:	-0.315+	-0.397*	-0.143	-0.036	-0.048	0.216
Emfók_n:	-0.210	-0.314+	-0.086	-0.215	-0.236	0.087
Belenyu_n:	-0.354*	-0.342*	-0.309+	0.060	0.051	0.182

c) Szondi-skálák (n = 37, szab. fok = 33)

Zsu_f:	0.368*	0.414*	0.205	0.318+	0.299+	0.259
F2_f:	0.195	0.178	0.100	-0.324+	-0.298+	-0.239
Fem_n:	0.279	0.195	0.347*	0.388*	0.398*	0.093
Zsu_n:	-0.313+	-0.373*	-0.116	0.011	-0.058	0.166
H_n:	0.304+	0.350*	0.162	0.361*	0.366*	0.225
Pj_n:	-0.283+	-0.305+	-0.089	-0.384*	-0.434**	-0.204
F1_n:	-0.317+	-0.359*	-0.096	0.008	0.038	0.043
F3_n:	-0.299+	-0.188	-0.326+	-0.225	-0.212	-0.247
F6_n:	-0.397*	-0.461**	-0.185	-0.193	-0.178	-0.022
F9_n:	-0.036	-0.090	0.146	-0.327+	-0.376*	-0.222

Jelölés: +: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

3) A férj és a feleség közti interakciók függése a házasság jóságától

A férj és a feleség egyes változói közti korrelációkból az derül ki, hogy a férj és a feleség személyisége a házasság jósága szempontjából kialakított csoportokban észrevehetően eltérő módon egészíti ki egymást.

Ezt mutatják először is a férj és a feleség azonos változói közti korrelációk, melyeket a 8. és 9. *táblázat* tartalmaz. E táblázatokból kitűnik, hogy a Válók csoportjában a férj és a feleség egyik személyiségteszt egyik változója mentén sem mutat korrelációs hasonlóságot. Ezzel szemben a többi csoport a 3 teszten összesen rendre 5-7 változó mentén mutat szignifikáns kapcsolatot a házasfelek között.

A korrelációk előjelét is szemügyre véve az irodalmi adatokkal megegyező összefüggést állapíthatunk meg. Eszerint jó házasságban a házasfelek jobban hasonlítanak egymásra, mint a kevésbé jóban: a POZ csoportban a 3 teszt összesen 5 szignifikáns korrelációjából mind az 5 pozitív, a többi csoportban azonban 2-2 szignifikáns negatív együttható is előfordul.

A változók pszichológiai jelentése alapján a szignifikáns korrelációkat a következőképpen értelmezhetjük. Olyan házasságban, amelyet a felek sikertelennek és érzelmileg nem kielégítőnek tartanak (NEG), a felek önérvényesítő törekvései, intellektuális hatékonysága (IE), illetve egyéni pszichés egyensúlya (SA, AN) csak egymás rovására érvényesülhet. Közös boldogság és teljesítmény készletük szerény, két ember számára nem elegendő. Ha az egyik nagyot markol belőle, a másik szükségképpen hiányt szenved. A szűkös készlettel lehet összefüggésben a támaszkereső stratégia preferálását illető szoros pozitív együttjárás is a két fél között. De mi tartja össze az ilyen házasságot? Vizsgálati tesztjeink szerint egy lehetséges ok a férj és a feleség felelősségtudatának (RE) és extrinzik teljesítménymotivációjának (AC) egy sajátos pozitív együttmozgása a férj magasabb szintje mellett (vö. a 6. *táblázattal* is).

Ha a házasság már nem egyértelműen negatív minősítésű a felek részéről (AMB), akkor a felek aktivitásában (Szondi/Akt és F10) inkább párhuzamot találunk. Konfliktus esetén szituációcentrikus racionális beállítódásuk egymást erősíti (Coping/Probléma centrikusság), s pozitív együttjárás van felelősségtudatuk (RE) és felettes énjük erőssége Coping/Önbüntetés) között is. Hogy a tartalékok ezen a szinten is végesek, azt az S-CPI Szorongás (AN) és Státus elérésre való képesség (CS) skálái esetében kapott negatív korrelációk jelzik.

Jó házasságban (POZ) a házasfelek a legfontosabb temperamentum dimenzió szerint többnyire hasonlóak (S-CPI/Extra-introverzió faktor). Ebben a csoportban párhuzamosságot találunk a szociális rugalmasság (S-CPI/FX skála és Függetlenség-eredetiség faktor), a szociális fellépés hatékonysága (SP), továbbá a hosztilitás dimenzióhoz való attitűd (Szondi/Hos) tekintetében is. Ez utóbbi arra utal, hogy jó házasságban a felek között összhang van a szociális tér értékelő attitűdjében, vagyis a szociális közeledés-távolodás eldöntésében.

8. táblázat. A férj és a feleség azonos S-CPI-változói közötti korrelációk az egyes alcsoportokban

Csoport:	Válók	NEG	AMB	POZ	FH
Változó/ n:	15	10	14	13	11
DO:	0.183	-0.362	0.273	0.406	-0.238
CS:	-0.075	0.049	-0.545*	0.119	0.158
SY:	0.071	-0.058	0.192	0.394	-0.134
SP:	0.242	-0.145	0.398	0.627*	0.226
SA:	0.384	-0.719*	-0.061	0.278	0.136
WB:	0.300	-0.268	0.365	0.303	-0.176
AN:	0.203	-0.588+	-0.534*	0.259	-0.313
RE:	0.282	0.637*	0.541*	-0.102	0.677*
SO:	0.298	0.567+	0.390	0.334	0.465
SC:	0.305	0.080	0.120	0.209	0.378
TO:	0.373	-0.308	0.364	0.431	-0.272
ES:	0.076	-0.475	0.011	0.336	-0.148
GI:	-0.026	0.038	0.135	-0.037	0.181
CM:	0.291	0.162	-0.065	-0.481+	0.222
AC:	0.041	0.719*	-0.091	-0.026	-0.043
AI:	0.277	-0.075	0.176	0.365	0.181
IE:	0.027	-0.767**	-0.268	0.537+	-0.810**
PY:	0.118	-0.299	0.198	0.507+	-0.423
EM:	0.249	0.410	0.490+	-0.078	-0.219
FX:	-0.103	0.200	-0.061	0.697**	-0.034
FE:	0.084	-0.241	0.287	-0.034	0.568+
F1:	0.142	-0.048	0.189	0.149	0.416
F2:	0.432	-0.341	0.120	0.595*	-0.065
F3:	0.225	0.338	0.304	-0.397	0.730*
F4:	0.173	0.265	0.431	0.689**	0.115
Szignifikáns					
'+' korrelációk:	0	2	1	4	2
'-' korrelációk:	0	2	2	0	1

Jelölés: +: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

9. táblázat. A férj és a feleség azonos Coping- és Szondi-változói közötti korrelációk az egyes alcsoportokban.

Csoport:	Válók	NEG	AMB	POZ	FH
Coping skálák / n:	15	10	13	14	13
Pr.centr.:	-0.208	0.305	0.636*	0.235	0.175
Támaszk. :	-0.060	0.799**	0.363	0.174	0.166
Fesz.kon.:	-0.122	-0.521	0.386	0.306	0.504+
Figy.elt.:	0.069	-0.007	-0.066	0.531+	-0.121
Em.fókusz:	0.181	-0.429	0.068	0.382	-0.059
Em.kiür. :	0.155	-0.491	0.123	-0.145	0.628*
Önbüntet.:	0.109	0.098	0.715**	0.165	-0.137
Belenyug.:	-0.273	-0.161	0.194	0.178	-0.385
Szignifikáns '+' korrelációk:	0	1	2	0	1
'-' korrelációk:	0	0	0	0	0
Szondi skálák / n:	15	10	14	14	13
Dom:	0.014	0.024	-0.316	0.331	-0.079
Akt:	0.263	0.071	0.705**	-0.248	-0.486+
Hos:	0.134	0.248	0.196	0.564*	-0.366
Fem:	-0.021	0.071	-0.282	0.295	0.133
Zsu:	-0.205	0.057	0.370	-0.171	0.137
H:	0.386	0.153	-0.083	0.197	-0.171
Sj:	-0.373	-0.418	0.057	0.177	0.070
Pj:	0.005	0.316	-0.172	0.121	0.311
Mj:	0.095	-0.216	0.358	-0.144	-0.411
F1:	-0.341	-0.337	0.226	0.276	0.136
F2:	-0.171	0.140	-0.132	0.026	-0.725**
F3:	-0.460+	0.098	-0.432	0.491+	0.266
F4:	-0.345	0.001	0.447	0.419	-0.250
F6:	0.005	-0.497	-0.118	0.072	0.466
F9:	0.207	0.488	-0.175	-0.087	0.111
F10:	0.042	0.206	0.662*	-0.178	-0.315
Inst:	-0.023	0.172	-0.509+	-0.307	0.119
Szignifikáns'+' korrelációk:	0	0	2	1	0
'-' korrelációk:	0	0	0	0	1

Jelölés: +: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

A NEG, AMB, POZ csoportok korrelációinak trendjét is szemügyre véve úgy tűnik, hogy a házasság jóságával egyre pozitívabb lesz a férj és a feleség közti viszony a dominancia (DO), a szociális fellépés (SP), az önelfogadás (SA), a szorongás (AN), a tolerancia (TO), az énerő (ES), az intellektuális hatékonyság (IE) és a pszichológiai érzék (PY) tekintetében, míg egy határozott negatív trend figyelhető meg a konformizmus faktor és vezető skálái (RE, CM és AC) esetében.

A fiatal házasok csoportjában kapott szignifikáns korrelációk az S-CPI teszt esetében érdekes módon nem a POZ, hanem a NEG csoporttal mutatnak hasonlatosságot, annak ellenére, hogy kapcsolatuk szubjektív minősítése alapján egyértelműen a POZ csoporthoz állnak közelebb. Ennek oka talán az lehet, hogy a házasélet kezdeti szakasza, melyben a felek "egymáshoz csiszolódnak", kialakítják közös létük saját normáit és szabályait, fokozott összhangot igényel a felelősségtudatban (RE) és a szociális alkalmazkodásban (Konformizmus faktor), s kevesebb teret enged a felek egyéni intellektuális önmegvalósításának (IE). Erre utalhat az F2 Szondi-skála (jelentése: intellektuális beállítottság, valamint késztetés és készség a feminin típusú szociális alkalmazkodásra) erős negatív férj-feleség korrelációja is. A NEG csoporttal összehasonlítva azonban az érzelmi összhang fennállására utal FH-ban a pozitív férj-feleség korreláció az Érzelmi kiürítés és a Feszültség kontroll tekintetében, melyek NEG-ben határozottan negatív tendenciájúak (az FH vs. NEG összehasonlítás a két változóhoz tartozó korreláció esetében a Fisher-féle Z-transzformációval FH javára rendre 0,01, illetve 0,02 szinten szignifikáns).

A férj és a feleség személyiségének további összekapcsolódásaira derített fényt az az elemzés, melyben a házasfelek szorongását (AN), illetve jó közérzetét (WB) és érzelmi stabilitását (Stabilitás faktor) vetettem össze a partner különböző személyiségskáláival. A részletes eredményeket a *10-12. táblázatok* tartalmazzák.

E táblázatokból a következő főbb összefüggések rajzolódnak ki. A Válók csoportjában a házasfelek pszichés egyensúlya pozitív összefüggésben van egymással (WB, Stab. faktor, SC, SA), s az esensúlyt szintén pozitív irányban befolyásolja a felek felelősségtudata és a konvencionális értékekhez való pozitív attitűdje (AC, SO, RE, CM). Ugyanakkor egy ellentétes tendencia figyelhető meg az Extra-introverzió faktor tekintetében. Míg a feleség extraverziója és szociabilitása a férj stabilitásával negatív viszonyban van, a férj extraverziója és a Szondi-teszt Aktivitás dimenziójához való pozitív attitűdje a feleség szorongását kedvező irányban befolyásolja (azaz csökkenti). Ugyanakkor ebben a csoportban a feleség indulatos reakciókra való hajlandósága (Coping/Emoc. kiürítés) a férj szorongásával negatív viszonyban van ('megnyugszik a férj, ha tombol az asszony'). Megjegyzendő még, hogy a férj Szondi/F2 skálája a feleség pszichés egyensúlyával negatívan korrelál (ugyanúgy, mint az Együttélők csoportjában a feleség elégedettségi mutatóival; vö. *7. táblázat*), viszont a feleség Zsu skálája és a férj jó közérzete között pozitív kapcsolat van (ellentétben az Együttélők csoportjában kapott negatív Hf és Hf1 korrelációkkal; vö. *7. táblázat*).

10. táblázat. Szignifikáns korrelációk az S-CPI Jó közérzet (WB) és Szorongás (AN) skálájával, valamint Stabilitás (Stab) faktorával az S-CPI változók csoportjában (_f a férjek, _n pedig a feleségek változóit jelöli). A kiparciált tényező mindig a jelzett KOR és ISK változó volt.

	Sima korrelációs együtthatók			Parciális korrelációs együtthatók			
Válók (n = 15)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
SY_n:	-0.483+	-0.005	-0.599*	SY_n:	-0.591*	0.214	-0.679*
SA_n:	-0.283	-0.536*	-0.362	SA_n:	-0.380	-0.441	-0.457
SO_n:	0.464+	0.166	0.345	SO_n:	0.650*	0.199	0.691**
AC_n:	0.450+	0.394	0.185	AC_n:	0.561*	0.460	0.391
F2_n:	-0.390	-0.320	-0.557*	F2_n:	-0.528+	-0.159	-0.671*
KOR_f:	0.019	0.275	0.194				
ISK_f:	-0.136	0.194	-0.295				
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
SY_f:	0.158	-0.314	-0.108	SY_f:	0.428	-0.573*	0.041
WB_f:	0.300	-0.016	0.380	WB_f:	0.742**	-0.348	0.772**
RE_f:	0.221	0.429	0.360	RE_f:	0.467	0.368	0.641*
SC_f:	-0.001	0.325	0.265	SC_f:	0.405	0.044	0.719**
CM_f:	0.304	-0.446+	0.267	CM_f:	0.417	-0.685**	0.359
IE_f:	0.229	-0.393	-0.013	IE_f:	0.315	-0.560*	0.005
EM_f:	0.238	-0.608*	0.218	EM_f:	0.266	-0.661*	0.208
F1_f:	0.102	0.309	0.142	F1_f:	0.620*	-0.033	0.618*
F2_f:	0.119	-0.389	-0.156	F2_f:	0.304	-0.572*	-0.086
KOR_n:	-0.577*	0.439	-0.493+				
ISK_n:	0.317	-0.446+	0.310				
NEG (n = 10)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
SY_n:	-0.335	0.707*	-0.529	SY_n:	-0.367	0.752*	-0.689+
SP_n:	-0.230	0.580+	-0.557+	SP_n:	-0.247	0.629+	-0.735*
ES_n:	-0.379	0.689*	-0.352	ES_n:	-0.448	0.680+	-0.547
GI_n:	-0.781**	0.911**	-0.599+	GI_n:	-0.804*	0.925**	-0.707*
KOR_f:	-0.060	0.093	-0.038				
ISK_f:	-0.145	-0.246	-0.416				

(a 10. táblázat folytatása)

	Sima korrelációs együtthatók			Parciális korrelációs együtthatók			
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
CS_f:	-0.445	0.525	-0.736*	CS_f:	-0.439	0.561	-0.770*
SP_f:	-0.369	0.455	-0.573+	SP_f:	-0.335	0.567	-0.737*
RE_f:	0.613+	-0.505	0.694*	RE_f:	0.708*	-0.570	0.697+
SO_f:	0.022	-0.399	0.463	SO_f:	0.253	-0.768*	0.587
AI_f:	-0.394	0.643*	-0.598+	AI_f:	-0.417	0.650+	-0.624+
PY_f:	-0.420	0.675*	-0.592+	PY_f:	-0.359	0.710*	-0.652+
F4_f:	-0.648*	0.476	-0.787**	F4_f:	-0.649+	0.477	-0.800*
KOR_n:	0.234	-0.085	0.012				
ISK_n:	0.297	-0.236	-0.046				

AMB (n = 14)

	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
DO_n:	-0.648*	0.458+	-0.673**	DO_n:	-0.569+	0.379	-0.627*
CS_n:	-0.581*	0.587*	-0.690**	CS_n:	-0.526+	0.501+	-0.612*
SY_n:	-0.452	0.383	-0.645*	SY_n:	-0.354	0.233	-0.536+
SP_n:	-0.686**	0.634*	-0.746**	SP_n:	-0.641*	0.542+	-0.663*
SA_n:	-0.545*	0.657*	-0.611*	SA_n:	-0.489	0.586*	-0.512+
AN_n:	0.343	-0.534*	0.482+	AN_n:	0.157	-0.415	0.298
SO_n:	0.439	-0.590*	0.289	SO_n:	0.320	-0.557+	0.154
SC_n:	0.425	-0.556*	0.249	SC_n:	0.352	-0.503+	0.127
GI_n:	0.396	-0.565*	0.316	GI_n:	0.327	-0.495	0.177
AI_n:	-0.410	0.307	-0.573*	AI_n:	-0.274	0.149	-0.449
F2_n:	-0.643*	0.624*	-0.698**	F2_n:	-0.574+	0.535+	-0.606*
KOR_f:	0.315	-0.396	0.472+				
ISK_f:	-0.210	0.026	-0.055				

	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
SP_f:	0.136	-0.549*	0.394	SP_f:	0.246	-0.483	0.470
AN_f:	-0.217	-0.534*	-0.320	AN_f:	0.019	-0.339	-0.235
FX_f:	-0.440	0.256	0.024	FX_f:	-0.612*	0.238	-0.067
KOR_n:	0.301	0.548*	0.156				
ISK_n:	-0.132	0.032	-0.169				

(a 10. táblázat folytatása)

	Sima korrelációs együtthatók			Parciális korrelációs együtthatók			
POZ (n = 13)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
SP_n:	0.178	-0.578*	0.532+	SP_n:	0.208	-0.583+	0.529+
KOR_f:	-0.150	0.423	0.165				
ISK_f:	0.055	0.481+	-0.130				
FH (n = 11)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
DO_n:	-0.862**	0.376	-0.831**	DO_n:	-0.749*	0.005	-0.760*
CS_n:	-0.300	0.218	-0.486	CS_n:	-0.588+	0.397	-0.686*
SP_n:	-0.519	0.128	-0.605*	SP_n:	-0.313	-0.184	-0.486
RE_n:	0.774**	-0.490	0.817**	RE_n:	0.733*	-0.456	0.822**
F2_n:	-0.698*	0.309	-0.718*	F2_n:	-0.414	-0.094	-0.555
KOR_f:	0.626*	-0.607*	0.405				
ISK_f:	0.551+	-0.306	0.501				
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
SY_f:	-0.768**	0.549+	-0.178	SY_f:	-0.707*	0.534	-0.004
FX_f:	0.419	0.137	-0.189	FX_f:	0.221	0.172	-0.674*
F2_f:	-0.697*	0.329	-0.294	F2_f:	-0.389	0.384	0.143
KOR_n:	-0.755**	0.315	-0.377				
ISK_n:	-0.120	0.520	0.406				

Jelölés: +: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

11. táblázat. Szignifikáns korrelációk az S-CPI Jó közérzet (WB) és Szorongás (AN) skálájával, valamint Stabilitás (Stab) faktorával a Coping-változók csoportjában (_f a férjek, _n pedig a feleségek változóit jelöli). A kiparciált tényező mindig a jelzett KOR és ISK változó volt.

	Sima korrelációs együtthatók				Parciális korrelációs együtthatók		
Válók (n = 15)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
Ekiür_n:	-0.150	-0.619*	-0.032	Ekiür_n:	-0.201	-0.584*	-0.101
KOR_f:	0.019	0.275	0.194				
ISK_f:	-0.136	0.194	-0.295				
NEG (n = 9)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
Támk_n:	-0.620+	0.267	-0.693*	Támk_n:	-0.618	0.444	-0.678+
KOR_f:	-0.133	0.148	-0.001				
ISK_f:	-0.219	-0.214	-0.400				
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
Ekiür_f:	0.676*	-0.777*	0.376	Ekiür_f:	0.352	-0.831*	0.184
KOR_n:	0.585+	-0.225	0.447				
ISK_n:	0.521	-0.318	0.051				
AMB (n = 14)							
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
Figye_f:	-0.270	0.524+	-0.566*	Figye_f:	-0.545+	0.481	-0.844**
Emfók_f:	-0.595*	0.280	-0.297	Emfók_f:	-0.652*	0.312	-0.321
KOR_n:	0.301	0.548*	0.156				
ISK_n:	-0.132	0.032	-0.169				

(folyt. a köv. lapon)

(a 11. táblázat folytatása)

	Sima korrelációs együtthatók			Parciális korrelációs együtthatók			
POZ (n = 13)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
Prœn_n:	-0.594*	0.733**	-0.559*	Prœn_n:	-0.588+	0.789**	-0.634*
Feszk_n:	-0.706**	0.651*	-0.416	Feszk_n:	-0.812**	0.486	-0.497
Figye_n:	-0.572*	0.119	-0.138	Figye_n:	-0.564+	0.074	-0.258
Emfók_n:	-0.236	0.602*	-0.384	Emfók_n:	-0.227	0.398	-0.519
KOR_f:	-0.150	0.423	0.165				
ISK_f:	0.055	0.481+	-0.130				
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
Emfók_f:	0.136	0.263	0.016	Emfók_f:	-0.186	0.706*	-0.292
KOR_n:	-0.357	0.371	-0.361				
ISK_n:	0.319	-0.085	0.055				
FH (n = 11)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
Önbün_n:	0.500	-0.397	0.678*	Önbün_n:	0.221	-0.184	0.532
KOR_f:	0.615*	-0.542+	0.409				
ISK_f:	0.554+	-0.364	0.520				
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
Támk_f:	-0.411	0.267	-0.555+	Támk_f:	-0.624+	0.360	-0.679*
Emfók_f:	-0.223	-0.313	-0.688*	Emfók_f:	-0.243	-0.053	-0.578
Ekiür_f:	-0.476	-0.199	-0.626*	Ekiür_f:	-0.151	-0.361	-0.461
KOR_n:	-0.772**	0.345	-0.413				
ISK_n:	-0.059	0.528+	0.420				

Jelölés: +: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

12. táblázat. Szignifikáns korrelációk az S-CPI Jó közérzet (WB) és Szorongás (AN) skálájával, valamint Stabilitás (Stab) faktorával a Szondi-változók csoportjában (_f a férjek, _n pedig a feleségek változóit jelöli). A kiparciált tényező mindig a jelzett KOR és ISK változó volt.

	Sima korrelációs együtthatók			Parciális korrelációs együtthatók			
Válók (n = 14)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
Zsu_n:	0.758**	0.330	0.467+	Zsu_n:	0.771**	0.409	0.529+
KOR_f:	-0.084	0.217	0.073				
ISK_f:	-0.074	0.266	-0.223				
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
Akt_f:	0.007	-0.365	0.106	Akt_f:	0.356	-0.657*	0.401
Fem_f:	-0.406	-0.059	-0.553*	Fem_f:	-0.402	-0.178	-0.569+
F2_f:	-0.181	0.259	-0.238	F2_f:	-0.593*	0.585*	-0.574+
KOR_n:	-0.600*	0.428	-0.504+				
ISK_n:	0.307	-0.477+	0.308				
NEG (n = 9)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
H_n:	0.679*	-0.638+	0.368	H_n:	0.904**	-0.659	0.657
F10_n:	-0.694*	0.617+	-0.327	F10_n:	-0.756*	0.588	-0.460
KOR_f:	-0.133	0.148	-0.001				
ISK_f:	-0.219	-0.214	-0.400				
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
Dom_f:	0.457	-0.742*	0.430	Dom_f:	0.327	-0.704+	0.446
Hos_f:	-0.047	0.288	-0.680*	Hos_f:	0.315	0.567	-0.740+
F2_f:	0.377	0.464	-0.332	F2_f:	0.221	0.755*	-0.440
KOR_n:	0.585+	-0.225	0.447				
ISK_n:	0.521	-0.318	0.051				

(a 12. táblázat (folytatása)

	Sima korrelációs együtthatók				Parciális korrelációs együtthatók		
AMB (n = 13)							
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
F4_f:	-0.673*	0.123	-0.453	F4_f:	-0.614*	0.464	-0.396
KOR_n:	0.330	0.545+	0.199				
ISK_n:	-0.128	0.024	-0.167				
POZ (n = 13)							
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
Zsu_f:	0.479+	-0.620*	0.484+	Zsu_f:	0.556+	-0.669*	0.517
H_f:	-0.665*	0.309	-0.532+	H_f:	-0.759**	0.418	-0.676*
Sj_f:	-0.144	0.577*	-0.354	Sj_f:	-0.349	0.776**	-0.506
F1_f:	0.390	-0.491+	0.554*	F1_f:	0.698*	-0.793**	0.859**
F4_f:	-0.097	0.402	-0.251	F4_f:	-0.445	0.847**	-0.631*
F9_f:	0.313	-0.052	0.334	F9_f:	0.678*	-0.368	0.744**
KOR_n:	-0.357	0.371	-0.361				
ISK_n:	0.319	-0.085	0.055				
FH (n = 11)							
	WB_f	AN_f	Stab_f		WB_f	AN_f	Stab_f
Akt_n:	-0.654*	0.613*	-0.620*	Akt_n:	-0.645+	0.416	-0.739*
F4_n:	0.455	-0.221	0.464	F4_n:	0.785*	-0.339	0.667*
KOR_f:	0.626*	-0.607*	0.405				
ISK_f:	0.551+	-0.306	0.501				
	WB_n	AN_n	Stab_n		WB_n	AN_n	Stab_n
Hos_f:	-0.358	0.134	-0.712*	Hos_f:	-0.341	0.321	-0.658+
F1_f:	0.704*	0.101	0.460	F1_f:	0.596+	0.084	0.042
F2_f:	0.651*	-0.208	0.497	F2_f:	0.719*	-0.531	0.167
F10_f:	-0.386	0.330	-0.665*	F10_f:	-0.071	0.263	-0.711*
Inst_f:	0.701*	-0.485	0.219	Inst_f:	0.514	-0.265	0.219
KOR_n:	-0.755**	0.315	-0.377				
ISK_n:	-0.120	0.520	0.406				

Jelölés: +: $p < 0.10$, *: $p < 0.05$, **: $p < 0.01$

A NEG csoportban a feleség pszichés egyensúlya negatív kapcsolatban van a férj függetlenségre, önállóságra utaló vonásaival (S-CPI/Függetlenség-eredetiség faktor, AI, CS, SP, PY) és pozitív kapcsolatban a férj szocializáltságával és felelősségtudatával (SO, RE). Ugyanakkor a férj pszichés egyensúlyát a feleség magabiztossága és aktív szociális viselkedése gyengíti (GI, SY, SP, ES, Szondi/F10, Coping/Támaszkeresés), míg affiliatív, szexuális tendenciái (Szondi/H) erősítik. Végül a Válók csoportjában kapottal megegyező erős negatív kapcsolatot találunk az Emocionális kiürítés és a szorongás között, de a férj és a feleség szerepcseréjével.

Az AMB csoportban a férj pszichés egyensúlya negatív kapcsolatban van a feleség aktív és sikeres szociális magatartásával (Extraverzió faktor, SY, DO, CS, SP, SA) és pozitív kapcsolatban a feleség szociális alkalmazkodásra utaló egyes jegyeivel (SO, GI, SC). Ugyanakkor a feleség egyensúlyát leginkább a férj elterelő, helyzetből kilépő Coping stratégiái (Figyelem elterelés, Emóció fókusz), valamint gyenge szociális alkalmazkodása és indulatosságra való hajlama (Szondi/F4) rontják.

A POZ csoportban a férj stabilitása pozitív kapcsolatban van a feleség jó szociális fellépésével (SP), viszont érdekes módon negatívan hatnak rá a feleség szituáció centrikus Coping stratégiái (Probléma centrikusság és Feszültség kontroll). Nem meglepő, hogy mindkét fél szorongását növeli a partner inadekvát Emóció fókuszú reagálási tendenciája, illetve hogy a férj jó közérzetét csökkenti a feleség Figyelem elterelés stratégiája. A Szondi-skálákkal kapcsolatos korrelációk itt azt jelzik, hogy a feleség érzelmi egyensúlya erős pozitív kapcsolatban van a férj intellektualitásával (F1, F9 és H), szociális alkalmazkodó képességével (F1, F9, Sj és F4), valamint a Zsugori-zárkózott ingerdimenzióhoz való attitűdjével.

A fiatal házasok csoportjában a feleség érzelmi egyensúlya pozitívan korrelált a férj szociális alkalmazkodásra utaló jegyeivel (Szondi/F1 és F2) és negatívan a férj szociális aktivitásával és rugalmasságával (SY, FX, Szondi/F10 és Coping/Támaszkeresés), valamint a Hosztilitás ingerdimenzióhoz való pozitív attitűdjével és inadekvát emocionális coping stratégiáival (Emóció fókusz és Emóció kiürítés). Ugyanakkor a férj emocionális stabilitása az AMB csoportban megfigyelt módon függött a feleség jegyeitől: pozitív kapcsolat a feleség felelősségtudatával és felettes én kontrolljával (RE és Önbüntetés stratégia), viszont negatív kapcsolat a feleség aktív és sikeres szociális fellépésével (DO, CS, SP, Extraverzió faktor, Szondi/Akt).

Megbeszélés

Eredményeink meggyőzően alátámasztják azt a sokak (pl. Bentler és Newcomb, 1978) által képviselt véleményt, hogy a házasfelek személyisége szoros összefüggésben van házasságuk minőségével. Az, hogy ez nem a verbális vizsgálati technika műterméke csupán, a Szondi-képválasztáson alapuló új -- nem verbális -- Szondi-skálákra vonatkozó eredmények jelzik, melyek teljes összhangban vannak a verbális változókkal kapcsolatos találatokkal. De mik is ezek az eredmények?

A Válók és a többi csoport átlagainak összehasonlítása nem erősítette meg azt a feltételezést, amelyet a longitudinális vizsgálatok alapján vártunk, hogy tudniillik a

sikertelen házasságban élők neurotikusabbak az átlagosnál (vö. Bentler és Newcomb, 1978; Kelly és Conley, 1987). Hogy miért nem? Erre két feltételezésem van. Az egyik: a Válók nem képviselték a teljes váló populációt, hiszen közöttük nem szerepeltek olyan párok, akik közös megegyezéssel bontották fel házastársi kapcsolatukat és per nélkül meg tudtak egyezni a válás módjáról és a vitás ügyekről. A másik: a Válók tesztfelvételi körülményei nem voltak teljesen azonosak a többi páréval. A Válók hivatalos eljárás keretében találkoztak a pszichológussal, s számukra a vizsgálat tétre menő volt. Ezzel szemben az összes többi pár részéről önkéntes volt a részvétel. Emiatt a személyiségtesztekben eleve számítanunk kellett egy disszimulációra való hajlamra, melyet a Válók többiekénél szignifikánsan magasabb Jó benyomás keltés szintje meg is erősít. Szintén e helyzeti körülmény figyelembevételével értelmezhető e csoport átlagosnál magasabb támaszkeresést és feszültség kontrollt tükröző Coping-tesztbeli eredménye. Ugyanakkor a konfliktusos helyzet racionális megváltoztatására irányuló problémacentrikus stratégia terén már nincsenek egyöntetű fölényben az együttélő párokkal szemben. E tendenciájuk csupán a negatív szubjektív minősítésű házasságban élőkkel szemben pozitív.

Ugyanakkor az Együttélők csoportján belül végzett elemzések eredményei szinte minden tekintetben egybevágnak az irodalmi adatokkal. Ezek szerint a jó házasságban a felek emocionális stabilitása és szocializáltsága nagyobb, szorongásra való hajlama, énbizonytalansága és konfliktusok esetén az emóció fókuszú reagálás gyakorisága pedig kisebb, mint a mindkét fél részéről negatívan minősített kapcsolatokban. A házasság jóságát erősíti továbbá, ha a feleségben az átlagosnál - illetve a férjéhez viszonyítva - magasabb a felelősségtudat, a jó benyomás keltés igénye, valamint az extrinzik teljesítménymotiváció és gyengíti, ha a feleség intellektuális önmegvalósításra, illetve függetlenségre való igénye túlságosan magas.

Az egyes alcsoportokon belüli korrelációs elemzések érdekes adalékokat szolgáltattak a házasfelek vonásainak együttjárási mikéntjéről, illetve arról, hogy az egyes házaspári csoportokban az egyik fél személyiségvonásai hogyan hatnak a másik fél érzelmi egyensúlyára. Eredményeink az irodalmi adatokkal összhangban azt mutatják, hogy jó házasságban a felek egyes személyiségvonásai erősebben és pozitívabban korrelálnak egymással, mint a rossz házasságban élőknél, illetve a különélést választóknál. Jó házas kapcsolatban a felek egyéni törekvései, individualitása a partner részéről támogatást remélhetnek, érzelmi egyensúlyuk összhangban van. Az együttélő, de házasságukkal és párjukkal elégedetlen NEG csoportban néhány jellegzetes negatív korreláció is előfordul. Ezek arra utalnak, hogy ilyen kapcsolatban a felek önérvényesítő törekvése, intellektuális hatékonysága, illetve egyéni pszichés egyensúlya csak egymás rovására érvényesülhet. Megjegyzendő azonban, hogy a jó házasságban megfigyelhető korrelációs hasonlóság elsősorban a verbális önjellemző S-CPI teszt változóira jellemző. Hasonlóan erős pozitív összefüggést sem a megküzdő stratégiák, sem a Szondi-skálák esetében nem tapasztalhatunk. Hogy a verbális önjellemzés alapján számolt korrelációk esetenként mennyire torzíthatnak, arra Buss (1984) tanulmánya szolgáltat jó példát. Buss 93 házaspárt 16 személyiségvonás mentén vizsgált meg részben önjellemzéses teszttel, részben pedig független külső megfigyelők értékítéletei alapján, majd a férj és a feleség azonos vonásait mérő változókat korreláltatta egymással. Több eltérő korreláció közül a legérdekesebb a 'Domináns' dimenzió esetében kapott, mely az önjellemzés alapján

szignifikánsan pozitívnak, a külső megfigyelők ítélete alapján viszont szignifikánsan negatívnak adódott.

A vizsgálat legfontosabb eredményének mindazonáltal azt tekinthetjük, hogy a kiválasztott három személyiségteszt alkalmasnak bizonyult a különböző házaspári csoportok elkülönítésére, a házasság jóságával összefüggő személyiségjegyek azonosítására és a jellegzetes férj-feleség interakciók feltárására.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. április 28.

IRODALOM

Adams, C. R. (1946). The prediction of adjustment in marriage. *Educational and Psychological Measurement, 6*, 185-193.

Aldwin, C. M. és Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 337-348.

Arias, I. és O'Leary, K. D. (1985). Semantic and perceptual discrepancies in discordant and nondiscordant marriages. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 51-60.

Bentler, P. M. és Newcomb, M. D. (1978). Longitudinal study of marital success and failure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*, 1053-1070.

Burgess, E. W. és Wallin, P. (1953). *Engagement and marriage*. New York, Lippincott.

Buss, D. M. (1984). Marital assortment for personality dispositions: Assessment with three different data sources. *Behavior Genetics, 14*, 111-123.

Carlson, R. és Williams, J. (1984). Studies of Jungian typology: III. Personality and Marriage. *Journal of Personality Assessment, 48*, 87-94.

Cattell, R. B. és Nesselroade, J. R. (1967). Likeness and completeness theories examined by Sixteen Personality factor measures on stably and unstably married couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 7*, 351-361.

DeYoung, G. E. és Fleischer, B. (1976). Motivational and personality trait relationships in mate selection. *Behavior Genetics, 6*, 1-6.

Doherty, W. J. és Jacobson, N. S. (1982). Marriage and the family. In: B. B. Wolman (Ed.), *Handbook of developmental psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall. 667-679.

Fincham, F. D. és Bradbury, T. N. (1987). The impact of attributions in marriage: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 510-517.

Gottman, J. M. és Krokoff, L. J. (1989). Marital interaction and satisfaction: A longitudinal view. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 47-52

Jacob, T. (1975). Family interaction in disturbed and normal families: A methodological and substantive review. *Psychological Bulletin, 82*, 33-65.

Jemail, J. A. és LoPiccolo, J. (1982). A sexual and a marital defensiveness scale for each sex. *The American Journal of Family Therapy, 10*, 33-40.

Kelly, E. L. és Conley, J. J. (1987). Personality and compatibility: A prospective analysis of marital stability and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 27-40.

Magni, G. (1983). Symmetry and complementarity in the alcoholic marriage: a pilot study. *Drug and Alcohol Dependence, 11*, 373-381.

Markman H. J. (1979). Application of a behavioral model of marriage in predicting relationship satisfaction of couples planning marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*, 743-749

Markman, H. J. (1981). Prediction of marital distress: A 5-year followup. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*, 760-762

Markman, H. J., Floyd, F. J., Stanley, S. M. és Storaasli, R. D. (1988). Prevention of marital distress: A longitudinal investigation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 210-217.

Meck, D. S. és Le Unes, A. (1977). Personality similarity-dissimilarity and underlying psychopathology in couples seeking counseling. *Journal of Marriage and Family Counseling, 3*, 63-66.

Oláh Attila (1984). A Californiai Psychological Inventory (CPI) rövidített változatának ismertetése. Pszichológiai tanácsadás a pályaválasztásban, Módszertani füzetek, 32. Országos Pedagógiai Intézet kiadványa, Budapest,

Oláh Attila (1985). A Californiai Pszichológiai Kérdőív hazai alkalmazásával kapcsolatos tapasztalatok. In: Hunyadi Gy. (szerk.), *Pszichológiai Tanulmányok XVI.* Budapest, Akadémiai Kiadó, 53-101.

Oláh Attila (1988). A Californiai Pszichológiai Kérdőív rövidített változatának ismertetése. Munkalélektani Koordináló Tanács kiadványa, Budapest.

Oláh Attila (1992). A megküzdő viselkedés elméleti kérdései és mérési problémái. In: Oláh A. (szerk.), *A megküzdő viselkedés személyiségpszichológiai vonatkozásai.* Szöveggyűjtemény. Tankönyvkiadó, Budapest (megjelenés alatt).

Pléchaty, M. (1987). Perceptual congruence of five attitudes among satisfied and unsatisfied couples. *Psychological Reports, 61*, 527-537.

Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Tilson, M. és Seeley, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 499-511.

Satir, V. (1967). *Conjoint family therapy.* Science and Behavior Books. Palo Alto, CA.

Seywert, F. (1990). *L'évaluation systémic de la famille.* Press Universitaire de France, Paris.

Terman, L. M. és Oden, M. H. (1947). *The gifted child grows up: Twenty-five year followup of a superior group.* Stanford University Press.

Uhr, L. M. (1957). Personality changes during marriage. Unpublished doctoral dissertation. University of Michigan. Ann Arbor.

Vaillant, G. E. (1978). Natural history of male psychological health: VI. Correlates of successful marriage and fatherhood. *American Journal of Psychiatry, 135*, 653-659.

Vargha A. (1989). Új személyiségskálák a Szondi-teszt képeinek felhasználásával, I. A Szondi-képek információtartalma. *Pszichológia, 9*, 551-592.

Vargha A. (1990a). Új személyiségskálák a Szondi-teszt képeinek felhasználásával, II. Konstrukció és reliabilitásvizsgálat. *Pszichológia, 10*, 85-120.
Vargha A. (1990b). Új személyiségskálák a Szondi-teszt képeinek felhasználásával, III. Az új skálák pszichológiai jelentésének vizsgálata. *Pszichológia, 10*, 209-277.
Vargha, A. (1991). Coping strategies and marital compatibility. Paper presented at the 2nd European Congress of Psychology, 8 - 12 July, 1991, Budapest.
Winch, R. F. (1958). *Mate selection: A study in complementary needs.* Harper & Row, New York.
Winch, R. F., Ktsanes, T. és Ktsanes, V. (1955). Empirical elaboration of the theory of complementary needs in mate-selection. *Journal of Abnormal Social Psychology, 51*, 508-513.
Winch, R. F. és More, D. M. (1956). Quantitative analysis of qualitative data in the assessment of motivation: Reliability, congruence, and validity. *The American Journal of Sociology, 61*, 445-452.
Winer, B. J. (1971). Statistical principles in experimental design (2nd ed.). McGraw-Hill Kogakusha, Ltd., Tokyo.

SUMMARY

Personality of married couples and marital compatibility

Vargha, András

The importance of personality factors in the outcome of a marriage has been revealed by numerous empirical longitudinal studies of marital compatibility carried out from the 30s. From these studies it seems convincing that personality rather than sociological-demographic factors exert primary influence on the development and outcome of a marital relationship. A major shortcoming of these studies is, however, the limited types of dependent variables applied. Among them, one finds only scales of verbal self-report personality tests along with personality traits assessed by external observers. Projective tests, individual deep interviews and person perception measures that would convey major information from deeper levels of personality are missing. The present paper is part of a cross-sectional pilot study in which marital groups of different levels of marital compatibility were compared by means of verbal personality measures (California Personality Inventory and a Coping Preference Questionnaire), along with a nonverbal face-selection test (Szondi Test). The results obtained support our initial hypothesis on the existence of a strong relationship between personality of the mates and the quality of their marriage. According to our results, in high quality marriages emotional stability and socialization level of the mates is higher, while their preference for a Tension reduction coping strategy is lower than in low quality marriages. Furthermore there was a positive correlation between marital satisfaction and the wife's Responsibility, Good Impression and Achievement via Conformity scores, and a negative correlation between marital satisfaction and the wife's need for self-realization and independence.

CSALÁDI RORSCHACH-VIZSGÁLATOK ELHÍZOTT GYEREKEK CSALÁDJÁVAL

GEIGER ÁGOTA és BERGHAMMER RITA

SOTE Orvospszichológiai Oktatási Csoport

SOTE Neurológiai Klinika

Tizenhárom elhízott gyermekkel és szüleivel vettünk fel egyéni Rorschach-tesztet, majd összeültetve a családot, közös Rorschach-felvétel következett. Miután a mintául szolgáló Willi-féle módszer párok közös Rorschach-jára vonatkozik, így annak szempontjait kiegészítettük saját vizsgálati csoportunkban adódó szempontokkal. Az egyéni tesztekből a gyermekeké mellett a szülők pathológiás személyiségvonásai is kiviláglottak, a családi jegyzőkönyvek pedig rámutattak a jellemző interakciókra és a családi pszichodinamikára.

Az elhízott gyerekek családi Rorschach-vizsgálata azért keltette fel érdeklődésünket, mert a szakirodalomban szinte semmilyen adat nem olvasható a teljes családra jellemző interakciókról, szemben azzal, hogy az anya - gyermek kapcsolatot újszülött kortól kezdve részletesen feltárják. (Bruch, 1961, 1973; Geiger és Berghammer, 1982; Berghammer és Geiger, 1989).

Mindössze 13, háromtagú családot vizsgáltunk, ezért eredményeink természetesen nem statisztikai értékűek. Munkánk célja elsősorban a családi Rorschach módszerének kipróbálása volt. A módszer kidolgozója, Willi svájci pszichiáter, nem családokkal, hanem házaspárokkal végzett közös Rorschach-vizsgálatokat. Az eredmények értékelésekor figyelembe vettük az általa megadott szempontokat, azonban a háromtagú család interakciói szükségszerűen bonyolultabbak, mint egy páré, így a szempontokat ki kellett egészítenünk. (Willi, 1968) A saját megfigyeléseink alapján hozzátett értékelési szempontok részben a pszichoszomatikus tünetképzést és testséma-zavarokat jelző Rorschach-jegyekre vonatkoznak, részben a családtagok közötti kommunikációra.

A vizsgálat menete a következő volt: a család tagjaival egyénileg és egyidejűleg vette fel a Rorschach tesztet három vizsgálatvezető, majd közvetlenül ezután arra kértük őket - összeültetve a családot -, hogy minden táblára egy közös megoldást adjanak. A családtagok nem tudták, hogy az egyéni után közös tesztfelvétel fog következni, és a kettő között nem volt idejük megbeszélésre. A verbális megnyilvánulásokat magnetofonra vettük, az egyéb viselkedésbeli jellemzőket pedig jegyzőkönyvben rögzítettük.

Tizenhárom, a SOTE I. sz. Gyermekklinikáján kivizsgált, fejlődési kövérségben szenvedő, 10,5-12,5 évig terjedő korú gyermek, 7 leány és 6 fiú családjával végeztünk vizsgálatokat.

Eredményeink

1. A Willi által javasolt szempontok elemzése a következő adatokat eredményezi:
- A verbális produktivitás az egyéni Rorschach-ban az apáknál a legmagasabb szintű, átlagosan 24 válasszal, az anyák a legkevésbé produktívak. A családban mindenki kevesebb választ ad az egyéninél, de a gyermekek viszik át a legtöbb egyéni válaszukat a családi jegyzőkönyvbe: eredeti válaszaik háromnegyedét.
- A közös tesztfelvétel során a legtöbbször az apák válaszát fogadják el, átlagosan ötször (azaz a képek felénél), s a másik fele oszlik meg az anyák és a gyermekek megoldásai között.
- á harmadik Willi-féle mutató, a közös válaszról hozott döntés azt jelzi, hogy az anyák és az apák egyenlő arányban, átlagosan 3,8, illetve 3,7 esetben döntenek a közös megoldásról egy-egy családi tesztfelvétel során.

2. A Willinél nem szereplő, a közös tesztfelvétel során megfigyelt interakciókra vonatkozó mutatók a következőképpen alakultak:

Legtöbbször az anyák szóltak a többiekhez, összesen 61 esetben a gyermekhez, 44-szer a papához. Az apák 47-szer szóltak a gyermekhez, 23-szor a mamához. A gyermekek sokkal kisebb arányban vettek részt az interakcióban, de aktívabbak voltak a válaszadás terén. Az egymáshoz intézett mondatok jellege: a családtag kérdést tesz fel, bíztatja a többieket, döntésre szólít fel, rendreutasít, magyarázza válaszát, minősíti mások válaszát, többes szám első személyben fogalmaz, objektív, illetve szubjektív kritikát gyakorol. Ezek gyakorisági rangsora élén a következők állnak:

Mama kérdez összesen 82-szer, papa kérdez 66-szor, gyerek kérdez 38-szor, mama minősíti mások válaszát 36-szor.

Az eddigiek alapján megállapíthatjuk, hogy a vizsgált családokban a gyermekek elsősorban a jelentésadási, elaboratív tevékenységben aktívak a közös tesztfelvétel során, az anyák főként a másik két családtaggal folytatott interakciókban és a döntési folyamatban vesznek részt, az apák pedig mindkét szempontból jelentős szerepet játszanak.

3. A szakirodalomból ismeretesek az elhízottak testséma-zavarai, valamint az, hogy e betegek személyiségére különböző mértékben jellemzők a neurotikus, illetve pszichoszomatikus vonások. Mintánkban az egyéni tesztmegoldásokat elemzve nemcsak a gyermekek, hanem a szülők Rorschach-jegyzőkönyveiből is kiemeltük azokat a jegyeket, amelyek Mezei és mtsi (1965), illetve Fisher és Cleveland (1955) szerint testséma-zavarral, valamint amelyek Mérei (1968) szerint neurotikus, illetve pszichoszomatikus problémákra utalnak. Ennek az elemzésnek a legmeglepőbb eredménye a szomatikusan egészségesként nyilvántartott és normál testsúlyú szülők Rorschach-jegyzőkönyvében a pszichoszomatikus, szexuális és testséma-zavarok jeleinek nagy száma. Az apák jegyzőkönyveiben összesen 52 ilyen jegy fordul elő (pozíció-válasz, torzítás, deformáció,

szimmetria-reakció, kicsinyítés, a VI. táblán Versagen-reakció, illetve szexuális problémára utaló komplexválasz), az anyák jegyzőkönyveiben 39 ilyen jegyet találtunk. Más jellegű neurotikus jegy az apáknál 40 db, az anyáknál 24 db fordul elő. Tehát mind az apák, mind az anyák lényegesen több testséma-zavarra utaló tartalmat és különleges reakciót adnak, mint amennyi egyéb neurotikus jegyet. Ezzel szemben a gyermekek jegyzőkönyveiben az összesen 24 testséma-zavarra utaló jegy mellett 55 más jellegű neurotikus tartalom és különleges reakció tűnik fel (szem, ruha, maszk, orális válasz, agresszív tartalom, kapaszkodás, távolítás, takarás, Versagen-reakció).

Természetesen e kiragadott jegyek alapján nem minősítjük az anyákat és apákat patológiás személyiségnek, nem végeztünk náluk átfogó személyiségvizsgálatot és nem esettanulmány készítése volt a célunk. Ehelyütt csupán olyan tendenciákat mutatunk be, amelyeket a családterápiás intervenciók során figyelembe kell venni. A családi kommunikációs zavarok kialakulásában és a gyermek elhízásos tünetének megalapozásában a szülők lappangó neurotikus vonásainak jelentős szerepet tulajdonítunk. A nem teljesen intakt személyiségű szülők felszíni egyensúlyban maradásához nagyon valószínű módon hozzájárul az a körülmény, hogy a családban a manifeszt beteg szerepét a gyermek viszi.

4. Következő szempontunk az volt, hogy az egyes családtagok patológiás válaszai milyen arányban érvényesülnek a családi jegyzőkönyvekben. A gyermekek kóros válaszaik 43 %-át, az apák azok 33 %-át, az anyák 31 %-át viszik át a közös Rorschach-ba. Az apáknak a családi tesztfelvétel során javasolt új megoldásai között még 23 patológiás jellegű válasz található, a gyermekek esetében szintén 23, az anyák válaszai között 11 db. Az apák és a gyermekek tehát lényegesen több kóros tartalmat hoznak be a családi jegyzőkönyvekbe, mint az anyák. Két példa az egyéni megoldások családi érvényesülésére:

a) Egy 10,5 éves leány mindhárom családtagjának jegyzőkönyve számos patológiás vonást tartalmaz. A gyermeknél testséma-zavar jelei, Barrier* válaszok és orális reakciók fordulnak elő, az apánál testséma-probléma mellett skizoid elhárítás jelei és paranoid jegyek húzódnak végig a jegyzőkönyvön, az anya extrovertált, domináns, agresszív személyiséget mutat, az érzelmi parazitizmus jegyeivel. A közös tesztelés során azonban kóros választ csupán két esetben fogadnak el. A döntést legtöbbször a mama hozza. A jelentés-adási folyamatban kevéssé vesz részt, saját egyéni tesztjében adott, sokszor kóros tartalmait nem mondja el, hanem a helyzetet irányítja oly módon, hogy minden táblánál kikéri a másik két családtag véleményét, sokszor minősíti válaszaikat és végül leginkább a semmitmondó, emocionális töltést nélkülöző, nem kóros, azonban tartalmatlan megoldásokat fogadtatja el. Példa a VI. tábla családi megoldása:

---

* Fisher és Cleveland vezeti be a Rorschach teszt értékelésébe a Barrier-válasz fogalmát, miszerint a kemény héjú vagy páncélos állat vagy tárgy, illetve a valaminek a körülhatárolására utaló válasz a testhatárok hangsúlyozását, védelmét jelenti. Az obesitassal foglalkozó szerzők szerint ezek a betegek az énhatárok bizonytalansága miatt védőburokban élik meg a zsírréteget, így nem meglepő, hogy a Rorschach jegyzőkönyvükben gyakran fordulnak elő Barrier-válaszok.

Gyerek: Lepke, rtg-kép.
Papa: Két szobor-szerűség, madárijesztő.
Gyerek: *(nevet)*
Mama: Madárijesztő, de így *(megfordítja a táblát C állásba)*. Itt meg faragott asztalláb. Jutka, elfogadod? *(gyerekhez)*
Papa: Dohánylevél meg két báb egy rúdon.
Gyerek: Igen.
Mama: Legyen levél.
Papa: Legyen.
Gyerek (élénken): Dohánylevél! Láttuk Bulgáriában. De ez itt a görögdinnye magja.
Mama: Juj! Falevél.

Az anya tehát több jó formaválasszal szemben egy F+- -szal jelölhető emocionálisan semleges megoldás mellett dönt, és az egyetértés kialakulásakor leállítja a további válaszadást.

b) Egy 12 éves fiú apjának jegyzőkönyvében agresszió, testséma-probléma és rejtőzködés jelei tűnnek fel. Az anya egyéni jegyzőkönyve fokozott szorongáskészséget, bizonytalanságot, önértékelési zavart, dependenciát és a biztonság keresését mutatja. A családi jegyzőkönyvben az apa öt kóros válaszát fogadják el közös megoldásként. A családi tesztfelvétel során a gyermek zavarban van, bohóckodik, produkcióként éli át a helyzetet, többször kérdezi a mama véleményét, aki azonban bizonytalan, nem nyújt kellő megerősítést. Az apa mintegy cinkos szövetségre törekszik fiával, és hármuk közül a legmagabiztosabban viselkedik. A gyermek, miután az anyától nem kap határozott válaszokat, legtöbbször az apához csatlakozik. Mindez együtt idézheti elő, hogy az apa kóros megoldásait a másik két családtag sokszor saját konvencionális, adekvát válaszai ellenében is elfogadja. A közös tesztelés első mondata az apa kérdése: "Na, mire hasonlít?" Ő fogja a táblákat, és mindvégig uralja a helyzetet. Példa a II. tábla megoldása:

Gyerek: Piros füzet és kifolyt a tinta.
Mama: Két kis mackó.
Gyerek (türelmetlenül): És a piros, az mi?
Papa: Ha csak ezt nézem (zw), olyan lámpa, ami lefelé világít.
Gyerek: Tényleg az, a háttér a fekete.
Papa (ránéz a gyerekre): Mackó vagy lámpa?
Gyerek: Legyen lámpa, de mindegy.
Papa (követelődző hangon): Na de mi?
Gyerek: Lámpa.
Mama: Én mackónak látom.
Gyerek: De az lehet háttér. A mackónak nem ilyen a feje.
Papa: Fogják a lámpát, mi?
Gyerek: Tényleg, nem is hülyeség. No, mi legyen, anyu?
Mama: Lámpa.

Az apa tehát a gyermek segítségével rábeszéli az anyát saját válasza elfogadására, az anya pedig annyira bizonytalan és annyira magára marad, hogy végül a felajánlott kompromisszum ellenére is lemond saját konvencionális, jó formaválaszáról és ő mondja ki a döntést a papa megoldása mellett.

5. Következő két példánk az affektusok elleni hárítási módokra vonatkozik, ahogyan ezek a családi Rorschach-ban megjelennek.

a) Egy 11 éves fiú egyéni jegyzőkönyvében és anyja egyéni jegyzőkönyvében is előfordultak a VII. táblán nyílt agresszív tartalmak. A tábla családi megoldása így alakult:

Gyerek: Két vitázó mókus.
Mama: Két állat.
Gyerek: Szopnak az emlőből.
Papa (gyerek felé bólogat): Az lehet.
Gyerek: Két kutyus rátámadt egy harmadikra.
Papa: Két kutyus mintha szopna.
Mama: Két kis bárány.
Papa: Kutyus.
Mama: Két kutya szopik.

Itt végig követhető, ahogy a gyermek egyrészt agresszív válaszokat, másrészt orális tartalmat javasol, a szülők pedig az előbbit ignorálják, az utóbbit megerősítik. Családi döntésként is ezt fogadják el, ezek szerint az oralitás az egész család dinamikájában a feszültség megszüntetését szolgálja.

b) Egy 10,5 éves fiú családjának VIII. tábláján az agresszív impulzusok semlegesítését figyelhetjük meg:

Gyerek (kezébe veszi a táblát, és mutogat rajta): Hatalmas szörnyeteg elragadja az egész mindenséget. Vagy két állat húzza kétfelé a fát, fenyő, bokor, csont.
Mama (kiveszi a gyerek kezéből a táblát): Fej, torok, keresztmetszet, itt vannak a fogak.
Papa: Két emlős.
Mama: Na, Zsolt? *(a gyerekhez)*
Gyerek: Az ősemlős, az jó.
Mama: Ősgyík. És fej, torok keresztmetszet.

Tehát miután a gyermek részben szorongással, részben agresszív töltéssel teli választ adott, az anya pedig egy orálagresszív tartalmat, a fogakat hozta be, az apa érzelmi töltés nélküli, konvencionális megoldást javasol (két emlős), ezt fogadják el, de a gyerek még tovább fejleszti a hárítást egy időbeli távolítással, az anya pedig megismétli az előbbi dereizálást.

6. A gyermek több családban a szülők közötti feszültségeket tompítja, mintegy villámhárító szerepet játszva.

a) Erre példa egy 10,5 éves leány családjának IX. táblája:

Papa: Hegedű (zw).
Mama: Inkább gitár.
Papa: De női alak is.
Gyerek (megfordítja a táblát és izgatottan mondja): Én így néztem!
Mama: És mit láttál?
Gyerek: Semmit.
Papa: Tehén, itt az orrlika.
Mama (zavartan nevetgél).
Papa: Rózsa.
Gyerek: Legyen hegedű, anyu!
Mama: Jó, akkor húros hangszer.

Az apa tehát többször hoz női tartalmakat, nyíltan vagy elaboratív formában, amitől az anya zavarba jön. A gyerek itt nem javasol saját megoldást, hanem az apa minden egyes provokációjakor beavatkozik, először megfordítja a táblát, majd rábeszéli anyját, hogy fogadja el az apának a női tartalmakon kívül eső válaszát, a hegedűt, amivel véget vethet a kihívásoknak. Az anya ezt némi módosítással el is fogadja, különállását jelezve enged.

b) Hasonló, a szexuális problémák okozta feszültséget csökkentő szerepet játszik egy 11 éves leány, akinek anyja a II. tábla egyéni megoldásaiban tüszőrepedést, apja gerincet említett, ezeket azonban a családi ülésen nem ismételték meg. A II. tábla családi megoldása így alakult:

Gyerek: Csókolódzó állat.
Mama: Én nem azt mondtam, de az orruk összeér.
Gyerek: Állat. Elefánt.
Mama: Az elefántnak lóg a füle és az ormánya nem így szűkül.
Papa: Rossz a kép.
Gyerek (felkapja az asztalról a táblát): Mondjunk már egy állatot! Két mackó.

Ezt a szülők elfogadják.

Itt először a gyerek hozza be a szexuális tartalmat, majd a mama provokálja a papát, aki objektív kritikával reagált. A gyerek, látva a szülők közötti feszültség kialakulását és a papa zavarát, visszavonult és egy semleges állat-válasszal megoldotta a helyzetet.

c) Egy 13 éves 7 hónapos leány édesanyjával és nevelőapjával él. A leány és nevelőapja között szexuális csábítás sejthető, ami a tesztmegoldásokban is megjelenik. Az anya ebből a kettősből sokszor kivonja magát. Pl. a VI. táblán a jelentésadás körüli viták után az anya odaszól nekik: "Hát akkor csináljátok, én nem ismerem." A VII-en a papa egy "karosszék"-választ javasol, amiről a mama megállapítja, hogy "ez nem olyan, én ebbe nem tudok beleülni".

Összefoglalás

Ez az egyelőre kevés elemszámú vizsgálat arra mutatott rá, hogy a családi Rorschach teszt igen jó mérőműszere lehet a család pszichodinamikájának, és a családterápia során felhasználható, értékes adatokat nyújt.

Felhívta a figyelmet azokra a lappangó neurotikus és testséma-zavarokra, amelyekkel a szülők küzdenek, s rávilágított arra, hogy a szakirodalomban az anyák vonatkozásában feltárt érzelmi problémákhoz az apáké is hozzáadódik, s ezek együttesen, távolról sem az anyák egyértelmű dominanciájával határozzák meg a család pszichodinamikáját. Az a szakirodalomból ismert tény is igazolódott a családi Rorschach-vizsgálatokból, hogy a kövér gyermek szülei nem tűrik meg a gyermek szorongását vagy agresszivitását, hanem semlegesítik, indulattalanítják vagy nem veszik tudomásul.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. június 22.

IRODALOM

Berghammer R., Geiger Á. (1989): Emocionális reakciókészség fiatalkori elhízásban szenvedőknél. *Magyar Pszichológiai Szemle, 46*, 247-257.

Bruch, H. (1961): Conceptual Confusion in Eating Disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases 133*, 46-54.

Bruch, H. (1973): *Eating Disorders - Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within.* Basic Books, New York.

Fisher, S., Cleveland, S.E. (1955): The Role of Body Image in Psychosomatic Symptom Choice. *Psychological Monographs, 69.*

Geiger Á., Berghammer R. (1982): Külső kontroll, érzelmek felismerése és kifejezése kövér gyermekeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle 37/3*, 260-271.

Mérei F.: *A Rorschach-próba.* III. kötet. Vademecum, 1968.

Mezei Á., Mezeiné Erdélyi É. (1965): Újabb személyiségdimenziók a Rorschach-próbában: a testvázlat. *Pszichológiai Tanulmányok VIII*, 609-619.

Willi, J. (1968): Der Gemeinsame Rorschach Versuch, ein Mittel zum Studium von Partnerbeziehung. *Psychotherapy and Psychosomatics 16*, 375-384.

SUMMARY

Investigations with family Rorschach test with obese children and their parents

Geiger, Ágota and Berghammer, Rita

The authors have dealt with the psychological aspects of juvenile obesity for more than ten years. The fact that the mother - child reletionship is fully elaborated in the literature of obesity but the father's role played in the children's emotionality is neglected turned the authors' attention to the investigation of family interactions.

The research involved 13 adipose children (7 girls and 6 boys) aged from 10,5 to 12,5 years, and their parents. Somatic causes of obesity were excluded. The authors worked with Willi's method of common Rorschach after the administration of Rorschach test in individual settings with the family members. Willi's aspects of evaluation were completed with some elements concerning psychosomatic symptom formation, disturbances of body image and the details of communicative processes among family members.

This preliminary study with few subjects showed that the method of common Rorschach with whole families is an excellent instrument for the measurement of psychodynamics of families. Furthermore, it provided data on the latent neurotic problems and body image disturbances characterizing the parents. Both parents - and not only mothers, as emphasized in the literature - add their psychic problems to the psychodynamics of the family and influence the child's emotional development leading to obesity.

A POLITIKAI FOGALMAK VONATKOZTATÁSI PONT VÁLTÁSAI A POLITIKAI RENDSZERVÁLTÁS SORÁN*

FARKAS ANDRÁS

MTA Pszichológiai Intézete

A tanulmány nyomon követi a politikai fogalmak megítélésének változását a rendszerváltás során 100 egyetemi hallgató esetén. A hagyományos többdimenziós skálázást a vonatkoztatási pont feltárási eljárással és a célzott vonatkoztatási pontú skálázással kiegészítve bebizonyosodott, hogy a politikai fogalmak megítélésének általános strukturális kerete az átmenet időszakában lényegesen különbözött a korábbi magyar viszonyokra jellemzőtől, és az Értékelés, Gyengeség-Instabilitás és Bonyolultság faktorhármassal volt leírható. A személyek szubjektív beszámolóiból világossá vált, hogy az egyes politikai fogalmak megítélésénél eltérő gyakorisággal más-más vonatkoztatási pontok merültek fel, továbbá az, hogy egyes személyeknél ugyanannak a fogalomnak különböző, igen gyakran inkongruens értelmezései játszottak egyidejűleg szerepet. A célzott vonatkoztatási pontú skálázással a vonatkoztatási keret mélyebb szerkezetét, továbbá ennek tipikus változásait lehetett kimutatni.

Irodalmi áttekintés

A politikai ítéleteink változása a jelenkor viharos gyorsaságú társadalmi, politikai, gazdasági átalakulása során mindennapos élményeink közé tartozik. Tanulmányomban azt kívánom bemutatni, hogy az 1989 és 1991 között végbement politikai változások hogyan befolyásolták a politikai fogalmak megítélését egyetemi hallgatók esetén, hogyan módosult a politikai fogalmak általános strukturális kerete egy 17 évvel ezelőtt végzett hasonló típusú vizsgálat eredményeihez képest, milyen vonatkoztatási pontok merültek fel az egyes fogalmak megítélésekor, végül milyen mozgástípusok jellemzik a vonatkoztatási pontok szerkezetének átalakulását.

* Az adatfelvételekhez az MTA Pszichológiai Intézete, a Lukács Alapítvány és a Soros Alapítvány nyújtott anyagi támogatást. Köszönetem kell kifejezzem a kérdezőbiztosoknak: Farkas Krisztinának, Kollárszky Norbertnek és Takács Gábornak áldozatos munkájukért, továbbá Takács Gábornak az 1990-es adatfelvételi technikák kialakításában való alkotó közreműködéséért.

A bemutatásra kerülő eredmények egy szélesebb kutatási céllal végzett longitudinális felmérés-sorozat empirikus adataira támaszkodnak, amely a politikai fogalmi szerkezet és gondolkodásmód módosulásait kívánta nyomon követni a rendszerváltás folyamata során.

Adatfelvételre három alkalommal került sor a renszerváltás három kulcsidőpontjában: 1989 október 7-ét, az MSZMP átalakuló kongresszusát megelőző két hét folyamán, 1990 március 25-e, a parlamenti választások első fordulója utáni három héten belül, végül 1991 júniusában, az új kormány működésének egy évét követően. A három adatfelvételben lényegében ugyanaz a 100 egyetemi hallgató vett részt, fele bölcsész, fele műegyetemista. Összesen 11 féle technikával (kérdőíves, interjús, egyéb) 27 variációban nyertünk tőlük adatokat, amely átlagosan személyenként 8 órányi adatot eredményezett. Jelen tanulmányban az alkalmazott technikák közül az adatgyűjtés törzsét képző hagyományos többdimenziós skálázást, továbbá a vonatkoztatási pont feltárási eljárást és a célzott vonatkoztatási pontú skálázást ismertetem. Bizonyos eredmények finomabb elemzésénél néhány alkalommal utalni fogok más úton nyert adatokra (pl. interjúk szövegemelemzése, hasonlóság és különbség feltárás, fogalommagyarázatok stb.).

A szakirodalmi előzmények közül terjedelmi okokból itt mindössze két munkára van mód utalni, az egyik a politikai ítéletek időbeli változásának mérése tekintetében fontos módszertani előzmény, a másik azért különösen érdekes, mert az eredmények tartalmát illetően ad lehetőséget idősoros összehasonlításra. Az attitűdskálázás módszertani korlátait hangsúlyozó jelenkori kutatás problémáival e tanulmány keretei között nem tudok foglalkozni, hacsak nem implicit módon azáltal, hogy éppen az általam kiakított technika az attitűdskálázásnál gyakran kifogásolt fogalmi ambivalenciát kihasználva talál lehetőséget a vonatkoztatási pontok időbeli változásának megragadására.

Osgood és munkatársai (1967) klasszikus munkájukban, a "Measurement of Meaning"-ben a következőt jelentik ki (89. old): "A legnyilvánvalóbb kérdés, amit a tudományban feltehetünk, a hasonlósággal és a különbséggel, azaz az összehasonlítással kapcsolatos. Esetünkben meg kívánjuk mondani kvantitative, hogy az A fogalom jelentését tekintve inkább hasonlít-e a C fogalomhoz, mint a B-hez. Képesek akarunk lenni a jelentés időbeli változásának mérésére is." Az utóbbi célt megvalósító eljárást éppen politikai fogalmak megítélésével kapcsolatos példán mutatták be a szerzők. Az adatfelvételt az 1952-es amerikai elnökválasztási kampány során végezték 150 fizetett személlyel. Az első adatfelvételre 1952 július első hetében, az elnökjelölő konvenciót megelőzően került sor, a másodikra augusztusban, a konvenciót követően, a harmadikra szeptemberben, az elnökválasztást közvetlenül megelőzően. A megítélendő "fogalmak" közt 10 ismert politikus volt, köztük az elnökjelöltek, valamint 10 aktuálpolitikai elv, folyamat, intézmény, igy például az USA kína politikája, a kormány árellenőrző tevékenysége, a szocializmus, az ENSZ. A fogalmakat 10 szempont mentén kellett megítélni 7 fokú skálán, ezek a következők voltak: okos-bolond, piszkos-tiszta, tisztességes-tisztességtelen, biztonságos-veszélyes, erős-gyenge, alapos-felületes, aktív-passzív, hideg-meleg, nyugodt-feszült, idealisztikus-realisztikus. Az egyes szempontok korrelációs elemzése azt mutatta, hogy az Osgood-féle faktorokat, az értékelés-erő-aktivitás hármast megfelelően lehet reprezentálni mindössze három megítélési szemponttal, ezek a tisztességes, erős és aktív szavak és ellentétpárjaik voltak. A faktor szkórokat az ezekre adott skálaértékek átlagaival

helyettesítve Osgood és munkatársai megadták az egyes fogalmak közti euklideszi távolságokat a háromdimenziós térben különböző szavazó csoportokra és ezen távolságok változását a három időpontban.

Pléh és Czigler (1979) tanulmányában szematikus differenciál skálák kialakítására és alkalmazására tett kísérletet politikai kifejezések esetén. Kötött asszociációs technikával kidolgozták azt a szempontrendszert, amely alkalmasnak látszott az akkori magyar állapotoknak megfelelő aktuálpolitikai fogalmak megítéltetésére egyetemista populáció esetén, majd 30 politikai fogalmat 200 bölcsész hallgatóval meg is ítéltettek 33 szempont szerint. Számos matematikai módszet mutattak be az adatok elemzéséhez. A faktoranalízis eredményeként végül három faktort értelmeztek, amelyeket a politikai értékelés, erő és stabilitás cimkékkel láttak el. Ez a faktorstruktúra lényegében megegyezett az Osgood-félével, csak az akkori politikai viszonyoknak megfelelően az aktivitás szó helyett a harmadik faktort jobban jellemezte a stabilitás összefoglaló kifejezés. Az egyes fogalmak faktorszkórjainak kiszámításakor 3x4 szempontot vettek figyelembe. Az értékelés faktorhoz a reakciós-haladó, szükségtelen-szükséges, rossz-jó, igazságtalan-igazságos, az erő faktorhoz a parányi-hatalmas, puha-kemény, könnyű-nehéz, gyenge-erős, a stabilitás faktorhoz a szervezetlen-szervezett, eredménytelen-eredményes, változó-állandó, határozatlan-határozott melléknév-párokat használták.

Az első alkalommal 1989-ben végzett adatfelvételt (3-7) nagyban megkönnyítette, hogy már rendelkezésre álltak a politikai fogalmak megítélésére a Pléh és Czigler által kidolgozott szempontok. Az előbbiekhez képest mindössze annyi változtatást hajtottam végre, hogy a 3x4 szempontot további néggyel egészítettem ki, olyanokkal, amelyeket a skálázás során Pléh és Czigler is használt, és amelyeket valamilyen szempontból fontosnak tartottam az adott politikai helyzetben. Ezek a veszélyes-veszélytelen, egyszerű-bonyolult, ingatag-szilárd és embertelen-humánus melléknév-párok voltak. Az utóbbi négy melléknév-pár összeg faktorsúlya a Pléh és Czigler vizsgálatban közel egyenlő arányban oszlott meg az általuk kapott három faktor között. A faktoranalízis eredményére gyakorolt hatásukat a későbbiek során elemzem.

A vizsgált fogalmakat politikai szövegek elemzése útján nyertem, lényegében a sajtóban 1989-ben leggyakrabban előforduló politikai elvek, intézmények, folyamatok kerültek az 50 politikai fogalom közé. Természetesen nem vettem figyelembe azokat a fogalmakat, amelyeket az egyetemi hallgatók döntő többsége nem ismert. Igy az akkor működő pártok közül mindössze az MSZMP, az MDF és a FIDESZ került be az első adatfelvételbe. A megkérdezett fogalmak 1989-ben a következők voltak: választás, népszavazás, demokrácia, diktatúra, demokratikus szocializmus, pártállam, jogállam, békés átmenet, visszarendeződés, katonai hatalomátvétel, anarchia, kibontakozás, gazdasági csőd, reform, piacgazdaság, reprivatizálás, stabilizáció, pluralizmus, frakció, platform, koalíció, kompromisszum, közmegegyezés, pártszakadás, sztrájk, tömegdemonstráció, emberi jogok, alkotmány, köztársasági elnök, parlament, kormány, népfenség elve, önkormányzat, esélyegyenlőség, nyilvánosság, közjó, sajtószabadság, szamizdat, rehabilitáció, szuverenitás, ellenzék, MSZMP, MDF, FIDESZ, reformkommunista, Münnich Ferenc Társaság, munkásőrség, szakszervezet, szociálpolitika, ideológia.

A fogalmak köre a második adatfelvételre természetszerűen módosult. 1990 márcuis 25-re bizonyos intézmények megszüntek (pl. munkásőrség), más fogalmak aktualitásukat vesztették (pl. szamizdat, pártszakadás), illetve kikerültek a politikai szövegek jellegzetes szóhasználatának köréből (közmegegyezés, népfenség elve), ugyanakkor más fogalmak előtérbe kerültek (pl. európaiság, liberalizmus), továbbá számos párt ismertté vált az egyetemi hallgatók körében is (pl. SZDSZ, Kisgazdapárt stb.). Ennek megfelelően az alábbi 52 fogalmat értékeltettük 1990-ben és ezeket az 1991-es adatfelvételnél is megtartottuk (itt mindössze a Hazafias Választási Koalíció helyett a független képviselők kifejezés került a listára): népszavazás, választás, jogállam, pártállam, kormány, köztársasági elnök, parlament, alkotmány, ellenzék, koalíció, kompromisszum, új MSZMP, MSZP, MDF, SZDSZ, FIDESZ, Kereszténydemokrata Néppárt, Kisgazdapárt, Szocdemek, Hazafias Választási Koalíció (független képviselők), pluralizmus, demokrácia, diktatúra, fegyveres puccs, rendszerváltás, hatalomátmentés, gazdasági fellendülés, gazdasági csőd, anarchia, gazdasági függőség, politikai függőség, piacgazdaság, infláció, munkanélküliség, sztrájk, tömegdemonstráció, vállalkozás, esélyegyenlőség, kisebbségi jogok, önkormányzat, létbiztonság, szociális védelem, tulajdonreform, semlegesség, európaiság, nemzeti egység, emberi jogok, sajtószabadság, szakszervezet, liberalizmus, radikalizmus, ideológia.

A fogalmak skálázásához az instrukciót a Pléh és Czigler tanulmányból vettem át[1]. Az instrukció a skálázás technikai kivitelezésével foglalkozik, és nem utal arra, hogy a politikai fogalmakat milyen értelmezésben kell figyelembe venni, azaz például a "demokrácia" szó skálázásakor az aktuális magyar helyzetre kell-e gondolni, vagy például a nyugat-európai "lágy" demokráciákra, esetleg az antik demokráciákra stb. Az eredeti instrukció alkalmazásának több oka volt: egyrészt, hogy az eredmények a Pléh és Czigler tanulmány eredményeivel összevethetők legyenek, másrészt bizonyos fogalmakat nem lehetett az aktuális magyar helyzetre értelmezni 1989-ben (pl. köztársasági elnök, pártszakadás, katonai hatalomátvétel, önkormányzat stb.). Igy a szabad vonatkoztatási pontú instrukció bizonyos fogalmaknál igen sokféle értelmezést tett lehetővé (lásd az előbbi demokrácia példát). Bizonyos fogalmaknál a vonatkoztatási pont egyértelműen az aktuális magyar helyzet lehetett, (pl. MDF, munkásőrség), másoknál többféle vonatkoztatási pont is elképzelhető volt (pl. az MSZMP-nél egyaránt gondolhattak annak ortodox és reform szárnyára, de gondolhattak annak egy korábbi állapotára is stb.). Kiválasztottam azokat a fogalmakat, amelyek a lehető legtöbb vonatkoztatási ponttal rendelkezhettek és ezeket az 1990-es adatfelvétel során a korábbiakban említett vonatkoztatási pont feltárási technikával és a célzott vonatkoztatási pontú skálázási eljárással további elemzésnek vetettem alá.

Az eredményeket az alábbi sorrendben közlöm: a politikai fogalmak strukturális kerete, a politikai fogalmak vonatkoztatási ponjai, végül a célzott vonatkoztatási pontú skálázás.

---

[1] Pléh és Czigler eredetileg az instrukciót Putnoky Jenőtől vette át.

A politikai fogalmak strukturális kerete

Az egyes adatfelvételeknél az 50, illetve 52 aktuálpolitikai fogalom 16 szempont szerinti megítélésénél kapott skálaértékeket a BMDP programcsomag 4m jelű faktoranalitikus eljárásával feldolgozva alapértelmezésben 3 faktort kaptam. A faktorstruktúra a különböző időpontokban lényegében azonos maradt. Az 1989-es faktorsúlyokat az *1. táblázat* tartalmazza.

Megfelelő skálatranszformációval elértem, hogy minden megítélési szempont esetén az abszolutértékben legnagyobb faktorsúly pozitív legyen, igy megkönnyítettem a faktorok interpretációját. Az első faktorhoz a jó, haladó, humánus, szükséges, igazságos, veszélytelen és eredményes szavakkal és ellentétpárjaikkal jellemzett megítélési szempontok kerültek. Ez egyértelműen megfeleltethető az Osgood-féle értékelés

1. táblázat. Az 1989-es faktorsúlyok

	1. faktor Értékelés	2. faktor Gyengeség-Instabilitás	3. faktor Bonyolultság
JÓ	0.907	0.000	0.000
HALADÓ	0.896	0.000	0.000
HUMÁNUS	0.867	0.000	0.000
SZÜKSÉGES	0.855	0.000	0.000
IGAZSÁGOS	0.852	0.000	0.000
VESZÉLYTELEN	0.781	0.000	0.000
EREDMÉNYES	0.611	-0.452	0.000
GYENGE	0.000	0.796	0.000
INGATAG	0.000	0.784	0.000
HATÁROZATLAN	0.000	0.727	0.000
VÁLTOZÓ	0.000	0.675	0.000
SZERVEZETLEN	0.000	0.640	0.000
PARÁNYI	0.000	0.562	-0.343
PUHA	0.264	0.461	-0.404
NEHÉZ	0.000	0.000	0.763
BONYOLULT	0.000	0.000	0.756
VP	5.004	3.472	1.539

faktornak. Az ide sorolt szempontok közül mindössze az eredményes-eredménytelen minősítő szerepelt viszonylag nagy negatív faktorsúllyal a második faktorban is, ahova egyébként a gyenge, ingatag, határozatlan, változó, szerevezetlen és parányi szavaknak és ellentétpárjaiknak megfelelő megítélési szempontok kerültek. A második faktor gyengeség és instabilitás faktornak nevezhető a vezető helyen levő faktorsúlyú megítélési szempontok alapján. Összevetve ezt Pléh és Czigler eredményeivel konstatálhatjuk, hogy a 17 évvel korábbi politikai helyzetenek megfelelően külön jelentkező erő és stabilitás faktor összeolvadt, negatív értelmet kapott, és kiugrott egy harmadik faktor, a bonyolultság, amely a nehéz, bonyolult szavakkal és ellentétpárjaikkal jellemezhető.

Ez az átalakulás a vizsgálat egyik legérdekesebb és egyben legnagyobb kétséget kiváltó eredménye. Felmerül a gyanú ugyanis, hogy a politikai fogalmi rendszerünket jellemző új strukturális keret nem az átmeneti helyzet következménye, hanem kísérleti műtermék. A Pléh és Czigler által kiválasztott 3x4 minősítő további néggyel való önkényes kiegészítése okozza. A legegyszerűbb ellenőrzési lehetőség a megítélési szempontrendszer redukálása az eredeti 3x4-re, és a faktoranalízis megismétlése ilyen feltételek mellett. Ekkor valóban mindössze két faktort kaptunk, amelyek közül az első az értékelés, a második a gyengeség-instabilitás. A másik ellenőrzési lehetőség a megítélési szempontok kiemelése a politikai kontextusból és ezek hasonlósági csoportosítása. Az utóbbi eljárással nyert együttes előfordulási gyakorisági mátrixon a BMDP programcsomag 2M jelű clusteranalitikus eljárása három clustert eredményezett, amelyek egyértelműen azonosíthatók voltak a Pléh és Czigler-féle faktorokkal. Ezek után alapos okunk van feltételezni, hogy a politikai fogalmak strukturális keretére kapott eredményünk nem kísérleti műtermék, hanem valóban a jelenlegi átmeneti társadalmi, politikai, gazdasági helyzet, azaz a rendszerváltás tükröződik ilymódon politikai ítéleteinkben.

Megerősíti az előbbi állításunkat a fenti fogalmi strukturális keret stabilitása is. Az egyes megítélési szempontok 1990-re azonos sorrendben kerültek a korábbi 1989-es faktorokhoz, minössze a bonyolultság faktor erősödött. Az utóbbi hasonlóan erős maradt 1991-re is. Itt egyetlen változást lehetett regisztrálni. A korábban inkább az értékelés faktorhoz tartozó eredményes minősítő átkerült a gyengeség-instabilitás faktorba mint eredménytelen. Ez az 1990-es választásoknál jelentkező optimizmus megváltozására utal az azután eltelt egy év tapasztalatai következményeként.

A politikai fogalmak strukturális keretének viszonylagos állandósága az adatfelvétel három időpontjában nem jelenti az egyes fogalmak faktortérben való elhelyezkedésének állandóságát. Számos fogalom megítélése döntően megváltozott. E tanulmány az ezzel kapcsolatos eredményeket terjedelmi okokból nem részletezheti. Most illusztrációképpen csak néhány kulcsfogalom tipikus elmozdulását, valamint a pártok megítélésének változását mutatom be.

Mint ismeretes, az egyes adatszolgáltató személyek ítéletei egy-egy pontot jelentenek a faktortérben, a pontok koordinátái az egyes faktorszkórok. Az így kapott pontfelhők súlypontjait ábrázoltam néhány kulcsfogalomra az *1. ábrán.*

Az ábrán találhatunk néhány fogalmat, amely lényegében nem változtatta pozícióját, ilyenek a jogállam (J), az emberi jogok (E), a gazdasági csőd (C), az anarchia (N), bár itt is érzékelhetünk kisebb mérvű jellegzetes eltolódást: az 1990-es megítélés általában kissé szélsőségesebb, a jogállam valamelyest még pozitívabb az értékelés

tekintetében, az emberi jogok egyszerűbbnek tűnnek, a gazdasági csőd még negatívabb, mint a másik két adatfelvételkor, az anarchia még gyengébb és instabilabb. Ezek a fogalmak általában közmegegyezés alapján rögzített a hétköznapi valóság változásától független tartalmú fogalmak.

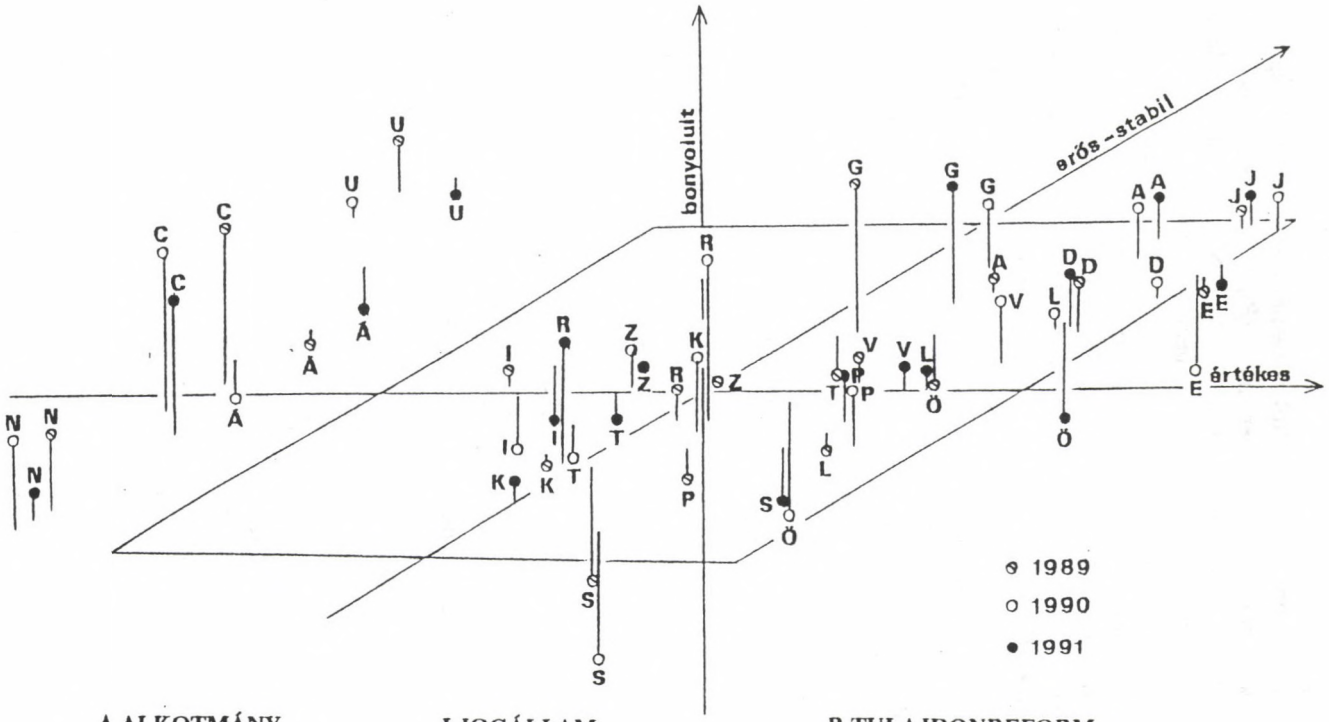
Közvetlenül a magyar rendszerváltás politikai eseményeihez kötött jellegzetes elmozdulást mutatnak a következő fogalmak: parlament (P), köztársasági elnök (Ö), alkotmány (A), kormány (K), pluralizmus (L), választás (V). Az 1989-es parlament inkább egyszerű volt alacsony pozitív értékkel, elég gyenge és instabil. 1990-re bonyolult lett, valamivel erősebb és stabilabb, jelentősen nőtt az értéke. 1991-ben lényegében megmaradt a bonyolultsága, tovább nőtt az ereje és stabilitása, de még mindig a negatív oldalon maradt e tekintetben, végül értéke valamit csökkent. A köztársasági elnök funkciója előbb lényegesen gyengülni, majd döntő mértékben erősödni látszott. Az alkotmány folyamatosan erősödött, miközben bonyolultsága növekedett. A kormányt a személyek 1989-ben enyhén negatívnak értékelték, instabilnak és erőtlennek, 1990-re a választásokat követően várt kormány enyhén pozitív minősítést kapott, meglehetősen bonyolulttá vált és kevésbé instabillá, illetve erőtlenné, végül 1991-re döntő mértékben vesztett erejéből, stabilitásából és egyidejűleg bonyolultságából a megítélők szerint. A pluralizmus és a választás esetén is tanui lehetünk az ítéletek bizonyos mértékű sajátos visszarendeződésének.

Ugyanez az "illúzióvesztés" érhető tetten a gazdaságpolitikai fogalmaknál. A piacgazdaság (G) lényegében azonos enyhén pozitív érték mellett az első adatfelvételről a másodikra jelentősen megnövekedett erővel és stabilitással rendelkezett, ami a harmadik adatfelvételre lényegesen visszaesett. Közben a lecsökkent bonyolultsága ismét megnőtt. A tulajdonreform (R) eredetileg semleges volt az értékelés tekintetében, továbbá inkább gyenge és instabil, 1990-re kiemelkedően bonyolulttá vált, miközben enyhén pozitív lett az értékelést illetően, 1991-re megtartva bonyolultságát enyhén negatív lett és az 1989-es állapotot is lényegesen meghaladóan gyenge és instabil.

Néhány fogalomnál a rendszerváltással új értelmet kapott funkció tükröződik az ítéletek változásában. Ilyen fogalmak a tömegdemonstráció (T), a sztrájk (Z) és a szakszervezet (S). Míg a rendszerváltás egyik kulcsidőpontját, az MSZMP átalakuló kongresszusát megelőzően a tömegdemonstrációt a megkérdezett egyetemi hallgatók enyhén pozitívan értékelték, a parlamenti választásokat követően ez az ítélet negatívra fordult. A sztrájk az eredetileg semleges értékelésből mozdult el negatív irányba. A szakszervezet 1989-ben semleges volt az értékelést illetően, valamint meglehetősen gyenge, instabil és feltűnően egyszerű, 1990-re a gyengeség és instabilitás tekintetében vezető helyre került, ugyanakkor jelentősen növekedett az értékelés vonatkozásában, majd az értékét tovább növelve 1991-re elmozdult a stabilitás és erő irányába, de még mindig a negatív oldalon maradt, közben valamelyest vesztett egyszerűségéből. Sajátos körmozgások tapasztalhatók az ideológia (I), a pártállam (Á), a demokrácia (D) és a diktatúra (U) megítélésénél. Ezek értelmezését az olvasóra bízom.

Ezek után nézzük a pártok megítélésének változását a három adatfelvétel időpontjában a *2. ábrán.*

A szervezeteket általában az jellemzi, hogy egyszerűek. A pártokra is érvényes ez, kivéve az MSZMP-t (MP) 1989-ben, továbbá az SZDSZ-t (SZ), az MDF-et (DF) és a



A ALKOTMÁNY
Á PÁRTÁLLAM
C GAZDASÁGI CSÖD
D DEMOKRÁCIA
E EMBERI JOGOK
G PIACGAZDASÁG
I IDEOLÓGIA
J JOGÁLLAM
K KORMÁNY
L PLURALIZMUS
N ANARCHIA
Ö KÖZTÁRS. ELNÖK
P PARLAMENT
R TULAJDONREFORM
S SZAKSZERVEZET
T TÖMEGDEMONSTR.
U DIKTATURA
V VÁLASZTÁS
Z SZTRÁJK

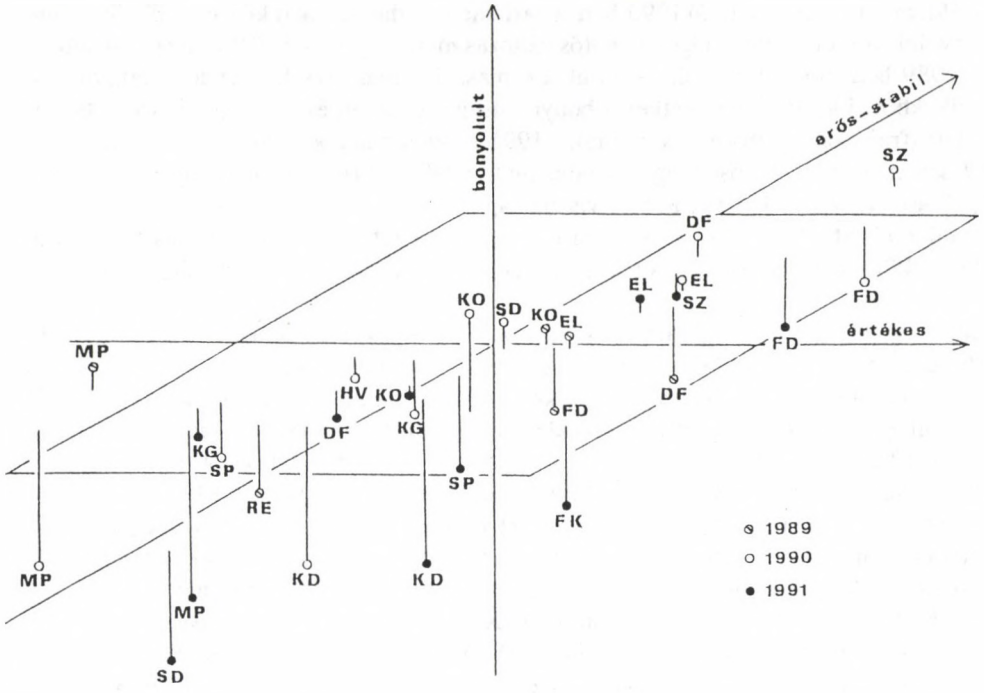
1. ábra. Néhány fogalom tipikus elmozdulása a faktortérben

Szociáldemokrata Pártot (SD) 1990-ben, a parlamenti választásokat közvetlenül követően. A bonyolultság tekintetében igen jelentős változás ment végbe az MSZMP megítélésében. Míg 1989-ben bonyolult volt, - mint ez más, itt nem részletezendő adatgyűjtési technikákból kiderült, jelen esetben a bonyolultság szerkezeti és ideológiai összetettséget jelentett (frakciók, platform szabadság), - 1991-re kiemelkedően egyszerű lett. Az MDF 1989-ben még meglehetősen egyszerűnek tűnt, 1990-re bizonyos mértékig bonyolulttá vált, hogy aztán 1991-re ismét viszonylag egyszerű legyen. Az SZDSZ és a Szociáldemokrata Párt 1991-re szintén egyszerűbbek lettek, ami ismét más technikák adataiból következtetve a szervezetek és a programok ismertebbé válásával függött össze.

Jelentős változásokat regisztráltunk a pártok értékelés tengely mentén való elhelyezkedésében. 1989-ben a megkérdezhető (egyetemi hallgatók által elegendő mértékben ismert) pártok közül az érték tekintetében magasan az MDF vezetett, a FIDESZ (FD) mintegy fele akkora pozitív értékekkel rendelkezett, az MSZMP kiugróan negatív minősítést kapott. Az MDF 1990-re sokat vesztett pozitív megítéléséből, majd 1991-re átkerült a negatív oldalra. A FIDESZ e tekintetben fordított utat járt be. 1990-ről 1991-re jelentősen visszaesett az SZDSZ, az eleve negatív megítélésű Kisgazda Párt (KG) 1991-re negatív értelemben vezető helyre került, ugyanakkor az MSZP (SP) 1990-es erős negatív megítélése 1991-re enyhén pozitívvá vált. A parlamenti választásoknál a Hazafias Választási Koalíció (HV) keretében induló képviselők (kiegészülve néhány pártokból kivált képviselővel) mint független képviselők (FK) vezető helyre kerültek az érték vonatkozásában 1991-re. Az utóbbi mozgás az egyetemi hallgatók pártokból való kiábrándulását jelzi.

Sajátos képet mutat a pártok elhelyezkedése az erő-stabilitás értéket illetően. Néhány kivételtől eltekintve (független képviselők, KDNP (KD), Szociáldemokrata Párt 1991-ben) igaz, hogy minél pozitívabb egy párt az érték tekintetében, annál erősebb és stabilabb. Ez különösen az 1990-es adatok esetén meglepő, amikor az adatszolgáltató személyek számára legalábbis a parlamenti választás első fordulójának eredményei már rendelkezésre álltak, és számos esetben az erő sorrend nem volt összeegyeztethető a választáson elért eredménnyel. Itt nem részletezhető kísérő technikák tanúsága szerint jelen esetben részben a pártok stabilitása a magyarázat, "minél inkább kedvelem, annál stabilabbnak szeretném látni az illető pártot", továbbá az erő nem feltétlenül azonos a szavazóbázissal, "erősnek minősíthetem a pártot, mert van számomra elfogadható karakterisztikus, erőteljes programja" stb.

Az ellenzék (EL), a koalíció (KO) és a reform-kommunisták (RE) elhelyezkedését és elmozdulását is szemmel követhetjük a faktortérben a *2. ábrán.* A többi vizsgált fogalommal terjedelmi, illetve ábrázolástechnikai okokból nem foglalkozhatom e tanulmány keretei között, mindössze a munkanélküliség, a népszavazás és a kompromisszum fognak előkerülni a fogalmak vonatkoztatási pontjaival összefüggő fejezetekben.



DF DEMOKRATA FÓRUM
EL ELLENZÉK
FD FIATAL DEMOKRATÁK SZÖVETSÉGE
FK FÜGGETLEN KÉPVISELŐK
HV HAZAFIAS VÁLASZTÁSI KOALICIÓ
KD KERESZTÉNYDEMOKRATA NÉPPÁRT
KG KISGAZDAPÁRT
KO KOALÍCIÓ
MP MAGYAR SZOCIALISTA MUNKÁSPÁRT
SD SZOCIÁLDEMOKRATA PÁRT
SP MAGYAR SZOCIALISTA PÁRT
SZ SZABAD DEMOKRATÁK SZOVETSÉGE
RE REFORMKOMMUNISTÁK

2. ábra. A pártok megítélésének változása

A politikai fogalmak vonatkoztatási pontjai

Mint a bevezetőben utaltam rá, az 50, illetve 52 fogalom skálázásakor alkalmazott semleges instrukció a személyek számára teljes szabadságot adott a megkérdezett fogalom értelmezésének, vonatkoztatási pontjának megválasztásához. Hogy valójában milyen vonatkozási pontot, illetve pontokat használtak az egyes fogalmak skálázásakor, annak kétféle eljárással is megpróbáltam utánajárni. Az első a személyek szubjektív beszámolóján alapult.

Az 1990-es adatfelvételkor a 100 főből két csoportot képeztem, az első csoport 63 főből állt. Kiküldéses-begyűjtéses rendszerrel oldottam meg náluk az adatfelvételt. Az 52 politikai fogalom 16 szempont szerinti skálázását, valamint 7 egyéb itt nem részletezhető feladatot kellett elvégezniük.

A második csoport 37 főből állt. Tagjai az előbbi skálázási feladatot, valamint az 52 fogalom hasonlósági csoportosítását otthon végezték el, majd a kitöltött kérdőíveiket behozták az MTA Pszichológiai Intézetébe, ahol 7 féle technikával 14 variációban mintegy 4 órán keresztül nyertünk tőlük további adatokat. Egy bevezető kártyaszortírozási feladatot követően, amelyben a megítélési szempontokat kellett hasonlósági alapon csoportosítaniuk, eléjük helyeztük az 52 fogalom skálázásának eredményét, és megkérdeztük 15 előre meghatározott fogalom vonatkoztatási pontját. A fogalmak a következők voltak: népszavazás, piacgazdaság, kompromisszum, sztrájk, alkotmány, parlament, szakszervezet, ideológia, választás, köztársasági elnök, kormány, munkanélküliség, demokrácia, ellenzék, koalíció. A 37 személy mintegy felénél a fogalmak az itt látható sorrendben, a másik felénél fordított sorrendben következtek.

Az instrukció az első fogalom esetén a következőképpen szólt: "Mondd el, miféle népszavazásra gondoltál, amikor a kérdőívet kitöltötted!". A fordított sorrend esetén a népszavazás szó helyett itt a koalíció szó szerepelt. Amennyiben a kérdést nem értette, vagy nem a megfelelő irányba haladt válaszával, több alternatív kérdésváltozat állt a kérdezőbiztos rendelkezésére. Amikor az első fogalommal végzett a személy, a kérdezőbiztos áttért a következő fogalomra. A magyarázatokat megnetofonkazettán rögzítettük.

Ilyen típusú válaszokat vártunk: "olyan népszavazásra gondoltam, ami például Ausztriában vagy Svájcban szokott lenni", vagy "ami most volt nálunk a köztársasági elnök választással kapcsolatban", vagy "egy olyan ideális népszavazásra gondoltam, ami titkos és nem manipulált, ahova minden állampolgár elmegy, hogy érvényesítse demokratikus jogait" stb. A kérdezőbiztos mindaddig folytatta az alternatív kérdések feltevését, amig legalább egy vonatkoztatási pont ki nem derült. Természetesen, ha a személy eleve több vonatkoztatási pontot adott meg, megkérdeztük, hogy lehetséges ez. Például hogy gondolhatott egyszerre a mai magyar szakszervezetekre és a nyugat-európaiakra.

A válaszokat kategorizáltuk, majd kiszámítottuk, hogy az összes vonatkoztatási pont hány százalékában jelentek meg az egyes kategóriák. A válaszokból a következő vonatkoztatási pontokra lehetett következtetni: múlt, amely az 1989. október 7-e előtti állapotot jelentette; közelmúlt, amely a pártkongresszus és az 1990 március 15-i parlamenti záróülés közti időszakot ölelte fel; jelen, amely az adatfelvétel napjáig tartott; majd közeljövő, amely az 1990-es év hátralévő részét foglalta magába, továbbá a jövő,

amely az 1991 január 1-e utáni időszakot jelentette. További feltárt vonatkoztatási pontok: Nyugat-Európa, Kelet-Európa, általában maga a fogalom, és egy kívánt állapot. Ezek merültek fel a *2. táblázaton* látható gyakorisággal.

2. táblázat. Feltárt vonatkoztatási pontok

Vonatkoztatási pont	Gyakoriság %
Múlt (1989 október 7 előtt)	6
Közel múlt (1989 okt. 7 - 1990 márc. 15)	13
Jelen (1990 márc. 16 - 1990 ápr. 12)	11
Közel jövő (1990 ápr. 13 - 1990 dec. 31)	7
Jövő (1991 január 1-től)	8
Nyugat-Európa	7
Kelet-Európa	0.5
Általában a fogalom	37
Kívánt állapot	11

Feltűnően gyakori a jelen és a közelmúlt, mint vonatkoztatási pont még a sokféle értelemzési lehetőséggel rendelkező itt vizsgált 15 fogalom esetén is. Mindez természetes lenne a lényegében csak a kitöltés időpontjának magyar viszonyaira, illetve a közelmúltra értelmezhető fogalmak (pl. pártok) esetén. A jelent, közelmúltat és közeljövőt egy kategóriába véve ez a vonatkoztatási pont körülbelül ugyanolyan gyakran fordult elő, mint az általános. Meglehetősen sok a kívánt állapot, mint vonatkoztatási pont, ugyanakkor a várthoz képest lényegesen ritkább Nyugat-Európa. Szórványosan előfordult Kelet-Európa vonatkoztatási pontként, összesen 3 esetben, a 15 fogalom és a 37 személy figyelembevételével ez elenyésző. A műegyetemista és a bölcsész csoport közt gyakorlatilag nem találtam különbséget. Talán kissé gyakrabban fordult elő a jövő, mint vonatkoztatási pont a műegyetemistáknál, de ez a különbség nem szignifikáns. A *3. táblázaton* bemutatom az egyes fogalmak feltárt vonatkoztatási pontjait.

A népszavazás esetén a személyek döntő többsége az 1990-es adatfelvételhez viszonyított közelmúltban a köztársasági elnök választással összefüggően lezajlott népszavazásra gondolt, illeve a népszavazásra általában. Több személy esetén ez a két vonatkoztatási pont egyidejűleg jelen volt. A piacgazdaság skálázásakor a személyek szubjektív beszámolója szerint gyakorlatilag senki sem gondolt a jelen vagy a közeljövő magyar piacgazdaságára. Néhányan az 1991-et követő időszak magyar állapotaira vonatkoztatva töltötték ki a kérdőívet, 11 fő a nyugat-európai, 12 fő az általános vonatkoztatási pontot alkalmazta, többen ez utóbbi kettőt egyidejűleg, és a megkérdezettek több mint egynegyedének szeme előtt egy harmadik utas megoldás lebegett a fogalom értékelésekor. Más technikákkal ennek a kívánt piacgazdaságnak a

sajátosságait is feltártuk. A személyek egy része a reformkommunisták által képviselt minél kisebb megrázkódtatást jelentő központilag kézbentatott átmenetre gondolt, mások egy feltételezett "humánus" piacgazdaságot kívántak, ahol "nem uralkodnak a farkastörvények, csekély a munkanélküliség, viszonylag elviselhetők a társadalmi-vagyoni különbségek" stb.

A továbbiakban csak néhány fontosabb összefüggésre hívom fel a figyelmet a feltárt vonatkoztatási pontokkal kapcsolatban. A kompromisszum esetén vagy a választás időszakában megkötött kompromisszumokra gondoltak a személyek, vagy a fogalomra általában. A sztrájknál az általános volt a jellemző vonatkoztatási pont, néhány esetben a nyugat-európai típusú sztrájkok. Az alkotmánynál vagy az éppen érvényben levő, vagy a fogalom általában volt a megítélés alapja. A parlament a közelmúlt vagy a közeljövő parlamentjét jelentette, illetve több esetben általában a parlamentet és egyidejűleg egy kívántat. A szakszervezetnél a vonatkoztatási pontok meglehetősen szóródnak, igen gyakori a kettős értelmezés, sőt extrém párosítások is előfordulnak, ilyenek mint a pártkongresszus előtti szakszervezet és a szakszervezet általában, vagy a közelmúlt magyar szakszervezetei és a nyugat-európaiak, vagy a jelen szakszervezetei és a kívánt stb. Az ideológiánál feltűnően gyakori a múlt, tehát a pártkongresszust megelőző időszak, mint

3. táblázat. Az egyes fogalmak feltárt vonatkoztatási pontjai

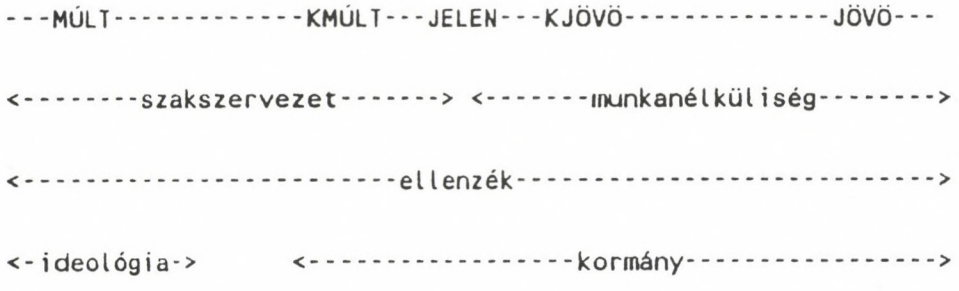
Fogalom	Vonatkoztatási pontok								
	Múlt	Közel múlt	Jelen	Közel jövő	Jövő	Ny-Eur.	K-Eur.	Ált.	Kívánt
Népszavazás	-	21	4	-	-	-	-	27	2
Piacgazdaság	-	-	2	1	6	11	-	12	10
Kompromisszum	2	5	9	4	3	-	-	16	2
Sztrájk	2	3	-	-	2	6	2	24	2
Alkotmány	2	2	7	3	2	-	-	19	2
Parlament	3	6	1	6	4	1	-	15	8
Szakszervezet	6	4	4	1	-	2	-	15	7
Ideológia	14	2	-	-	1	2	-	23	2
Választás	-	14	16	-	-	1	-	7	1
Köztársasági elnök	-	6	2	4	4	4	-	15	7
Kormány	-	5	5	6	5	2	-	9	8
Munkanélküliség	-	1	3	6	8	7	-	16	3
Demokrácia	-	1	5	-	6	4	-	20	10
Ellenzék	4	9	3	6	6	1	1	17	2
Koalíció	-	2	9	6	5	1	-	11	5

vonatkoztatási pont. Itt az ideológiának a pártideológiával való azonosítását lehet tetten érni.

A választás szinte egyértelműen az 1990-es parlamenti választást jelentette a személyek számára, tehát az éppen megélt választást, esetleg szóvétéssel a köztársasági elnök választással összefüggő népszavazásra gondoltak. A köztársasági elnök és a kormány esetén szinte minden lehetséges vonatkoztatási pont előfordult, igen sok a kívánt, ideális. A munkanélküliség a jövő munkanélkülisége. A demokrácia vonatkoztatási pontja eltolódik a kívánt és az általános irányába, ami minősíti az adatfelvétel magyarországi állapotait. Az ellenzéknél a feltárt vonatkoztatási pontok szintén erősen szóródnak, itt is előfordulnak kettős, sőt extrém kettős vonatkoztatási pontok. Például amikor az ellenzékre gondoltak, egyidejűleg gondoltak a közelmúlt és a közeljövő magyar ellenzékére, vagy a múlt ellenzékére és általában az ellenzékre. A koalíció döntően a jelen, közeljövő és jövő magyar koalícióját jelenti.

A feltárt vonatkoztatási pontok kapcsán ezek után már csak néhány fogalom idődimenzióját mutatom be a *3. ábrán.* Ha egy tengelyen felvesszük a múlt, közelmúlt, jelen, közeljövő, jövő pontokat, akkor a szakszervezet lényegében a múlttól a jelenig, a munkanélküliség a jelentől a jövőig tart, az ellenzék bárhol lehet, az ideológia egyértelműen a múlthoz kötődik, míg a kormány a közelmúlttól a jövőig helyezkedik el.

Nyilvánvaló, hogy a személyek szubjektív beszámolói sok bizonytalanságot rejtenek magukban, továbbá nem teszik lehetővé a semleges instrukció alapján skálázott adatok vontkoztatási pontoktól való távolságának számszerűsítését. Objektív mérési eljárásként a célzott vonatkoztatási pontú skálázást vezettem be. Az ezzel kapcsolatos eredményeket mutatom be a következő részben.



Célzott vonatkoztatási pontú skálázás

Arra a kérdésre, hogy az 1989-es, 1990-es, illetve 1991-es adatfelvételekkor az egyes fogalmaknál melyik vonatkoztatási pont milyen mértékben játhatott szerepet, a célzott vonatkoztatási pontú skálázási technika segítségével nyertem adatokat. Itt az instrukcióban rögzítettem a vonatkoztatási pontot például a következőképpen: "Töltsd ki ezt a kérdőívet a szokásos módon úgy, hogy az illető fogalomnál az ezredforduló Magyarországára várható állapotokra gondolj!". Természetesen ennél a technikánál a skálázás időigényessége miatt nem volt lehetőség az összes fogalom és megítélési szempont használatára. A fogalmak köre megegyezett az előző fejezetben használt 15 fogalommal, a szempontok számát 16-ról 7-re csökkentettem. A megtartott szempontok a következők lettek: haladó, veszélytelen, eredményes, ingatag, gyenge, bonyolult, nehéz és ellentétpárjaik.

A kiküldéses-begyűjtéses csoport tagjainak a 15 fogalmat az ezredforduló Magyarországára (rövidítése: E) és a nyugat-európai "lágy" demokráciákra (rövidítése: N) vonatkoztatva kellett skálázni. Az utóbbinál az instrukcióban példaképpen Ausztriát és Svédországot adtam meg. A behívott 37 főnek a skálázást három változatban kellett elvégezni: a többiek feltételezett véleménye szerint (rövidítése: T), a fogalom ideális formáját figyelembe véve (rövidítése: I), végül a jelenlegi konkrét magyar állapotokra vonatkoztatva (rövidítése: K). Az utóbbinál az instrukciót a következő magyarázattal egészítettem ki: "Ha a megítélendő folyamat, intézmény stb. még csak kialakulóban van nálunk, akkor véleményed annak mai átmeneti formáját tükrözze!".

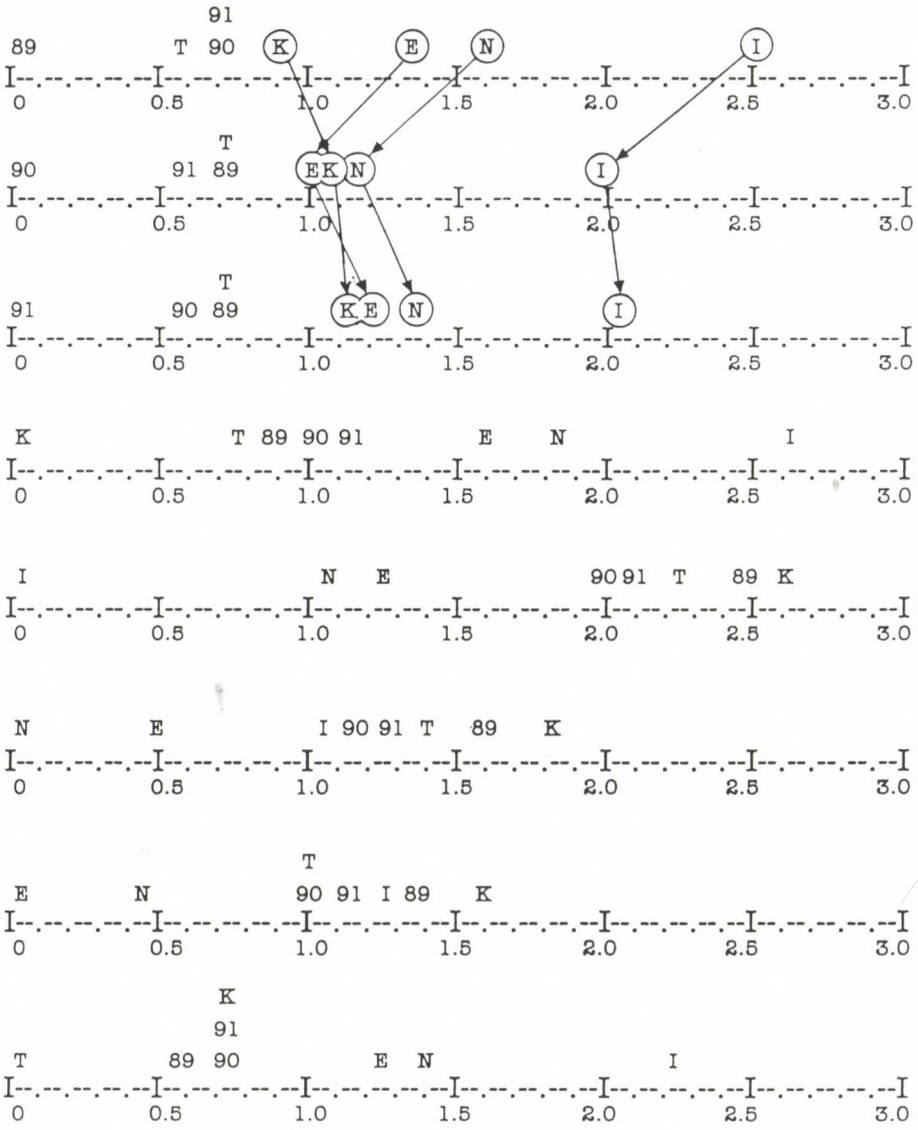
Ezek után az 1989-es, 1990-es és 1991-es alapkérdőívekből kiemelve a célzott vonatkoztatási pontú kérdőíveken szereplő megítélési szempontoknak megfelelő skálaértékeket, távolságokat lehetett számolni az egyes fogalmak különböző kitöltései között. Lényegében hasonló módon jártunk el, mint Osgood, aki az amerikai elnökválasztás három időpontjában értékeltetett 20 politikai fogalmat. A különbség mindössze annyi, hogy míg Osgood a háromdimenziós faktorterét egy-egy skálaértékkel reprezentálta, mi a célzott vonatkoztatási pontú skálázásnál kapott skálaértékek faktoronkénti átlagértékeit vettük figyelembe a fogalmak koordinátáiként a faktortérben, és ezek segítségével számoltunk az egyes változatok közt euklideszi távolságokat. A *4. táblázaton* nagyság szerint növekvő sorrendbe rendezve láthatók a távolságok a 15 fogalomra átlagolva.

A táblázat tanusága szerint az összes vonatkoztatási pont és a három szabad vonatkoztatási pontú kitöltés figyelembevételével az ezredfordoló Magyarországára feltételezett és a nyugat-európai "lágy" demokráciákra elképzelt állapot került egymáshoz legközelebb, míg legtávolabb az 1990 évi konkrét magyar állapot volt az ideálistól. Ezt a jelenre nézve meglehetősen lehangoló véleményt 1990-ben tehát egy határozott optimista jövőkép ellensúlyozta. Nézzük meg az egyes vonatkoztatási pontok változását a három adatfelvétel során a *4. ábrán.*

4. táblázat. A Vonatkoztatási pontok távolságai növekvő sorrendben

Vonatkoztatási pont pár			Távolság
EZRED	-	NYUGAT	0.50
1990	-	1991	0.54
TÖBBI	-	1989	0.55
1989	-	1990	0.69
TÖBBI	-	1991	0.70
1989	-	1991	0.71
TÖBBI	-	1990	0.72
TÖBBI	-	KONKRÉT	0.74
1989	-	KONKRÉT	0.90
1990	-	EZRED	0.98
1990	-	KONKRÉT	1.04
IDEAL	-	NYUGAT	1.06
1990	-	NYUGAT	1.14
1991	-	EZRED	1.15
1991	-	KONKRÉT	1.16
1991	-	NYUGAT	1.23
IDEAL	-	EZRED	1.25
TÖBBI	-	EZRED	1.27
1989	-	EZRED	1.37
TÖBBI	-	NYUGAT	1.41
KONKRÉT	-	EZRED	1.60
1989	-	NYUGAT	1.60
KONKRÉT	-	NYUGAT	1.84
1990	-	IDEAL	1.97
1991	-	IDEAL	2.07
TÖBBI	-	IDEAL	2.28
1989	-	IDEAL	2.52
KONKRÉT	-	IDEAL	2.66

A távolságokat szemléletesen bemutató ábráról leolvasható, hogy az 1989-es kitöltés során igen kevéssé játszott szerepet az ideális (I), mint vonatkoztatási pont, meglehetősen távol volt Nyugat-Európa (N), de még az ezredforduló Magyarországára elképzet állapot is (E). Ezek a távolságok 1990-re lényegesen lerövidültek, tehát a fogalmak megítélésénél sokkal inkább számításba jöttek vonatkoztatási pontként. Az 1991-es kitöltésnél az előbbi vonatkoztatási pontok kissé távolodtak, de valamelyest távolodott a 1990-es konkrét magyar állapot (K) is. Az ábra negyedik és ötödik sorát összevetve megállapíthatjuk, hogy nemcsak az 1990-es konkrét magyar állapotok vannak messze az ideálistól, hanem a



4. ábra. Átlagos vonatkoztatási pont távolságok

Nyugat-Európára elképzelt állapotok is, bár az utóbbi távolságnak az előbbi mintegy 2,5-szerese. Végül néhány szót az ábra utolsó soráról. Milyennek képzelik el az adatszolgáltató személyek a többi ember (T) véleményét? Az legközelebb az 1989-es kitöltéshez van, tehát bizonyos időkésésben van az adatszolgáltató személy véleményéhez viszonyítva, ugyanakkor meglehetősen földhözragadt, igen távol van ugyanis tőle az ideális és Nyugat-Európa, mint vonatkoztatási pont.

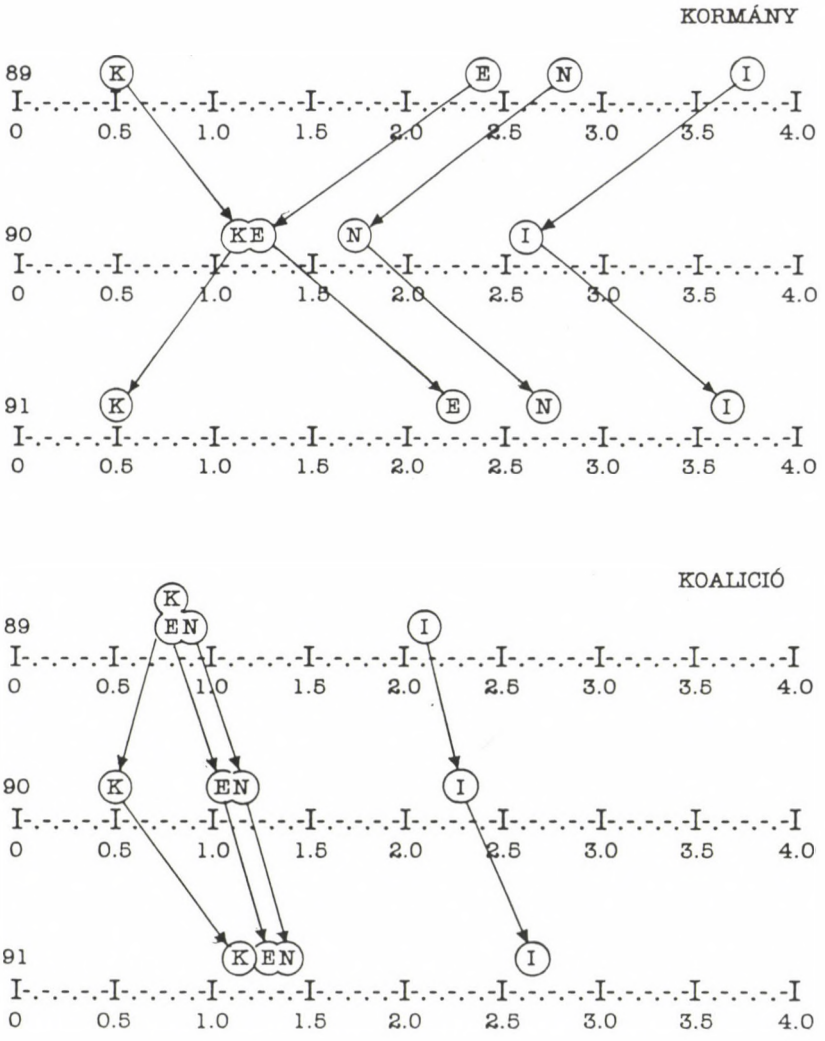
Mindezek a megállapítások a 15 fogalom átlagára érvényesek, a vonatkoztatási pontok változását fogalmakra lebontva csak néhány jellegzetes mozgástípus esetén fogom bemutatni, illetve néhány módszertani vonatkozásra fogok ezzel kapcsolatban kitérni.

Válasszuk ki a kormány, a koalíció, az ellenzék, a köztársasági elnök, a választás, az ideológia, a sztrájk és a piacgazdaság fogalmakat. Ezek a vonatkoztatási pontok mozgásai tekintetében lefedik az egyes típusokat. A többi fogalom esetén csak az analóg mozgás típust jelezzük. Az *5-8. ábrán* látjuk e nyolc fogalom vonatkoztatási pont váltásait a három adatfelvétel időpontjában.

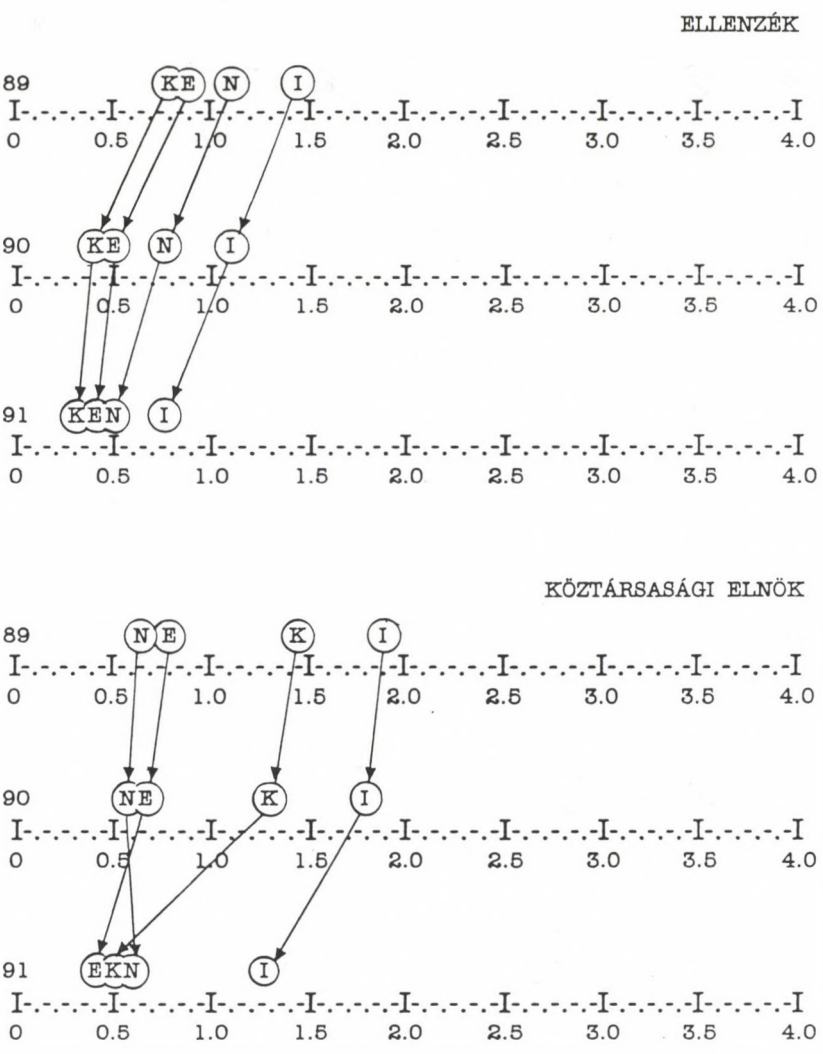
A kormány esetén az 1989-es kitöltéskor igen kevéssé játszott szerepet az ideális, illetve a nyugat-európai kormányokról alkotott elképzelés, hiszen a megfelelő távolságok a 15 fogalomra átlagolt távolságokat (l. *4. táblázat*) több, mint egy egésszel meghaladják (2,52 helyett 3,57, 1,60 helyett 2,63). Hasonló a helyzet az ezredfordulóra vonatkoztatott állapotokkal is. Miféle kormány lebegett akkor a személyek lelki szemei előtt 1989-ben? Leginkább egy olyan, amilyennek 1990-ben a konkrét magyar állapotokat jellemezték. Mint ez más kísérő technikákból kiderült, ez az átmeneti kormányhoz hasonló jellegű kormányt jelentett. Ugyanakkor az 1990-es választásokat követő szabad vonatkoztatási pontú kitöltésnél a személyek fantáziája szárnyalni kezdett, lényegesen közelebb került az ideális és Nyugat-Európa, mint vonatkoztatási pont, az ezredfordulótól vett távolság felére csökkent, egyidejűleg az akkori állapotokra vonatkoztatott kitöltéstől vett távolság megduplázódott. 1991-re a távolságok teljes mértékben visszarendeződtek. Döntően eltávolodott az ideális, Nyugat-Európa és az ezredforduló, mint vonatkoztatási pont, míg ismét közelivé vált az 1990-es konkrét. A választásokat követő illúziók szertefoszlottak, mintha minden maradt volna a régiben.

A kormány vonatkoztatási pont váltásaihoz hasonló jellegű, de talán nem ilyen teljes visszarendeződés ment végbe a demokrácia, a parlament és a szakszervezetek megítélésénél.

Egészen más típusú átalakuláson ment keresztül a koalícióról alkotott elképzelés. Itt szó sincs visszarendeződésről, hanem inkább folyamatos illúzióvesztésről. Míg 1989-ben, talán a hazai minta hiánya miatt, igen jelentős mértékben játszott szerepet Nyugat-Európa, mint vonatkoztatási pont, egyidejűleg a 15 fogalom átlagához viszonyítva közelebb volt az elképzelés az ideálishoz is, ez a kép 1990-re lényegesen megváltozott. A koalíció egyértelműen a választási küzdelem során kirajzolódó koalíciót jelentette, miről közben kiderülni látszott, hogy nem igazán hasonlít a nyugat-európaihoz, hogy aztán 1991-re végképp valami kuriózum legyen, ami semmihez sem hasonlít, vagy talán keveréke



5. ábra. A kormány és a koalíció vonatkoztatási pont váltásai



6. ábra. Az ellenzék és a köztársasági elnök vonatkoztatási pont váltásai

mindannak, amit 1990-ben az aktuális állapotokból leszűrtek, az ezredfordulóra elképzeltek és amit Nyugat-Európa esetén tapasztaltak.

Érdemes összevetnünk ezeket az ellenzékkel és a köztársasági elnökkel kapcsolatban végbement vonatkoztatási pont váltásokkal a *6. ábrán.*

Az ellenzék kitöltésénél már 1989-ben is elég közel volt az ideális és a nyugat-európai vonatkoztatási pont, amelyek együtt mozogva az ezredfordulóra elképzelt és az 1990-es hazai állapotoknak megfelelő vonatkoztatási pontokkal 1991-re szinte minden tekintetben elérték a minimális távolságot, ami a 15 fogalom esetén adódott. Ez azt jelenti, hogy az ellenzék már a rendszerváltást megelőzően is nagyjából megfelelt a nyugat-európai ellenzékre vonatkozó elképzeléseknek és az ideálisra vonatkozó elvárásoknak, és ez az elképzelés fokozatosan tovább erősödött 1991-ig. Érdekes lenne itt az 1992 évi általános ellenzéki válság hatását megvizsgálni, de sajnos erre még nem rendelkezünk mért adatokkal.

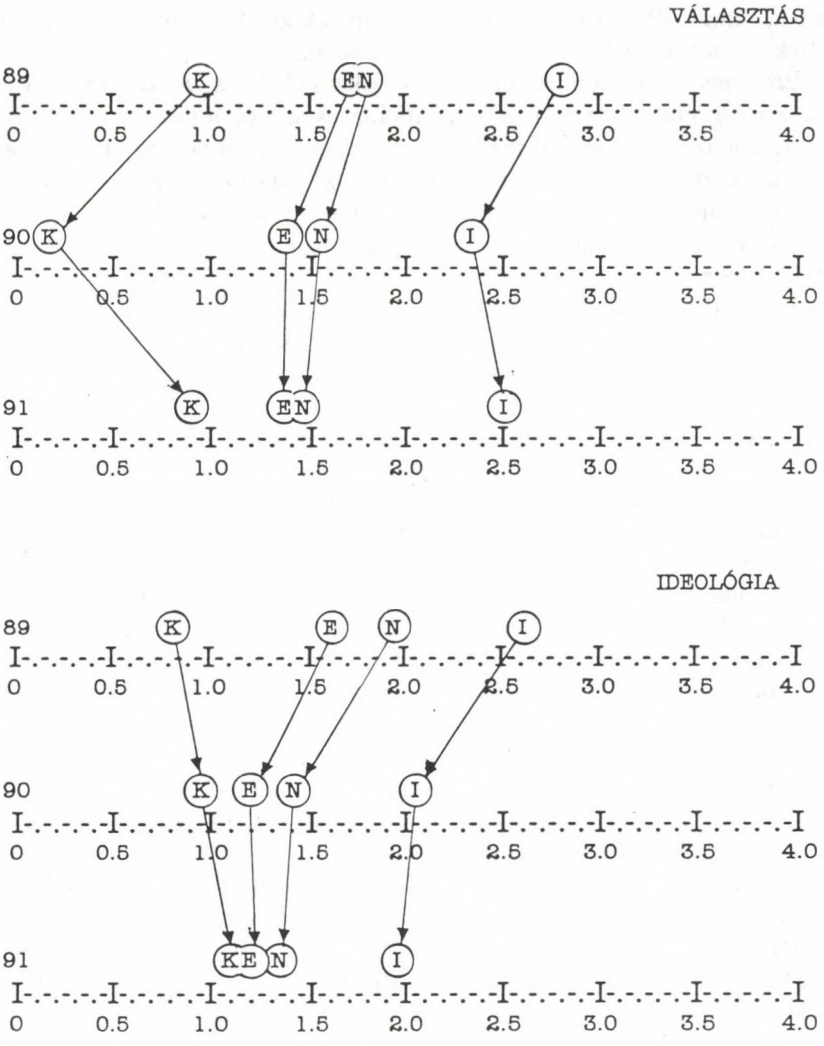
Lényegében hasonló irányú mozgások tapasztalhatók a köztársasági elnök megítélésekor. Azzal a különbséggel, hogy 1989-ben még inkább Nyugat-Európa szolgált mintául és sokkal kevésbé játszott szerepet az ideálisra és a választások időszakára vonatkozó elképzelés. A második két adatfelvételre igen közel kerültünk e tekintetben az ezredfordulóhoz is.

Egy ideális, vagy legalább a nyugat-európaiakhoz hasonló típusú parlamenti választás 1989-ben elég távolinak tűnt (lásd 7. *ábra*). Még leginkább egy olyan választásra gondoltak a személyek, ami aztán 1990-ben be is következett. Teljesen egyértelmű, hogy 1990-ben éppen az átélt választás szerepelt vonatkoztatási pontként, hiszen itt a legkisebb a 15 fogalom figyelembevételével a távolság a szabad vonatkoztatási pontú kitöltés és az 1990-es konkrét magyar állapotokra célzott kitöltés között, ez az érték 0,17. 1991-re a választás fogalma eltávolodott az 1990-ben átélt választástól és egyidejűleg a nyugat-európai típusú közeledni látszott. Utólag visszatekintve tehát a parlamenti választásokról kiderült, hogy nem a kívánt eredményre vezettek.

Az ideológia esetén bár fokozatosan gyengülő mértékben, de mindvégig a mai magyar viszonyok dominálnak, miközben csaknem hasonló mértékre csökken a nyugat-európai értelemben vett ideológiától vett távolság. Végülis mindkettő igen messze van az ideálistól, bár az ettől vett távolság is csökkenő tendenciát mutat az idő előrehaladtával. Ez a keverék ideológia, úgy tűnik, megmarad az ezredfordulóra is. Hasonlóan sajátos a magyar kompromisszum, lényegében azonos mozgásokkal.

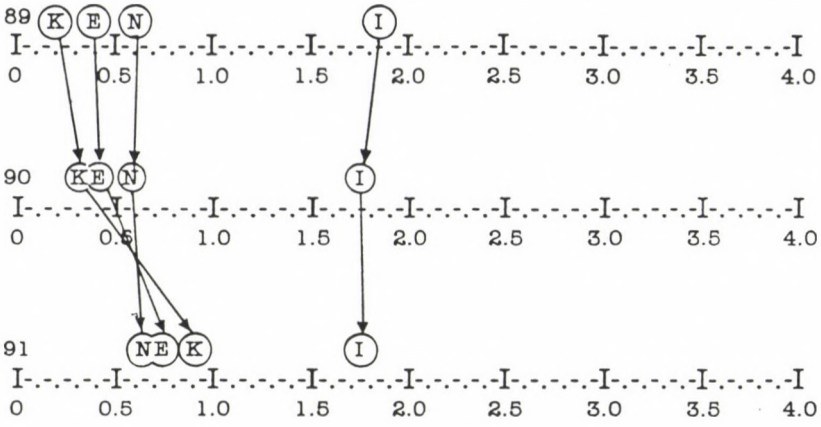
Talán a sztrájk (l. *8. ábra*) az egyetlen fogalom a megvizsgált 15 közül, amelynél nem tapasztalunk radikális átrendeződéseket a vonatkoztatási pontok tekintetében. Itt viszonylag közel van Nyugat-Európa, az ezredfordulóra elképzelt és a konkrét mai magyar. Mindhárom adatfelvételnél egyenlő távol van az ideális, mint vonatkoztatási pont. A többinél sincs elmozdulás 1989-ről 1990-re, az 1991-es adatoknál mindössze az 1990-es állapotokat jellemző sztrájktól és az ezredfordulóra elképzelttől találunk néhány tizedes távolodást.

A legszembetűnőbb változásokon az elsőként elemzett kormány fogalmán kívül a szakszervezet és a piacgazdaság vonatkoztatási pontjai mentek keresztül. A mozgások típusát tekintve a kormány és a szakszervezet meglehetősen hasonlóan viselkedett, a piacgazdaság vonatkoztatási pont váltásai (l. *8. ábra*) az előbbiektől döntő mértékben

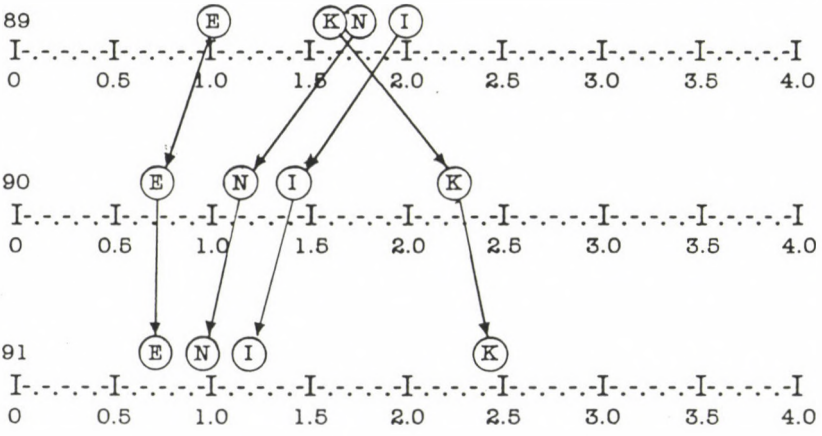


7. ábra. A parlamenti választás és az ideológia vonatkoztatási pont váltásai

SZTRÁJK



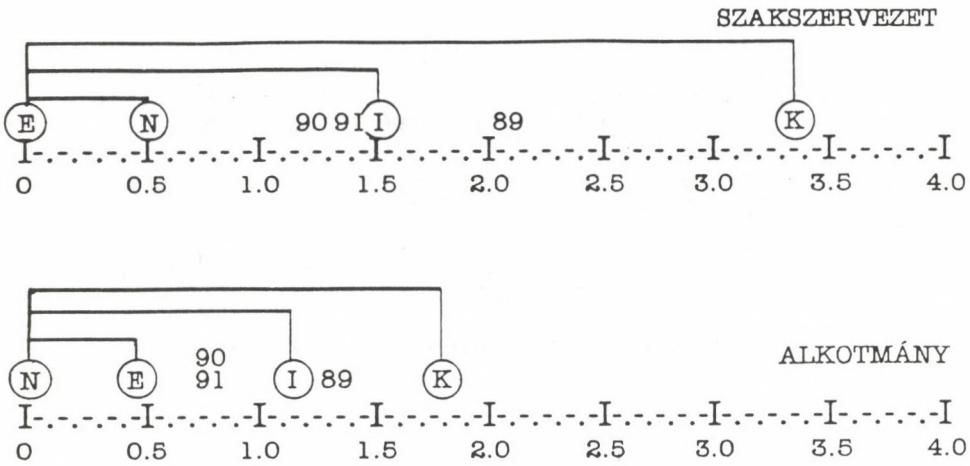
PIACGAZDASÁG



8. ábra. A sztrájk és a piacgazdaság vonatkoztatási pont váltásai

eltérnek. 1989-ben a piacgazdaság skálázásakor, mint ez a vonatkoztatási pont feltárási technikából is kiderült, igen sokan valami harmadik utas megoldásra gondoltak. Ez a célzott vonatkoztatási pontú skálázás eredményeinél abban nyilvánul meg, hogy minden vizsgált vonatkoztatási pont igen távol van az 1989-es kitöltéstől. Még legközelebb az ezredfordulóra elképzelt magyar állapotok vannak e tekintetben. Valamelyest belejátszik a megítélésbe a konkrét magyar helyzet is. Az 1990-es szabad vonatkoztatási pontú piacgazdaságnak szinte már semmi köze az 1990-es konkrét magyar valósághoz, a köztük levő távolság 1,62-ről 2,24-re, majd 1991-re 2,46-ra növekedett. Ugyanakkor megfeleződött a nyugat-európaitól és az ideálistól vett távolság. Ez a harmadik utas megoldás irrealitásának felismerését jelzi.

Az előbbi példákon keresztül a célzott vonatkoztatási pontú skálázás egy lehetséges alkalmazását mutattam be. További alkalmazások is elgondolhatók. Például feleletet kaphatunk olyan kérdésekre is, hogy milyennek képzelik a személyek az ezredforduló magyar viszonyait, mi a véleményük a nyugat-európai helyzetről, mennyire tartják azt ideálisnak stb. Az előbbit a szakszervezetek, az utóbbit az alkotmány fogalmával illusztrálom a *9. ábrán.*



9. ábra. Példák az ezredforduló és a nyugat-európai vonatkoztatási pontok értelmezésére

A személyek az ezredforduló Magyarországára leginkább a mai nyugat-európai lágy demokráciákban működő szakszervezeteket tartják elképzelhetőnek, itt a legkisebb a távolság, és ez a szakszervezet rendkívül messze van az 1990-es valóságostól. Másrészt a nyugat-európai típusú alkotmány minden előzetes várakozástól eltérően a megítélő személyek szerint messze nem ideális, (a távolság 1,15), leginkább ahhoz hasonló, amit a személyek az ezredforduló magyar viszonyaira elképzeltek.

Az itt bemutatott eljárás segítségével megfelelően sok célzott vonatkoztatási pontú skálázás elvégzésével számos mélyebb összefüggés tárható fel az egyes politikai fogalmak vonatkoztatási keretének tisztázására, másrészt a szabad és célzott vonatkoztatási pontú skálázások kombinációinak ismételt alkalmazásával nyomon követhetjük e vonatkoztatási keret időbeli változását.

Összefoglalás

A tanulmányban kísérletet tettem arra, hogy nyomon kövessem a politikai fogalmak megítélésének változását a rendszerváltás során 100 egyetemi hallgatónál. A hagyományos többdimenziós skálázási eljárást a vonatkoztatási pont feltárási eljárással és célzott vonatkoztatási pontú skálázással egészítettem ki. A hagyományos skálázási eljárással nyert adatok alapján kimutattam, hogy a politikai fogalmak megítélésének általános strukturális kerete a rendszerváltás időszakában lényegesen különbözött a Pléh és Czigler által 17 évvel ezelőtt végzett felmérésnél kapottól. A korábbi értékelés, erő és stabilitás faktorstruktúra helyett az átmenet időszaka inkább az értékelés, gyengeség-instabilitás és bonyolultság faktorhármassal jellemezhető.

A longitudinális adatfelvétel lehetővé tette az egyes fogalmak, köztük a legfontosabb politikai pártok faktortérben való elmozdulásainak követését. A pártok helyváltoztatásai az értékelés tengely mentén mintegy előrevetítették a közvélemény későbbi alakulását, amely az 1990 évi őszi önkormányzati választások eredményeiben, valamint az 1992-es felmérések adataiban tükröződik.

A vonatkoztatási pont feltárási eljárás számos érdekes összefüggésre hívta fel a figyelmet. A személyek szubjektív beszámolóiból világossá vált, hogy az egyes politikai fogalmak megítélésénél eltérő gyakorisággal más-más vonatkoztatási pontok merültek fel, továbbá az, hogy egyes személyek ítéleteiben ugyanannak a fogalomnak különböző, igen gyakran inkongruens értelmezése játszott egyidejűleg szerepet. Kimutathatóvá vált bizonyos fogalmak értelmezésének jellegzetes idődimenziója, így például a munkanélküliség távoli fenyegető veszélyként való felfogása, az ideológia pártideológiával való azonosítása stb.

A célzott vonatkoztatási pontú skálázással a vonatkoztatási pontok mélyebb szerkezetét lehetett feltárni, továbbá ezen vonatkoztatási keret tipikus változásait lehetett nyomon követni a három adatfelvétel során. Karakterisztikusan különböző mozgások voltak megfigyelhetők például a kormány, az ellenzék, a piacgazdaság és a sztrájk esetén. Így az illúzióvesztés, az ideálishoz való közeledés, a harmadikutas elképzelés tarthatatlansága és a viszonylagos fogalmi stabilitás egyaránt tetten érhető volt e mozgástípusoknál.

A tanulmány szerény terjedelmi keretei között megkíséreltem bepillantást nyújtani a rendszerváltással összefüggő nagyobb terjedelmű és kérdésfeltevéseiben is összetettebb longitudinális politikai pszichológiai vizsgálat eredményeibe, kiemelve annak egy módszertani szempontból fontosnak tűnő szeletét. Összefoglalva: sikerült kimutatni az átmeneti politikai, társadalmi, gazdasági rendszer időszakára jellemző sajátos fogalmi strukturális keretet, amelyet viszonylagos stabilitása mellett a fogalmi átrendeződések és a vonatkoztatási pontok érvényesülésének sokszínű változásai jellemeznek.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. május 11.

IRODALOM

Osgood, C. E., Suci, G. J., Tannenbaum, P.H. (1967). *The measurement of meaning*, University of Illinois Press, Urbana.

Pléh Cs., Czigler I. (1979). Kísérlet politikai kifejezések meítélésére alkalmas szemantikus differenciálskálák kialakítására és alkalmazására, In: Hunyady Gy. (szerk.), *Pszichológiai Tanulmányok*, Akadémiai Kiadó, Budapest, 463-533.

Farkas A. (1990). Hozzászólás. In: Lénkei Júlia (szerk.), Láttuk-e, hogy jön? Az ELTE Filozófiatörténeti Tanszékcsoport és a Budapesti Könyvszemle Konferenciája, *TWINS*, Budapest, 1991, 15-17.

Farkas A. (1990). A politikai fogalmak megítélésének változása a rendszerváltás kapcsán egyetemi hallgatók körében. *Műhelybeszélgetések*, MTA Pszichológiai Intézete, (kézirat).

Farkas A. (1991). Political system changes - conceptual system changes in Hungary in 1990. 2nd European Congress of Psychology, Budapest, Abstracts, Vol. II. 147.

Farkas A. (1992). A politikai fogalmak vonatkoztatási pontjainak változása a politikai rendszerváltás során. (Előadás "A rendszerváltás hatása a társadalmi kommunikációra" c. konferencián).

Farkas A. Ekehammar, B. (1992). The structure of political concepts in transitional and stable societies: East-West comparison. *International Journal of Psychology, 27*, 557.

SUMMARY

Changes of reference points of political concepts in the course of the Hungarian political system change

Farkas, András

In the framework of a longitudinal political psychological research we tried to follow the changes in the opinion on current political concepts in the course of the Hungarian political system change from 1989 to 1991. 100 university students participated in the survey. The results of scaling 52 concepts along 18 dimensions proved that the factor space was different from the Osgood-type space and from the space characterized the Hungarian circumstances 17 years ago. The co-ordinates were the following: EVALUATION, WEAKNESS/INSTABILITY, and COMPLICATEDNESS. By means of discovery technique of reference points it became clear, that the subjects took different reference points into consideration in the course of scaling different concepts, furthermore, in many cases incongruent reference points played roles simultaneously when one subject judged one concept. By means of oriented scalings, where reference points were given for the subjects explicitly, a fine structure of reference framework could be revealed, and typical changes of this framework could be identified.

SZEMLE

CSALÁD ÉS MÁS RENDSZEREK: A STRUKTURÁLIS-STRATÉGIAI GYÓGYÍTÁSI MÓD*

HUGH JENKINS

A családterápia alaptétele szerint a család olyan pszichoszociális entitás (Handel, 1985), amelyben minden egyes ember tagja az összekapcsolódó részek alkotta egésznek. A tünetet a családtagok közötti diszfunkcionális kapcsolatok jelzésének tekintjük, bármi legyen is az. A tünet szolgálhat arra, hogy felhívja a figyelmet a nehézségekre, de meg is védheti a családot attól, hogy a szükséges változtatnivalókra koncentráljon. Így tehát a problémás gyerek egyszerre két feladatot lát el a családban: közvetett módon felhívja a figyelmet a szülők közötti bajokra, és ugyanígy el is terelheti a figyelmet ezekről, mivel ő maga válik "a" problémává. Egy tünetet produkáló serdülő igen hatékonyan tudja megvédeni szüleit attól, hogy felfedezzék kapcsolatuk ürességét.

A strukturális családterápia azt feltételezi, hogy egy működő családnak szilárd és világos határai vannak a család egésze és a különböző családi alrendszerek körül, amelyeket pl. a nem, a funkció vagy az érdekazonosság határoz meg. Az irányzat nagy figyelmet fordít a családi hierarchiára, ezen belül is az erős szülői alrendszerre. A funkcionális család-rendszert autonómia és egymásrautaltság jellemzi, a rendszer fenntartása mellett az egyénnek lehetősége van a fejlődésre, a kapcsolatok folyamatosak és flexibilisek. Amennyiben belső, azaz fejlődésbeli követelmények megkívánják, képes alkalmazkodó módon újraszervezni struktúráját; amennyiben külső, környezeti körülmények kívánják meg a szerkezetváltoztatást, azoknak is képes megfelelni. Egy ilyen rendszerben a diszfunkcionális viselkedés a pillanatnyi egyensúlyvesztésből következik a család szervezetén belül. Egyensúlyvesztés állhat be a hierarchiában; az adott felállásban a család nem képes tovább hatékonyan működni, de felbomolhatnak a családi alrendszerek közötti határok is. Ugyanúgy egyensúlyvesztés következik be, ha a család a változó követelményekre maladaptív reakciót ad, akár az egyéni fejlődés, akár a külső környezetnek való megfelelés területén.

A stratégiai terápiás irányzatot nehezebb jellemezni, mert több szempontból is átfedés van ezen iskola és a strukturális megközelítés között. Arról, hogy milyen a

---

* A tanulmányt a szerző engedélyével közöljük. Forrás: A family and other systems: Treatment within a structural-strategic framework. Maladjusment and therapeutic education, 4(1986), 33-41.

megfelelő családszerkezet, a stratégiai iskola kevésbé merev nézeteket vall; viszont meglehetősen nagy hangsúly kerül a kapcsolatok flexibilitására, ami a normális családi működéshez szükséges. A családot jó esetben a problémamegoldási készség széles körű repertoárja jellemzi amellett, hogy az egyéni és a családi életciklus egyes fázisait a családtagok megtárgyalják egymással (Haley, 1973). Világos szabályok kormányozzák a hierarchiát anélkül, hogy mindenáron ragaszkodnának a szülői alrendszer vezető szerepéhez. Ennek a családterápiás iskolának a gyökerei olyan családokkal való munkában rejlenek, ahol a család gyerekei és serdülői meglehetősen kaotikus helyzetben éltek. Főleg Minuchin hangoztatja azt (Minuchin és mtsai, 1967), hogy a normalitás fogalmát és a kezelés modelljét a specifikus klienspopuláció valószínűleg nagymértékben befolyásolta. Stratégiai szempontból a családok számtalan lehetséges okból kifolyólag kerülhetnek nehéz helyzetbe. A terapeuta főleg arra összpontosít, hogyan tartja fenn a család a tünetként nyilvántartott viselkedésformát.

A strukturális és a stratégiai irányzatok különböző, bár egymást kiegészítő nézeteket vallanak a funkcionális és a diszfunkcionális folyamatokról. Abban is különböznek egymástól, hogy mit tartanak a terápia céljának. A strukturális iskola terapeutája arra koncentrál, hogy az egyének relatív helyzetének megváltoztatásával újraszervezze a családstruktúrát, és ezáltal megszakítsa a diszfunkcionális mintákat. Ezt többféle módon érheti el: pl. kontrollálja, hogy ki kihez beszéljen és mikor; csökkenti vagy növeli a tagok közötti pszichológiai teret; megváltoztatja a családtagok ülésrendjét az interjúszobában stb. Világos és flexibilis határokat hoz létre például a szülői diád és a gyerekek között; vagy kevésbé középponti figurákká teszi a nagyszülőket; vagy különbséget tesz a serdülőkorú és a kisebb gyerekek szerepei között. Bátorítja és támogatja az adaptívabb viselkedésformák megjelenését. Ennek egyik módja az, hogy ha az egyik családtag valamiben akármilyen kisfokú kompetenciát mutat, akkor arra rávilágít annak érdekében, hogy az sokkal kiemelkedőbb jelentőségű legyen, mint az uralkodó maladaptív minta.

A stratégiai szemlélettel rendelkező terapeuta nem figyel a strukturális vagy szervezeti változásokra, mégpedig abban a hitben nem, hogy ha egyszer a szerkezeti egyensúlyvesztés állapota megszűnik, a tünetre nem lesz tovább szükség. Ehelyett a panaszként hozott problémával kezd el foglalkozni. A hangsúly a meghatározott, kívánt viselkedésformák elérésére kerül. A tünet fenntartásáért felelős ismétlődő feed-back kört próbálja meg blokkolni. Az ilyen terápiának az új viselkedésszekvenciák kialakítása a célja (Haley, 1967), és nagyobb hangsúly esik az interakcionális szemléletre (Watzlawick és Weakland, 1981).

Ennek egyenes következménye az, hogy egy mesterséges határvonalat húzunk a család és a külvilág közé. A nyolcvanas évek elején mind a családterápiás, mind az egyéb irányzatok körében egyre inkább elterjedt az a nézet, hogy ha kizárólag a családra figyelünk, akkor szem elől tévesztünk más fontos erőket, amelyek befolyásolják a család működésmódját. Jordan (1981) szilárdan tartott nézeteket kérdőjelezett meg azzal kapcsolatban, hogy jó-e, ha a családterápia a segítő intézmények közé sorakozva működik. Néhány terapeuta gondolta csak igazán át, hogy a segítő intézmények mennyire hátráltathatják a családokat abban, hogy önmagukat ellássák, mint ahogy ezt Hoffmann és Long (1969), majd Jenkins (1983) leírta. Újabban az angol irodalomban egyre nagyobb

figyelmet vív ki magának az a kontextus, amelyben a terapeuták dolgoznak. Ennek az lett az eredménye, hogy ami "rendszerszemléletű gondolkodás" néven vált ismertté, az már ezeken a helyeken és hálózatokon belül is népszerűvé vált (Dimmock és Dungworth, 1983, 1985; Treacher és Carpenter, 1984).

Ami felett viszont gyakrabban átsiklanak, az annak az intézménynek a hatása, amelyben maga a terapeuta dolgozik, és amelynek gyakorlatához döntéseit igazítania kell. Minimum hat, egymással összefüggő dolog befolyásolja a döntéshozatal menetét. Ezek részét képezik a külső intézmények, a beutalt család, a terapeuta saját intézete és a terapeuta között fennálló feszültségnek (Jenkins, 1985).

A következőkre gondolunk:

1. A beutaló személy vagy intézmény szükségletei és hiedelmei;
2. A beutalt személy hiedelmei;
3. A szakember(ek) elméleti álláspontja(i), akikhez a problémát hordozó embereket beutalták;
4. A segítő intézmény kimondott és ki nem mondott törvényei;
5. Az intézmény szakembergárdájából másoknak az illetőével ellentétes vagy azt kiegészítő nézetei arról, hogy mi lenne a leghelyesebb beavatkozás;
6. Azok a terápiás célkitűzések, amelyek az 1-5. ponttal kapcsolatban alakultak ki.

Nyilvánvalóan jó az, ha a terapeutának világos véleménye van arról, hogy számára mit jelent a családterápia, és hogy mik azok a tág határok, amelyeken belül dolgozik. E cikk szerzőjének (Jenkins, 1980) a strukturális-stratégiai keret adja azt az alapot, amelyből kiindulva számos családterápiás iskolából meríthet, és amelyen belül integrálni tudja a különböző technikákat az adott család szükségleteinek megfelelően.

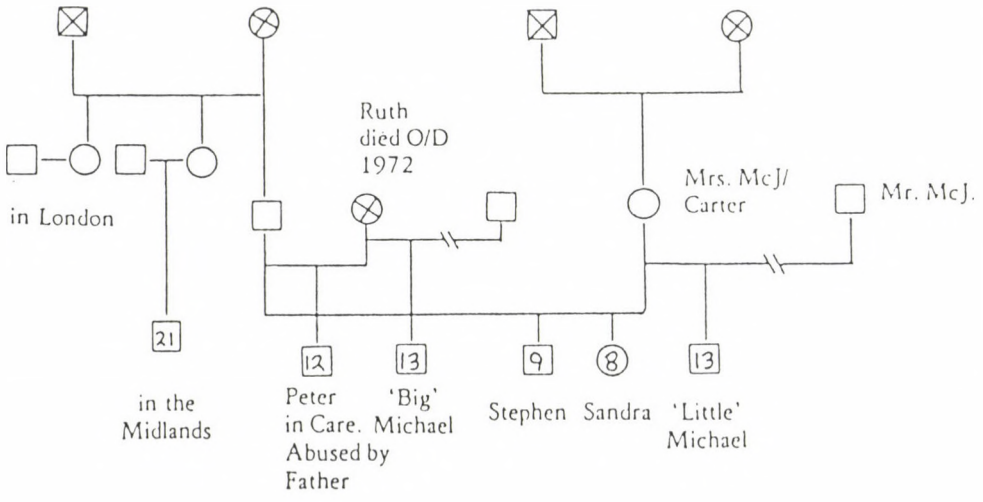
Esettanulmány

A most következő eset a családterápia számos lényeges kérdésére rávilágít. A Carter család másodszor jelentkezett nálunk; ekkor a problémásnak jelzett családtag egy olyan gyerek volt, akivel az első szakaszban még nem volt semmi baj. Ez az új "tünet" is a szülői szerepkörrel és a családi intimitással volt kapcsolatban, éppúgy, mint korábban. Az első ülésen kiderült, hogy miután a kezdeti szorongás csökkent, igen nehéz a családot a terápiában tartani. A család közvetlen családterápiában részesült, kapcsolatot teremtettünk az iskolával, és végül más intézményekkel is. Mindegyik alapvető fontosságú volt abban, hogy tisztán lássuk a probléma középpontját.

A munka menetét nem kronológiai sorrendben, hanem különböző szempontok szerint ismertetjük. Így a családterápia különböző elméleti és gyakorlati szempontjaira is rávilágíthatunk.

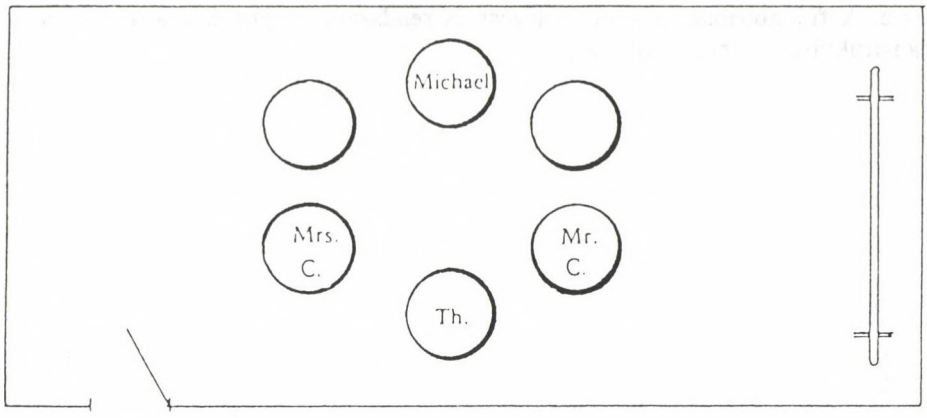
A szerző már ismerte a családot és annak szerkezetét, nála volt szupervízióban az a pszichiáter kolléga, aki a családot Michael ragasztózásával kapcsolatban kezelte. Amikor kiderült, hogy Michael állapota mennyire súlyos, a család megszakította a terápiát, és a dolgot úgy oldotta meg, hogy Michaelt az apa házasságban élő nővéréhez küldte el lakni

vidékre. A fiú abbahagyta a ragasztózást és rendszeresen járt iskolába. Az alapvető családstruktúrát a genogram mutatja:



Az újrajelentkezés idején a Peter nevű fiú gyerekotthonban élt - az apa nagyon megverte, és a gyámhatóság a gyereket elhelyezte a családtól. Mr. Carter feltételesen volt szabadlábon, és az összes többi gyerek is a veszélyeztetettek listájára került. A terepen dolgozó csoportból egy szociális gondozó főleg Peterrel kapcsolatban aktívan foglalkozott a családdal. Michael, akinek jelenlegi családjában nem volt biológiai szülője, a nagynéninél élt és jól beilleszkedett. A család tartotta vele a kapcsolatot. A Carter család második jelentkezésekor a cikk szerzője ezt a tényt nem ismerte. A szülők ugyanúgy érkeztek, mint az első alkalommal, egy gyakorló kórház ambuláns gyerek- és serdülő pszichiátriai osztályára, ahol sürgősségi járóbeteg-rendelés is működik. Ehhez nem kell előzetes beutaló vagy időpont, anélkül is azonnal megnézik a beteget.

A szülők egymás mellett ültek a váróban, mellettük ült Michael. Ez az ülésrend meghazudtolta a pillanatnyi családi szerveződést. Az interjúszobában a család az ábra szerinti rendben helyezkedett el·



A következőket mondták el:

1. A "kis" Michael nem járt iskolába. Az eredeti iskolájában nehézségei voltak, innen egy másikba helyezték át;

2. A szülők különköltöztek; Michael a két lakás között ingázott, és napközben gyakran elcsavargott. Mindegyik szülőt arra kértük, hogy úgy mondja el a problémát, ahogy azt ő látja. Mindkettő kijelentette, hogy ő a legjobbat akarja Michaelnek, egyikük sem akarja a fiút arra kényszeríteni, hogy vele menjen lakni. Más szakembereknél is jártak már, és ők azt a tanácsot adták a házaspárnak, hogy bízzák a gyerekre a döntést, melyiküket választja, és azt sem tartanák rossznak, ha Michael a két szülője helyett valahol máshol lakna. Tíz percig tartott, míg ezt elmondták, és Michael nyomorúságosan ült a helyén. Először is, Michael jó szolgálatot tett nehézségeivel ennek a szülőpárnak; bár hivatalosan már külön éltek, Michaelnek köszönhetően mégis szoros kapcsolatban maradtak egymással. Az anya kifejtette, hogy ő egyáltalán nem akart férjétől különválni, és később az is kiderült, hogy ez a férjnek sem volt szándékában. Mivel viszont az asszony volt az, aki ennek először nyíltan hangot adott, az apa úgy tett, mintha a válás kérdésében hajthatatlan lenne, tudván azt, hogy a közöttük levő kapcsolat úgysem szakad meg. Másodszor, Michael lehetetlen helyzetbe került azzal, hogy a két szülő között választania kellett. Mr. Carter nem volt a fiú vér szerinti apja, pszichológiai értelemben mégis annak számított, mert 18 hónapos volt a gyerek, amikor ő átvette az apaságot. A fiú problémás viselkedésével tehát két dolgot ért el: ezzel megvédte magát attól, hogy döntenie kelljen, másrészt jó okot szolgáltatott szüleinek a gyakori kapcsolattartásra. A család már kereste szakember segítségét, amelyet a jelenlegi egyensúly fenntartására használtak fel, de a munka semmilyen megoldásra sem vezetett. A mostani terapeutának vigyáznia kellett tehát arra, hogy ne juttasson "ugyanabból még egy adaggal" a családnak, és hogy ne akarjon a régi terapeutánál "jobbnak" lenni. Fontos szempont még, hogy a szülők azért nem

merték vállalni a döntést, hogy kinél éljen Michael, mert féltek attól a lehetőségtől, hogy a fiú esetleg visszautasítja őket. Ezzel pedig azt a burkolt üzenetet kapta Michael, hogy egyik szülője sem szereti annyira, hogy meg akarja szerezni magának.

A terápiában a családi szerkezet módosítása volt a cél, mert a jelenlegi állapotban olyan döntést követeltek a gyerektől, melynek meghozatala nem gyerek feladata. Ennek érdekében kivontuk a fiút a megbeszélésből azzal, hogy sikerült elérnünk, hogy a házaspár közvetlenül, és ne a gyereken keresztül tárgyaljon egymással. Ezzel lehetővé vált, hogy Michael nem felnőttként, hanem gyerekként vegyen részt a tranzakciókban.

A megbeszélés elején a terapeuta Michaellel vette fel a kapcsolatot oly módon, hogy tényszerű információkat kért tőle. Ennek során elérték azt a pontot, amikor Michael kijött a sodrából. Ekkor a terapeuta felállt a helyéről, odament a fiúhoz, és kérte, hogy ő is álljon fel. A következőt mondta: "Úgy néz ki a helyzet, mintha mindkét szülőd azt kérdezné tőled, hogy melyik széket választod, a jobboldalit vagy a baloldalit. Viszont te a legjobb megoldást választottad, a jobboldali és a baloldali helyett a középsőre ültél." Ezen a ponton Michael megpróbált kimenni a szobából. Erre mondta a terapeuta, hogy Michael helyében ő ott maradna a középső széken, mert az a döntés, amit a szülei tőle várnak, nem gyereknek való. A terapeuta most már a szülőkkel közvetlenül beszélte meg, hogy a gyerekelhelyezés kérdésében nekik kell dönteniük. Az első ülés másfél órás volt; az idő egy részében a szülők kiküldték Michaelt a váróba, hogy igyon valamit. Amíg viszont bent volt, a terapeuta nem engedte, hogy őt is bevonják a szülők a döntéshozatalba, bár megkérdezte tőle, hogy szerinte mennyi időre van a szülőknek szüksége a döntéshez, és mit gondol, neki magának mennyire lesz nehéz az új helyzet.

A szülők eddigi megoldáskísérletei is részei voltak a problémának. Nem akarták Michaelt megsérteni; egymást sem akarták megbántani, szerettek volna sportszerűen viselkedni egymással (mindegyiküknek volt egy saját gyereke, Stephen, illetve Sandra). Két rövid részlet ízelítőt ad a terápiából:

Anya: Senkit sem szeretnék feldühíteni.
Terapeuta: Úgy hangzik, mintha nagyon sportszerűen szeretnének eljárni.
Anya/Apa: Igen.
Terapeuta: Ha így van, akkor Stephent és Sandrát is be kellene hozniuk, és én hozok egy hasítóbárdot. Mindegyikük megkaphatja mindegyik gyerek felét. Ez lenne az egyetlen tökéletesen fair megoldás... A válás általában nem a legsportszerűbb dolog, így én csak abban tudok maguknak segíteni, hogy olyan döntést hozzanak, amelyik nem sportszerű, szükségszerűen nem az.

Ez volt a "salamoni ítélet" arra az esetre, amikor a szülők gyerekelhelyezés ügyben folytatnak tárgyalásokat. Mindez segített abban, hogy összpontosítani tudjanak a problémájukra. Aztán a következő párbeszéd zajlott le:

Anya: Egyszerűen nem tudunk dönteni.
Apa: (egyetértően mormog).
Terapeuta: Rendben van. Ha nem tudják eldönteni, hogy kinél legyen Michael hétvégén, a legközelebbi keddi ülésig, akkor a következő alkalommal őt is behívom, és mindegyikük

megfogja a másik kezét. És együtt fogják elhagyni az épületet. Aztán az egyiküknek el kell engednie a kezét...

Egyszerre csak az asszony azt mondta, hogy nála lesz a gyerek. Ezután elpróbáltuk a szülőkkel a hétvégi programot, megbeszéltük, hogy ki a felelős a másik szülőnél tett látogatás megszervezéséért, és ki azért, hogy Michael visszakerüljön az anyjához. Azt is elpróbálták, hogy hogyan közlik mindezt a gyerekkel, amikor visszahívjuk a szobába. Mivel ez a pár mindennemű döntést csak igen nehezen hozott meg, ami nemcsak Michaelre hatott rosszul, hanem kapcsolatuknak is szerves része volt, először csupán egy rövid távra szóló döntés felé tereltük őket a péntektől keddig tartó időszakra vonatkozóan. Kedden ismét órájuk volt, amikor megbeszélhették, hogy a rövid időre érvényes döntésüket meghosszabbítják-e vagy új megegyezésre próbálnak jutni.

Az eddigiekkel a terapeuta azt próbálta meg elérni, a házaspár úgy tudjon beszélni egymással, hogy ehhez Michaelre mint közvetítőre ne legyen szüksége, és a terapeutát se használják harmadik tagként a döntéshozatalban. A humor, ami időnként meglehetősen feketére sikerült, segített a problémára való koncentrálásban. Ez nem az az időpont volt a család életében, amikor a házasság történetét, a problémákat kellett volna megbeszélnünk. A terapeuta mint a funkcióját gyakorló szülőpárral beszélt velük. Amikor őt mint "szakembert" szólították meg, ő visszahárította rájuk a felelősséget, mondván, hogy saját családjukban csak ők lehetnek a szakemberek. A terapeuta nem dönthet helyettük. Az ülés túlnyomó részében a Haley (1980) és Jenkins (1981) által leírtakat követtük. A szülői kompetenciától nem kell senkit sem megmenteni azzal, hogy átvállaljuk akcióit. A serdülőnek pedig meg kell tapasztalnia, hogy kipróbálhatja szüleit, támaszkodhat rájuk, el is mehet otthonról, és ennek ellenére sem hagyják őt magára.

Az első, meglehetősen hosszúra nyúlt ülésen kialakítottuk a megbeszélések szabályait. Napier (1976) a "struktúráért vívott harcnak" hívja ezt a folyamatot. Bizonyos értelemben minden, ami ezután következett, csak a fenti folyamat kidolgozásának, finomításának nevezhető. Egy alkalommal az egész családdal találkoztunk. Amikor a két fiatalabb gyereket is bevontuk, képet szerettünk volna kapni a család szerkezetéről, "szobrozással" néztük meg, hogy az egyes tagok hogyan látják a családot (Papp és mtsai, 1973; Jefferson, 1978; Jenkins és Donelly, 1983). Az ülések alatt a szülők döntéshozó képességét és közös felelősségérzetét próbltuk erősíteni, függetlenül attól, hogy a jövőben együtt vagy külön akarnak-e élni.

Ebből az esetből még két fontos szempontot szeretnénk kiemelni. Az első Michaellel és az új iskolával kapcsolatos. Bár a szülők már képesek voltak arrra, hogy egymást és Michaelt támogassák, és abban is döntöttek, hogy kinél fog élni a gyerek, mindez még nem varázsolta vissza őt az iskolába.

A harmadik ülésen, amelyen a két szülő, Michael, Stephen és Sandra vett részt, világossá vált, hogy pillanatnyilag az iskola-kérdés a legégetőbb. Az elmúlt három hét folyamán Michael csak két napon volt iskolában. Úgy tűnt, hogy amikor a gyerek "megtért" az első hiányzásból, visszatérését nem fogadták jól; megszidták, ahelyett, hogy a további iskolába járásra biztatták volna. A szülők azt akarták, hogy a terapeuta oldja meg a problémát. Amennyiben ő ezt megtette volna, aláásta volna a szülők újonnan szerzett kompetenciáját. Ehelyett stratégiai megbeszélést tartottunk, majd rendelkezésükre

bocsátottunk egy telefont. Közvetlenül az iskolaigazgatóval sikerült beszélniük, és kikényszerítettek belőle egy időpontot még aznapra. A terapeutával megállapodtak abban, hogy melyik nap melyikük viszi iskolába a gyereket. Így a szülőket az ő saját döntésükben támogattuk meg. Bár házastársakként továbbra is sok problémával küszködtek, szülői szerepkörükben mégis képesek voltak elegendő támaszt nyújtani Michaelnek ahhoz, hogy nehézségei ellenére is tudjon iskolába járni.

Az eset egy másik lényeges aspektusa az intézményekkel való kapcsolattartás. Ebben az esetben a helyi szociális osztályról jött a fő nyomás. Hoffman és Long (1969) hangsúlyozza, hogy bizonyos intézmények tevékenysége gyakran hátráltatja a családokat abban, hogy saját életükért ők maguk vállalják a felelősséget, rosszabb esetekben ezt egyenesen meg is akadályozzák. A családterapeutának tehát számolnia kell a család életében szerepet játszó intézményekkel. Most a következő volt a helyzet: a terepen dolgozó szociális gondozó és annak főnöke vett aktívan részt - tőlünk függetlenül - az ügyben. Szerepeinket világosan el kellett különíteni egymástól. Miután a család a krízist követően stabilizálódott, megállapodtunk abban, hogy nem találkozunk többet. Ezt követően írtunk nekik egy levelet, miszerint valószínűleg igazuk van abban, hogy senki sem tud igazán segíteni rajtuk. Ennek a közlésnek két célja volt. Egyrészt el akartuk kerülni azt, hogy szakmai szorongásunkból kifolyólag "üldözőbe vesszük" őket, mert tudtuk, hogy a családban még lenne min dolgozni. A második cél pedig az volt, hogy a levéllel elég szorongást mobilizáltunk a családban ahhoz, hogy összeszedjék meglévő energiáikat, és így még elvégezzünk valamennyit a hátralévőkből.

Összefoglalásképpen beszélnünk kell még a levélíráson és visszahúzódásunkon kívül más stratégiai aspektusokról is. Az eddigi családi szerveződés és hierarchia Michaelt tette a felelős taggá. Ezért stratégiánk a családi hiedelemrendszer széttörését irányozta elő. Például az abszurditásig túloztuk el azt a kívánságukat, hogy sportszerűen járjanak el egymással, rávilágítottunk arra, hogy a "nincs döntés" már önmagában döntést jelent. Ezenkívül Mrs. Carter még két alkalommal jött el egyedül. A második alkalommal nagyon rossz állapotban volt, kétségei voltak saját anyai értékeit illetően; kételkedett abban, hogy ő jó anya, jó feleség, sőt, szüleinek jó lánya lenne. Olyan ember benyomását keltette, akinek egyáltalán semmilyen szerepe nincs, és életének minden területén kudarcot vallott. A családi szoborban önmagát a szobán kívülre helyezte, "irreleváns" volt a család szempontjából. Elmondta, mennyire aggódik amiatt, hogy meg fogja ismételtetni a gyerekeivel a saját problémáit. Látszólag az lett volna a megfelelő reakció, hogy felhívjuk figyelmét a jó tulajdonságaira, és segítünk neki jobb képet festenie saját magáról. Ehelyett a terapeuta, aki addigra már meglehetősen jól ismerte őt, az övénél még pesszimistább álláspontra helyezkedett. Mrs. Carter talán nem látja elég jól a helyzetet, mondta, mert a dolgok még ennél is sokkal rosszabbul állnak. Azzal, hogy ebből a váratlan pozícióból intézett kihívást Mrs. Carter önmagáról alkotott képe ellen, az asszony hirtelen átlátta, mennyi "abszurditás" és "őrültség" van abban, amit magáról elmondott. Ő kezdte el bizonygatni a terapeutának, hogy a valóságos helyzet nem is annyira rémes, mint ahogy a terapeuta mondja. A terapeuta váltig ragaszkodott a negatív képhez, Mrs. Carter önbizalma pedig egyre nőtt. Ezt a terápiás technikát bővebben itt most nem tudjuk kifejteni, Cade és Southgate (1979) cikkében mindez olvasható.

Megbeszélés

Bár ennek a családnak továbbra is voltak nehézségei, Michael az anyjánál maradt, és rendszeresen járt iskolába. A szülők elhatározták, hogy új életet kezdenek ismét együtt, és a nagy Michaelt is visszavéve magukhoz, elköltöztek Londonból. A terápia viszonylag rövid volt. Összesen hat alkalommal találkoztunk; a család több időpontot is lemondott. Lényeges kérdés volt a család életében részt vevő egyéb intézményekkel való kapcsolattartás amellett, hogy szabadságát megőrizve a terapeuta a maga módján foglalkozott a családdal. A terápia főleg a család szerveződésére összpontosított. Miután segítettünk a tagok közötti kapcsolatok megváltoztatásában, közös döntéseket hoztak. Ebben a családban a felnőtteknek mint szülőknek volt közös feladatuk. A második ülés alkalmával már világosan látszott, mennyire megkönnyebbült Michael, hogy szüleinek válása és különköltözése többé nem olyan kérdés, amelyben 13 éves létére neki kell döntenie. A Mrs. Carterrel folytatott munkában egy kettős csapdát kellett a terapeutának kikerülnie: nem volt szabad úgy elkeseredni vagy mérgelődnie, mint ahogy Mr. Carter szokott, és vigasztalnia sem volt szabad. Ha a vigasz segített volna Mrs. Carternek, akkor azt a barátaitól megkapta volna. "Stratégiai" szempontból úgy kellett a problémához hozzáállni, hogy az egyéni történetnek megfelelően módosítsuk a megoldást. A terapeuta különböző családterápiás modelleket követett munkája során; ezek a modellek mind a strukturális-stratégiai kontinuum mentén helyezkednek el. Mind a családban, mind az intézményekkel folytatott munkában fontosnak tartotta, hogy ne zavarja össze a család hierarchiáját, és ne is vegyen részt a generációk közötti koalíciókban.

Fordította: ANGSTER MÁRIA

IRODALOM

Cade, B., Southgate, P. (1979): Honesty in the best policy. *Journal of Family Therapy, 1.* 23-31.

Dimmock, B., Dungworth, D. (1983): Creating manoeuvrability for family systems therapists in social services departments. *Journal of Family Therapy, 5*, 53-69.

Dimmock, B., Dungworth, D. (1985): Beyond the family: using network meetings with statutory child care cases. *Journal of Family Therapy*, 7, 45-68.

Haley, J. (1967): Toward a theory of pathological systems. In: G. H. Zuk, I. Böszörményi-Nagy (szerk.): *Family Therapy and Disturbed Families.* Palo-Alto. Science and Behavior Books, 11-27.

Haley, J. (1973): *Uncommon Therapy.* New York, Norton.

Haley, J. (1980): *Leaving Home The Therapy of Disturbed Young People.* McGraw Hill.

Handel, G. (1969) (szerk.): *The Psychological Interior of the Family.* 3. kiadás, New York, Aldine.

Hoffman, L., Long, L. (1969): A systems dilemma. *Family Process, 8*, 211-234.
Jefferson, C. (1978): Some notes on the use of family sculpture in therapy. *Family Process, 17*, 69-76.
Jenkins, H. (1980): Paradox: a pivotal point in therapy. *Journal of Family Therapy, 2*, 339-356.
Jenkins, H. (1981): Can I (let you let me) leave? Therapy with the adolescent and his family. *Journal of Family Therapy, 3*, 113-138.
Jenkins, H. (1983): A life cycle framework in the treatment of underorganized families. *Journal of Family Therapy, 5*, 359-377.
Jenkins, H., Donnelly, M. (1983): The therapist"s responsibility: a systemic approach to mobilizing family creativity. *Journal of Family Therapy, 5*, 199-218.
Jordan, W. (1981): Family Therapy: an outsider"s view. *Journal of Family Therapy, 3*, 269-280.
Minuchin, S., Montalvo, B., Guerney, B. C., Rosman, B. L., Schumer, F. (1967): *Families of the Slums*. New York, Basic Books.
Napier, A. (1976): Beginning struggles with families. *Journal of Marriage and Family Counseling, 2*, 3-12.
Papp, P., Silverstein, O., Carter, E. (1973): Family sculpting in preventive work with "well" families. *Family Process, 12*, 197-212.
Treacher, A., Carpenter, J. (1984) (szerk.): *Using Family Therapy: A Guide for practicioners in Different Professional Settings*. Oxford, Blackwell.
Watzlawick, P., Weakland, J. (1981) (szerk.): *The Interactional View*. New York, Norton.

FELADATOK ALKALMAZÁSA A CSALÁDTERÁPIÁBAN*

HUGH JENKINS

A dolgozat a családterápiában alkalmazott "házi feladatokkal", a feladatok típusaival, az adott családhoz igazításával, közlésével foglalkozik. Tárgyalja a feladatok célját és értékelésének hogyanját a következő interjú során. Végül példákat hoz az egyes feladattípusokra.

Feladatok a terápiában

A terápiás feladat mind a terápiás ülés, mind a kezelés egészének szerves része. Ha az ülés végén utólagos ötletként adjuk, pusztán abból a célból, hogy kliensünket foglalkoztassuk a két ülés között, nem hoznak eredményt. Előfordulhat, hogy egy feladat nem kapcsolódik közvetlenül a panaszként hozott problémához, mégsem önkényes döntés a terapeuta részéről. Fontos, hogy a feladat illeszkedjen a családhoz. A terápia részeként akkor is hasznos lehet, ha a családnak nem sikerült teljesítenie, mivel az, ahogyan kezeli a család a saját tagjait és a terapeutát a feladat megoldása során, épp olyan érdekes, mint a sikeres végrehajtás.

Van, akinek nehezére esik az, hogy a kezelés részeként funkcionáló feladatokat a helyszínen kitalálja és alkalmazza. Általános az a nézet is, hogy amennyiben feladatokat adunk a családnak, akkor eljárásunk ettől viselkedés-terápiás jellegűvé válik; direktivitásunkkal korlátozzuk a család szabadságát; avagy a feladatokra és akciókra koncentrálva figyelmen kívül hagyjuk az érzelmeket. Az első esetben a vonakodás abból a hiedelemből származhat, hogy a terápia kizárólag a belső folyamatok explorálását jelenti. A másodikban szerepet játszik az a tény, hogy a terapeuták nem mindig ismerik el, milyen nagy befolyást gyakorolnak intervencióikkal a kliensek életére az alkalmazott módszertől függetlenül, és ezt a befolyást csökkentendő, a kliensek kezében hagyják a felelősséget. Érdemes végiggondolni Haley sorait (1976, 51. o.):

"Ha egyszer már szembenéztünk azzal a ténnyel, hogy bármi, amit mondunk vagy nem mondunk, azt jelenti a betegnek, hogy csináljon vagy ne csináljon valamit, akkor könnyebb lesz elfogadni azt is, hogy mi olyan terapeuták vagyunk, akik adnak direktívákat."

A harmadik esetben a kérdés az, hogy mivel kell tulajdonképpen létrehozni a változást; először az érzelmeket változtassuk-e meg annak reményében, hogy abból majd viselkedésváltozás következik. A feladatok adásával a másik utat követjük (Pittman, 1977):

---

* A tanulmányt a szerző engedélyével közöljük. Forrás: Task-setting in family therapy. Practice. 4(1987-88), 363-373.

"Az emberek úgy érzik, kátyúba kerültek, ha érzelmeik nagyon összetettek, és kezdik azt hinni, hogy érzelmeiknek valamilyen konkrét jelentősége van. Elfelejtik, hogy mindazt, ami velük történik, nem érzelmeik, hanem cselekedeteik határozzák meg. Ha másképp látják a dolgokat, másképp éreznek saját magukkal kapcsolatban is, és ennek következtében a többi ember is másképp bánik velük...

Az érzelmeket meg kell érteni, és tisztelni is kell (hiszen oly sok probléma adódik abból, hogy a nemkívánatos érzelmeket megpróbáljuk kitörölni ahelyett, hogy elfogadnánk őket), de aztán túl kell rajtuk lépni."

A feladatok megcélozhatják a család érzelmeit, kapcsolatait, a családban folyó egyéni vagy csoportos tevékenységeket. Minél több szintet érint az adott feladat egyszerre, annál gazdaságosabban használják a családtagok az erejüket, és a siker valószínűsége is annál nagyobb.

A terápia általános célja a változás. A kívánt változás természetét a terapeuta és a család megbeszéli egymással. A terapeutának "pontosan meg kell fogalmaznia a panaszként hozott tünetet, és meg kell terveznie a család szociális életében véghezviendő változást, amely aztán a panaszként hozott tünetet is megváltoztatja" (Haley, 1976). A terápiás folyamat részeiként alkalmazott feladatok célja a viselkedésszekvenciák megszakítása. Bizonyos értelemben ez a feladat "feladata". A terapeutának is segítségére van: segít a probléma kikristályosodásában és az adatok kezelhető egységekké szervezésében.

Feladattípusok

A feladatoknak két fő típusa ismert: az egyenes és a paradox feladatok.

A terápiás feladat egyik hasznos definíciója így hangzik:

"A feladat egy érzelmi realitás fizikai megjelenítése - akár annak eszközeként, hogy tudatosítsuk a családban fennálló diszfunkcionális kapcsolatokat; akár ezek helyreállítására tett törekvés annak érdekében, hogy a család el tudja érni a kezelés során kitűzött céljait." (Walrond-Skinner, 1976.)

Adhatunk feladatokat azért is, hogy képet kapjunk a család strukturális flexibilitásáról. Azaz felbecsüljük, hogy a család viselkedés-szekvenciáinak megváltoztatása során hol a legvalószínűbb a nehézségek jelentkezése. A feladat továbbbá megjeleníti, illetve megerősíti a terápiás ülés során már elért változásokat. A feladatok megszerkesztésénél az operatív (családi) rendszer egészét vegyük figyelembe. Adhatunk direkt instrukciót, hajtsanak végre valamit, de kaphat a család egyérintőleges feladatot is, pl. figyeljenek meg egy ismétlődően bekövetkező eseménysort, eközben a család tudatalatti szinten reagál a feladatra; adhatjuk metafora alakjában is úgy, hogy a javasolt feladat-tevékenység párhuzamosan fut a megváltoztatni kívánt problémával. A terapeutától mindez jelentős mértékű leleményességet és képzelőerőt követel, mivel a feladatnak mindig illeszkednie kell az adott helyzethez.

Hogyan illesszük a feladatot az adott családhoz?

Az öltönykészítéshez a szabó egy általános mintát használ. Mindegyik öltönyt olyan kisebb-nagyobb módosításokkal szabja ki, hogy az pontosan passzoljon viselőjéhez. Ugyanígy kell minden feladatot a családhoz igazítani, figyelembe véve annak szerkezetét, a terápia céljait, és azt, hogy az adott időpontban milyen mély krízisben vannak. Amennyiben úgy döntünk, hogy a feladatba nem minden családtagot vonunk be, pontosan mérlegelnünk kell ennek hatásait. "A feladat megtervezésének lépései arra valók, hogy a panaszként hozott problémáról a családi viselkedésszekvenciák szempontjából gondolkodjunk, és olyan utasítást találjunk, amely mindkettőt megváltoztatja" (Haley, 1976). Az, ahogyan a családtagok egymással bánnak, bizonyos mértékig hozzájárul a probléma folytonos ismétlődéséhez. Hosszú távon valószínűleg nem vezet eredményre az, ha a problémát a tranzakciós minták megváltoztatása nélkül próbáljuk meg kiküszöbölni. A terapeutának alternatívákat kell a család számára felkínálnia. Ez az egyik dolog, amit a feladatokkal elérhetünk, méghozzá úgy, hogy nem gyakorlunk kritikát a család eddigi sikertelen problémamegoldási kísérletei felett. Kritika nélkül nagyobb a valószínűsége annak, hogy a család nem utasítja vissza a terapeuta segítő kísérleteit. Alapvető tehát, hogy a terapeuta összekapcsolja az egész családot, és úgy alkalmazkodjon a családi interakciós módokhoz, hogy elég hitele legyen az újrastrukturáló intervenciók végrehajtásához, akár az ülésen, akár az ülések közötti időre szóló "házi feladatok" formájában adja őket.

Az elvárás a család részéről gyakran így fogalmazódik meg a terapeuta felé: vedd el a problémánkat, de ne változtasd meg a status quót. Nagy segítségnek érzem Satir nézetét: az emberek az általuk ismert legjobb megoldás szerint próbálnak meg problémáikon túljutni, függetlenül attól, hogy milyen rossz dolgok vannak a családban. Gyakran fordul elő, hogy a család egy probléma leküzdésére óriási erőfeszítést tesz, és ennek az lesz az eredménye, hogy a megoldás érdekében hozott erőfeszítés maga is a probléma részévé válik (Watzlawick és mtsai, 1974).

Bármilyen is legyen a feladat, illeszkednie kell a család privát nyelvéhez. Ha a családban olyan tendenciát figyelünk meg, hogy problémáikat kijátsszák, akkor lehetőleg konkrét feladatokat kell adnunk, különösen a terápia korai szakaszában (Minuchin, 1971; Minuchin és Montalvo, 1971). Támogatni kell a családot a feladat végrehajtása során, amennyiben az az érzelmeket és az érzelmi állapotokat hangsúlyozza. Az olyan családnak pedig, melynek tagjai arról panaszkodnak, hogy nem érzik magukat közel egymáshoz, arra kell engedélyt adnunk, hogy pillanatnyilag nem kell közelségre törekedniük. Felelőssé tehetünk egy szülőt úgy is a család viselkedéséért, hogy megtartjuk involválódottságát, de ugyanakkor egy kissé el is távolítjuk a többiektől. Nem szabad szem elöl veszítenünk azt a tételt, hogy bármilyen fájdalmas is egy tünet, megvannak azok az előnyei, amelyek miatt fennmarad. A racionalitás szintjén szeretnének tőle megszabadulni, egy kevésbé tudatos szinten azonban ellenállnak, és nem engedik el a problémát, hacsak nem érzik azt, hogy a felkínált alternatíva kevésbé fájdalmas számukra. Az ellenállás egyik hasznos értelmezése szerint a család vagy az egyén tudja, hogyan kell bejeleznie azt, hogy a tervezett változás okozta szorongás pillanatnyilag elviselhetetlenül nagy.

A feladat közlése

Általános szabály, hogy a két feladattípus közül egy családnak csak az egyik szerint adhatunk feladatot. Egyenes feladat gyakran csak egy idő eltelte után adható. Ezalatt próbáljuk meg felmérni, hogy milyen nehézségekbe ütközhet a feladat elvégzése, végrehajtása. Miután ezzel tisztában vagyunk, megfogalmazzuk a feladatot úgy, hogy azt a család az ülés integráns részének, és a munka ülések közötti időre kiterjesztett folytatásának érezze.

A másik mód a "paradox beszéd". A paradox feladatot az interjú végén közöljük, ha nem akarjuk a családtagokkal megbeszélni, hanem azt akarjuk, hogy magukra maradjanak vele a következő ülésig. A Milánói Csoport terapeutái ezt tovább fokozzák: ha az illető család különösen őrült, nemcsak gondosan megkonstruált feladatot kap, hanem mindezt postán, egy jelentés formájában közlik velük (Palazzoli és mtsai, 1977; Palazzoli és mtsai, 1988). Így a családot arra kényszerítik, hogy az ülések közötti időben a feladato(ko)n dolgozzon.

Az egyenes feladatokat is közölhetjük az óra végén, de akkor nem marad idő a feladat megbeszélésére, és ez növeli a kudarc valószínűségét. Szükséges, hogy a feladat az ülésen történtek szerves részeként hasson.

Walrond-Skinner a "3P"-t tartja a jó feladat kritériumának: ezek a cél (purpose), a gyakorlat (practice) és a végrehajtás (performance). A feladatnak világosan meghatározott céljának kell lennie; el kell próbálni, azaz gyakorolni kell még az ülés alatt; ezzel együtt meg kell beszélni, hogy a feladat végrehajtása milyen okok miatt vallhat esetleg kudarcot. Ezzel részben megerősítjük a családot abban, hogy nem fognak kudarcot vallani. Ezután a családnak el kell végeznie a feladatot.

A feladatoknak önmagukban semmilyen különleges értéke nincsen. Hatásuk a megváltozott kapcsolatokban mutatkozik meg, a kapcsolatok megváltoztatását pedig a feladatok végrehajtása eredményezi. Feltéve, hogy a feladat megoldható, a terapeutát nem a sikeres megoldás érdekli elsősorban. Minden hasznos lehet, ami a megoldás közben történik. Vizsgálhatjuk, hogy milyen módon vallott a család kudarcot, vagy hogy történt az, hogy nem kísérelték meg a megoldást. Így tehát a feladat minden esetben anyagot szolgáltat a terapeutának a további munkához.

Hogy irányítsuk a családot a feladatvégzés közben?

Ha feladatot adunk egy családnak a következő ülésig, akkor feltétlenül meg kell kérdeznünk következő alkalommal, vajon hogyan boldogultak vele. Aki nem követi nyomon a feladat teljesítését vagy fel sem veszi, hogy a család meg sem kísérelte a megoldást, az azt kommunikálja a család felé, hogy őt sem kell igazán komolyan venni és a feladat sem számított igazán. Ha a család nem próbálkozott a megoldással, akkor a terapeuta elmondhatja, hogy ezzel elveszítettek egy alkalmat arra, hogy valami újat kipróbáljanak. Ha a terápia során a család később azt mondja, hogy helyzetük egyáltalán nem javult, akkor jó figyelmeztetni a családot, hogy ez az ő felelősségük, mivel meg sem

próbálkoztak a megoldási kísérlettel. Amennyiben magunkévá tesszük ezt a stratégiát, igen valószínű, hogy a következő feladattal már megpróbálkozik ez a család.

A feladatkitűzés céljai

A terápiának nem a feladatok kitűzése a célja. Ezek csupán eszközök arra, hogy a család szokásos tranzakciós mintáját úgy próbáljuk meg kibillenteni vagy megváltoztatni, hogy a családtagok fokozatosan másképp éljék meg egymást, az eddiginél jutalmazóbb legyen számukra egymás társasága. Bár a különböző családoknak adott feladatok között vannak hasonlóságok, nincs két egyforma feladat. A feladatot a családdal lefolytatott interjú előtt sem lehet megtervezni (Jenkins és Donelly, 1983). Ranz és Ferber (1972) kétféle célt különböztet meg: a végcélt és a folyamatos célt. Az elsőre egy adott feladat elvégzése a példa: egy gyászreakció végigvitele, egy munka elvégzése, fizetésemelés kiharcolása stb. A másodikra példa a kapcsolat javítása két ember között vagy nagyobb önismeret szerzése.

A feladatok teljesítése vagy nem teljesítése meglehetősen megbízható mécéje annak, hogyan reagál a család. A kezelés sikerére világít rá az is, hogy képes-e a család önmaga szervezésére, érdeklődésének fenntartására, az időnként keletkező stressz legyőzésére. A tünetek kiküszöbölése esetén különösen igaz ez. Ha a feladatok egyedül a problémát jelentő emberre irányulnak, akkor valószínű, hogy amint az illető tünete megszűnik, valamelyik másik családtagnál fog egy újabb probléma jelentkezni. A terapeutának az egész rendszer megváltoztatását kell célul kitűznie, vele együtt az összes családtagnak részt kell vennie a feladatok meghatározásában is.

"Ha csak egyetlen ember változik meg, a család többi tagja általában visszahúzza. Ha látjuk, hogy az egyik családtag változik, akkor fontos, hogy kivonjuk őt a többiek figyelmének középpontjából; ugyanakkor pedig bátorítjuk arra, hogy tartsa meg újonnan kivívott pozícióját." (Ranz és Ferber, 1972.)

A terápiás folyamat részeként szenzitív módon alkalmazott feladatok irányítják is a terapeutát, a rendszerszemléletű és interakcionális fogalmi kereten belül tartják, és ezzel segítenek neki abban, hogy a család problémáját ne egyetlen családtagra lokalizálja. A házifeladat jelleggel adott feladatok célja az, hogy a "családtagok kipróbálják az új tranzakciós mintákat, mialatt a terapeuta szimbolikusan jelen van a folyamatban. Amikor a folyamat már önmagát erősíti meg, akkor a terapeutára tovább nincs szükség, és a kezelés befejeződik." (Minuchin, Rosman és Baker, 1978, 95. o.).

A terápiás feladatok révén a család elegendő flexibilitásra és öngerjesztette energiára tesz szert ahhoz, hogy tagjai saját maguknak is képesek legyenek új feladatokat kitűzni abban az esetben, ha egymással való bánásmódjuk megmerevedik, és nem tölti be tovább funkcióját. A család számára a folyamat annyi, mint megtanulni tanulni.

A változás

Mielőtt egy családban változásokat kezdeményezünk, fontos, hogy előre lássuk, azok az egyes családtagok számára milyen hátrányokat jelentenek. Gyakran fordul elő, hogy ha

sikeresen ráhangoltunk egy feladatot a családi tranzakciós mintára, ezzel hirtelen és radikális változást érünk el. A tünet látszólag máról holnapra megszűnik. Nem ritka, hogy a rendszeren belül a régi tünetet egy újjal helyettesítik, így a rendszer belső elrendezése megváltozik, de a szerveződés általában véve változatlan marad. Azaz beáll egy "elsőrendű változás", amennyiben a család még továbbra is a problematikus viselkedésformák segítségével kezeli a tagjait. A másodrendű változás a változás változását foglalja magában.

Időnként hatékony az, ha a terapeuta óvatosságra int egy hirtelen változás láttán. Kifejezheti, hogy számára rejtély, hogyan változhatott meg a helyzet ilyen gyorsan. De mivel megváltozott, jó, ha figyelmezteti a családot a várható visszaesésre, arra, hogy a problematikus ember tünete is visszatérhet, vagy egy másik családtag válhat problematikussá. Ezzel a figyelmeztetéssel a terapeuta saját magát is védi. Ugyanakkor a visszaesést normális jelenségnek tartva sokat el is vesz a probléma erejéből. Még egy lehetséges haszna van ennek a figyelmeztetésnek: előfordulhat, hogy mobilizálja a családnak a terapeutával szembeni ellenállását, akik aztán meg akarják mutatni neki, hogy tévedett, ők másfajta emberek. Így a rendszerben magában keletkezik az az energia, illetve mozgás, amely már a jobban működő kapcsolatok fenntartásának irányába hat. A terápia vége felé még a változás stabilizálásában is segíthet az, ha arra szólítjuk fel a családot, hogy nézzük meg még egyszer, milyen problémákkal érkeztek. Megpróbáljuk, hogy újból átéljék a régi helyzetet, ezzel meggyőződhetnek arról, hogy semmi jót nem hagytak maguk mögött, amire a jövőben még szükségük lehetne. A tapasztalat szerint az áttekintés hatására semlegesítődik a régi probléma ereje, és megerősítődik az elért teljesítmény.

Példák a terápiában adott feladatokra

A következőkben bemutatunk néhány példát arra, hogy az interakcionális fogalmi keretet alkalmazva hogyan tűzünk ki feladatokat.

1. példa

Egy egész feladatsort adtunk annak a családnak, amelyben a serdülő fiú rendszeres iskolakerülő volt, rendőrségi botrányokba keveredett. Az anya igen szoros kapcsolatban élt a fiúval, míg az apa a perifériára szorult. A fiúnak naplót kellett vezetnie arról, hogy mikor ment el az iskolába; az anyának ellenőriznie kellett, hogy a naplóbejegyzés minden nap elkészül; és az egész feladatért együttvéve az apa volt a felelős. Bár kezdetben az anya és a fiú még szorosabb kapcsolatba került egymással, most az apa lett az általános felelős. Ezek után az apa kapta azt a feladatot, hogy a fiút reggelente felkelti, és otthon neki kellett őt fegyelmeznie is. Annak érdekében, hogy a szülők szerepmegvalósítását hatékonyabbá tegyük, a későbbiek során a fiút nem mindig vontuk be az üléseken folyó megbeszélésbe, ő kimehetett vagy el sem kellett jönnie. Így a szülők felnőttek módjára tudtak egymással beszélgetni, eddigi gyerekes viselkedésmódjuk helyett. Az a fizikai mozgás, amit az ülések egy részéről való eltávozás jelentett, jól képviselte azt az érzelmi mozgást, amelyet az anyának, apának és fiúnak meg kellett tennie. Miután a szülők egyedül maradtak, arra biztattuk őket, hogy fejezzék ki, ha valamiben nem értenek egyet. Feladatként most azt

kapták, hogy ha a gyereknevelléssel kapcsolatban nem értenek egyet, azt ne az egész család füle hallatára beszéljék meg, hanem kettesben. További feladatuk az volt, hogy rendezzenek a gyerekek távollétében felnőtt üléseket azzal a céllal, hogy a szerepeket funkcionális módon el tudják különíteni egymástól. Az apát affelé irányítottuk: segítsen az anyának, hogy az ne "szakadjon meg" a háztartási munkákban és a család ellátásában, vegyen át a munkából valamennyit ő is. Az anya azt az utasítást kapta, hogy segítsen férjének kevesebbet aggódni a családért, vegyen át egy adagot ebből az aggódás-mennyiségből. Ezzel mindegyik a másikat támogatta és bátorította, úgyhogy egyre több szülői kompetenciát és ennek kihatásaképpen házastársi kompetenciát tapasztaltak egymás részéről.

Az a döntésünk, hogy az ülések egy részéről kiküldjük a fiút és csak a szülőkkel dolgozunk, helyénvalónak bizonyult. A fiú krónikus involválódása és a családi határok elmosódása indokolta mindezt. Egy olyan családban, ahol a tagok mereven elkülönülnek egymástól, ahol a határok egyáltalán nem átjárhatók az alrendszerek között és a többiek jelenlétében senki sem fejez ki érzelmet, ez a stratégia nem vezetett volna eredményre.

2. példa

Egy házaspár jött segítségért. A férjnek ez volt a második házassága. Első felesége halála után három évvel egy igen szorongó nőt vett el. Az egyik ülésen arra készítettük fel a házaspárt, hogy milyen lesz az, ha egymásról alkotott képük megváltozik.

Szokása szerint a férj mélyen hátradőlt a széken, míg a feleség a szék szélén ült. Arra kértük őket, hogy cseréljenek testtartást. A férjet ezzel abban segítettük, hogy sokkal asszertívabb módon előredőljön, a feleség hátradőlve pedig az eddiginél lazább és befogadóbb testhelyzetet vett fel. A testhelyzet-csere után tovább beszéltettük őket egymással, amíg az órájuk tartott. Az órán megkezdett feladat pedig a következő volt: ugyanebben az "elcserélt" testhelyzetben beszélgessenek esténként egymással fél órát, miután már egyedül maradtak. A terápiás instrukció miatt mindegyik úgy érezte, hogy szabad neki a másikkal a megszokottól eltérően bánnia. Az ülések alatt a férj már arra is "engedélyt adott" magának, hogy a felesége térdét megsimogassa beszéd közben asszertív pozíciójából. Ez volt az első gyengéd gesztus egymás iránt az ülések alatt.

Ez a feladat nem amiatt a hiedelem miatt vált be, miszerint a férfi asszertív, a nő befogadó, hanem azért, mert mindkét házasfél számára új lehetőségeket nyitott meg. Ha ebben az "elcserélt" helyzetben akadtak volna el anélkül, hogy a módosításra való flexibilitással rendelkeztek volna, akkor a feladat korlátozó hatású lett volna. A terápia folyamata gyakran arról szól, hogy az "abnormális" állapotok egy egész során haladunk végig, és ennek a sornak a végén jutunk el abba az állapotba, amelyet minden családtag lényegesen "normálisabbnak" értékel. A változásnak pedig az az első lépcsője, hogy a családtagok "valami mást" csináljanak.

3. példa

Azokat a szülőket is egyedül fogadtuk az ülések egy részében, akik négy gyerekük közül az egyik miatt jöttek el. Ők folyamatosan harcoltak akörül, hogy ki a felelős, és egyik

sem akarta elvállalni a hatalmat. Megkíséreltük megszakítani a harcot, és újradefiniálni a közelség/távolság terminusaiban. A házaspár számára az érzelmekről beszélni ismeretlen dolog volt; ennek ellenére magas kapcsolati tartalmú állításokat mondtak egymásnak (Leff és Vaughn, 1985).

Miután megérkeztek az ülésre, megkértük őket, hogy úgy rendezzék el a szoba ülőalkalmatosságait, ahogy az náluk otthon a nappaliban van, majd üljenek le oda, ahol a legkényelmesebben érzik magukat. A szoba két ellentétes sarkába ültek, és egy szék szolgált a köztük levő határ jelzéseként. Az interjú fennmaradó részét annak szenteltük, hogy kényelmes közelségbe kerüljenek egymáshoz anélkül, hogy nagy vagy nagy önfeláldozást követelő mozgásokat kelljen megtenniük. Az ebből következő házi feladat az volt, hogy gondolkozzanak azon, milyen közel állnak egymáshoz fizikailag és érzelmileg. Csak gondolkozzanak, ne tegyenek semmit. A következő ülésen mindkét partner azt mesélte el, hogy gyerekeik legnagyobb meglepetésére egymás mellett ülve beszélgettek. A gyerekek nem értették, hogy mitől viselkednek a szülők másképp, mint eddig.

4. példa

Egy nőt azzal utaltak be hozzánk, hogy kitör rajta a pánik, amint el kell mennie hazulról. Az egész családot behívtuk, de csak ő jött el egyedül, és saját magát nevezte ki a család problémájának. Az asszonynak az volt az egyik feladata: engedje meg magának azt, hogy panaszként elmondott érzéseit megélje anélkül, hogy tenne ellenük valamit. Adtunk neki egy jegyzetfüzetet, ebbe kellett beleírnia, hogy mikor mit érez; érzelmeit csak azután lehetett elkezdeni befolyásolnia, miután precízen legyezte őket. Azt is feladatként kapta, hogy menjen olyan közel a félelméhez, amennyire csak tud, anélkül, hogy elájulna. Mindig félt attól, hogy egyszer majd elájul, de ez valójában sohasem történt meg vele. Ezzel az eljárással nem tartotta sarokba szorítva a családját a tünetével, amelyet ekkorra már képtelen volt befolyásolni. Engedélyt kértünk tőle arra is, hogy férjét is belevonjuk a terápiába.

Az alkalmazott stratégia szerint megállapodtunk a férjjel abban, hogy náluk csak az asszony jelenti a problémát, ezért ne is vonjuk be a többi családtagot. Hozzátettük viszont: ha bármikor úgy gondolja, hogy hasznos lenne, amennyiben vagy ő, vagy valamelyik családtag elkísérné feleségét a terápiába, akkor szóljon, és majd gondolkodunk a dolgon. Megengedtük neki, hogy ő döntse el, kit rendel a felesége mellé. Az asszony panaszkodott, hogy a családból senki sem figyel rá igazán. A férj azt az instrukciót kapta, hogy a felesége tüneteiről ne vegyen igazán tudomást, és ezzel arra kapott engedélyt, hogy ugyanúgy viselkedhet, mint eddig. Ez kapcsolódott a feleség instrukciójához, miszerint anélkül kell figyelnie a saját tüneteit, hogy bárkinek szólna róluk. Bár a rendszernek csak egy része volt közvetlenül hozzáférhető a terápia számára, intervenciók történtek a hiányzó tagok bevonására, lépéseinkkor velük is számoltunk.

Célunk az volt, hogy a család tagjai közötti elszigeteltséggel és erőtlenségérzésükkel kezdjünk valamit. Ennek érdekében szükséges volt az ellenállások mentén haladnunk, de ugyanakkor úgy kellett kiterjeszteni a határaikat, hogy elkerüljék a frontális konfliktust.

Az olyan családtag "kiszabadítása", akire a család ráterhelte a problémáit, úgy is megoldható, hogy azt a "különlegesen fontos" feladatot adjuk neki, hogy ne vegyen részt a többi családtagnak adott feladat megoldásában. Így az illetőnek magas státust adunk, de ugyanakkor vissza kell vonulnia, és hagynia, hogy a többiek oldják meg a dolgot. Gyakran fordul ez elő olyan családokban, ahol beteg ember él, és egy másik családtag aktívan részt vesz az illető beteg ellátásában, védelmében.

Összefoglalás

Az adott feladat attól válik reálissá és megfelelővé, hogy az illető családhoz vagy egyénhez illeszkedik. A feladat segít a családi kapcsolatok szerkezetének megváltoztatásában, és alternatív viselkedésszekvenciákat kínál. A terapeuta megpróbálja felderíteni a család rejtett szabályait a tagok viselkedésének megfigyeléséből; így képet kap arról, hogy kik a családi tranzakciók résztvevői, és azok hogyan zajlanak. A terapeuta azzal segít, hogy a bejáratott tranzakciókat alternatív megoldásokkal helyettesítheti, és így megnöveli a család szabad választási lehetőségeit.

A dolgozatban a feladatadás nyílt módját tárgyaltuk; a rejtett feladatokról az eddigiekben nem beszéltünk. Ilyenkor a terapeuta befolyására a családtagok verbális, paraverbális és nonverbális instrukciókat adnak egymásnak. Most olyan családokról volt szó, akik egy krízishelyzetben vagy egy átmeneti állapotban megakadtak, de ennek ellenére még nem merevedett meg annyira a családi interakciós minta, hogy egy változásra felszólító egyenes közlés hatására viselkedésük még bizarrabbá válna. Ha ilyen lenne a család, más gyógymódhoz kell folyamodnunk, a terápiás double-bind, azaz a paradox instrukciók használatához.

A feladat maga nem cél, hanem a cél elérésének eszköze; segít abban, hogy a munkafolyamatra összpontosítsunk. Csak akkor alkalmazható sikerrel, ha a család már bízik a terapeutában és reménykedik a gyógyulásban, és ezáltal motiválttá válik az új ötletek kipróbálásában.

Az a terapeuta, aki játszmákban gondolkodik, emlékezetben tartva azt, hogy egyes játékokat élvezetből játszunk, másokat viszont a fennmaradás érdekében, látni fogja, hogy lehetséges olyan feladatok konstruálása, amelyek a család realitásérzékének a kulcsát jelentik. Egy család sem hajlandó kockázatot vállalni, hacsak nem érzékeli, hogy azt a terapeuta együtt vállalja velük, velük van elkeseredésükben, és együtt nevet velük, ha lehet.

Fordította: ANGSTER MÁRIA

IRODALOM

Haley, J. (1973). *Uncommon Therapy: Tthe Psychiatric Techniques of Milton H. Erickson.* W. W. Norton, New York.

Haley, J. (1976). *Problem-Solving Therapy.* Harper and Row, London.
Jenkins, H., Donnelly, M. (1983). The therapist"s responsibility: a system approach to mobilizing family creativity. *Journal of Family Therapy, 5*, 199-218.
Leff, J., Vaughn, C. (1985). *Expressed Emotion in Families.* New York.
Minuchin, S. (1971). Conflict-resolution family therapy (1965). In: Haley, J. (Ed.), *Changing Families.* Grune and Stratton, New York.
Minuchin, S., Montalvo, B. (1971). Techniques for working with disorganized low socio-economic familes (1967). In: Haley, J. (Ed.), *Changing Familes.* Grune and Stratton, New York.
Minuchin, S., Rosnam, B. L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context.* Harvard University Press, Massachusetts.
Palazzoli, M. S., Boscolo, L., Cacchin, G. F., Prata, G. (1977). Family rituals. A Powerful tool in family therapy. *Family Process, Vol. 16. No. 4.* 445-453.
Palazzoli, M. S., Cecchin, G., Prata, G. F., Boscolo, L. (1978). *Paradox and Counterparadox.* Jason Aronson, New York.
Pittman, F.S. (1977). The family that hides together. In: Papp, P. (Ed.), *Family therapy full length case studies.* Gardner Press, New York.
Ranz, J., Ferber, A. (1972). How to succeed in family therapy. In: Ferber, A., Mendelsohn, M., Napler, A. (eds), *The Book of Family Therapy.* Houghton Mifflin, Boston.
Walrond-Skinner, S. (1976). *Family Therapy, The Treatment of Natural Systems.* Routledge and Kegan Paul, London.
Watzlawick, P. és mtsai (1974). *Change: Principles of Problem Formation and problem Resolution.* W. W. Norton, New York.

"A KÖZÉP-AMERIKAI KIHÍVÁS" SZEMÉLYKÖZPONTÚ CSOPORT VEZETŐ POLITIKUSOKKAL*

KLEIN SÁNDOR

1985. november 1. és 4. között a Fertő-tó ausztriai oldalán lévő festői kisváros, Rust előkelő szállodájában "furcsa összejövetelt" tartottak.[1+] A cím - "A közép-amerikai kihívás" - politikai konferenciát sejtetett. S valóban, egymás után érkeztek a magas szintű politikusok: három korábbi államelnök, Costa Rica alelnöke, magas rangú külügyminisztériumi tisztségviselők, hét nagykövet, parlamenti képviselők stb. De ugyanakkor pszichológusok is érkeztek: Carl *Rogers* és a *Center for Studies of the Person* munkatársai. Az esemény valószínűleg történelmi jelentőségű: *pszichológusok egy csoportja felajánlotta a segítségét a politikusok számára és azok el is fogadták ezt.*[2]

Hosszabb ideje úgy érzem, a pszichológiának nem szabad megmaradnia abban a felvállalt vagy ráosztott szerepben, hogy konstatálja, milyen pszichikus ártalmakat idéznek elő a politikai feszültségek az egyes emberekben, s a már bekövetkezett bajokat igyekszik orvosolni az egyén szintjén. John Ravennel értek egyet, aki sok helyütt kifejtette, hogy a pszichológusok, képzettségüknél fogva, a politikusok természetes munkatársai kellene hogy legyenek.[3]

Nem csoda, ha rendkívül megörültem annak, hogy "magánemberként" meghívást kaptam és részt vehettem ezen a "workshop"-on.

A továbbiakban először a "történéseket" igyekszem összefoglalni, majd a személyközpontú csoportokkal kapcsolatos tanulságokról írok.

Előtörténet

Kezdjük talán azzal, hogy mi vezetett el a rusti találkozóhoz.

Carl Rogers elsősorban a *kliensközpontú pszichoterápia* megalkotójaként ismert.[4] A 60-as évektől kezdve fordult érdeklődése fokozatosan az egyéni pszichoterápiáról a *kiscsoportok* felé (noha természetesen sohasem lett hűtlen egészen első "szerelméhez", az egyéni terápiához), s ezekben az években jött létre a *személyközpontú*

---

* A tanulmányt az előző szerkesztőség Popper Péter főszerkesztő alábbi lábjegyzetével fogadta el közlésre: A téma és a módszer meglepő újszerűsége mindenképpen arra indította a szerkesztőséget, hogy ezt a beszámolót megismertesse a szakmai olvasóközönséggel. Nehéz megítélni, hogy a törekvés csak Budapestről nézve, saját, nem eléggé széles körű társadalomszemlélete miatt kelti a szerkesztőben a szent naivitás vélelmét, vagy valóban gyümölcsözően újszerű gyakorlatról van-e szó? A szervezők jószándéka kétségbevonhatatlan.

+ A jegyzetek a cikk végén olvashatók.

megközelítés (Person-Centered Approach, PCA), a kliensközpontú pszichoterápia alapelveinek alkalmazása a pedagógiában, a vezetésben - az élet szinte minden olyan területén, ahol emberek problémáival kell foglalkozni.

A 70-es években Rogers egyre több nemzetközi összetételű, több száz fős *nagycsoport* "vezetésére" is vállalkozott, s e vonulat logikus betetőzésének tűnik, hogy élete utolsó éveiben a *politikai feszültségek csökkentését*, a világot fenyegető katasztrófa elhárítására tett erőfeszítéseket tekintette fő feladatának.[5]

Valójában már 1948-ban publikált egy tanulmányt "A szociális feszültségekkel való bánásmód" címmel[6], és egy 1952-ben megjelent és a kommunikáció témájával foglalkozó tanulmánya[7] is tartalmaz egy hipotetikus dialógust az USA és a Szovjetunió között[8]. Rogersnek a csoportkonfliktusról szóló elmélete már 1965-ben annyira készen volt, hogy közvetlenül alkalmazhatónak tartotta a nemzetközi problémákra.

Az elmélet első próbáját 1972-ben egy militáns protestánsok és katolikusok számára *Belfastban* tartott csoport jelentette.[9] A csoportról készített filmdokumentum megdöbbentő példáját nyújtja annak, hogy mélyen gyökerező, antagonisztikus ellentétek esetén is van remény a kibontakozásra, ha sikerül megteremteni a kölcsönös megértésre való törekvés légkörét.

A 80-as évek elején különösen mély benyomást gyakoroltak rá *Dél-Afrikában* tett útjai. Úgy érezte, hogy az elnyomás és a faji megkülönböztetés szörnyűségei között élő embereknek van talán a leginkább szüksége a személyközpontú megközelítés által felkínált kommunikációs lehetőségekre.[10]

De élénk figyelemmel kísérte a vezető politikusok tevékenységét is. Elemző tanulmányt írt a *Camp David-i* találkozóról.[11] (Természetesen nincs sem szükség, sem mód arra, hogy az egyiptomi és az izraeli vezetőknek az amerikai elnök nyaralóhelyén létrejött találkozóját politikai szempontból értékeljük, az azonban kétségtelennek látszik, hogy a reménytelennek tűnő helyzetben a megegyezést nagyban elősegítette az összejövetel informális "csoportjellege", s az amerikai elnök "facilitátorszerű" szerepe. Rogers következtetése logikusnak tűnik: miért ne lehetne az ilyesfajta összejövetelek hatékonyságát növelni azzal, hogy a személyközpontú megközelítés szakembereit bevonják az összejövetelek szervezésébe és lebonyolításába.)

A rusti találkozóhoz vezető egyik első gyakorlati lépést Rogersnek Robert *Muller*rel, az ENSZ főtitkárhelyettesével való találkozója jelentette 1983-ban, melyet az ő segítségével hamarosan követett egy találkozó Rodrigo Carazóval, aki korábban Costa Rica elnöke, majd az ENSZ Béke Egyetemének elnöke volt.

1984 januárjában létrejött a *Carl Rogers Béke Projekt*, és megkezdődött a találkozóhoz szükséges pénz összegyűjtése.

Az 1984-ben Szegeden tartott "Kultúrák közötti kommunikáció Kreatív Megközelítései" elnevezésű munkaértekezleten[12] Rogers már nagy reményekkel beszélt az értekezlet lehetőségéről: "amit igazán szeretnék és amit igazán remélek, az az, hogy összehozzak egy olyan csoportot, ami hatással lenne a politika alakulására. Hosszú ideig ez csupán egy álom volt, de most partnerre találtunk az ENSZ Béke Egyetemében és felajánlottak számunkra egy helyet, ahol fedeznék a csoport költségeit. Most készítjük azt a beadványunkat, amelynek alapján remélhetőleg egy alapítványtól megkaphatjuk a pénzt, amiből a találkozó valóban létrejöhet."

A Rogers által említett hely Rust, s az ott-tartózkodás költségeit Carl *Vak*, a bécsi Zentralsparkasse Bank elnöke ajánlotta fel. Az utolsó pillanatban (egy hónappal a konferencia kezdete előtt) megérkezett a Carnegie Alapítványtól várt támogatás is, és így létrejöhetett az a találkozó, aminek megvalósíthatóságában a szegedi Ifjúsági Ház nagytermében szinte mindnyájan kételkedtünk, úgy vélve: mindez csupán egy nagy humanista gondolkodó szép álma.

Kezdetek

Sajnos, csupán november 1-jén este érkeztem meg a találkozó színhelyére[13], így az első nap eseményeit csak mások elbeszélése és leírása alapján ismerhetem[14].

Október 31-én, *csütörtökön* este a legtöbb résztvevő már megérkezett, és számukra egy rövid cocktail-partyt tartottak vacsora előtt, ami informális ismerkedésre adott lehetőséget.

Pénteken reggel 10 órakor Carl Rogers felkérésére Rodrigo *Carazo* üdvözölte a résztvevőket, kiemelve, hogy a béke a békevágy függvénye.

Carl megköszönte a sok segítséget, ami az összejövetelt lehetővé tette, bemutatta a facilitátorokat páronként, rámutatva, hogy a facilitátorok részt vesznek a nagycsoportokban is, és így, párban fogják "vezetni" a kiscsoportokat. (Rogersen kívül még 10 facilitátor volt. Maga Rogers nem vezetett kiscsoportot.) Kifejezte, hogy reméli, a résztvevők képesek lesznek figyelni egymásra, biztonságos légkört kialakítani, a kölcsönös megértés magasabb szintjére jutni, "hogy megtanuljuk tisztelni a másik személyt és megbecsülni a különbségeinket". Hangsúlyozta azt is, hogy "ez a *mi* konferenciánk lesz, amit együtt alkothatunk meg". Ezután megemlítette, hogy a teremben ülőkön kívül tulajdonképpen van egy "láthatatlan résztvevő csoport": azoknak az országoknak a népei, akik reménykednek az összejövetel sikerében, "gyerekeink, unokáink és dédunokáink, akiknek a világát segítünk kialakítani".

Ezt követően Rodrigo Carazo szünetet javasolt, s a szünet utáni összejövetelt azzal indította el, hogy "nos, most már rajtunk áll". ("Now it's up to us.")

Néhány rövid felszólalás után az Egyesült Államok-beli egyik résztvevő egyenesen nekitámadt a nicaraguaiaknak: "Miért korlátozzátok az emberek szabadságát?", és részletekbe menően sorolni kezdte a nicaraguai kormány egyes intézkedéseit. Egy magas rangú nicaraguai képviselő sajnálkozását fejezte ki amiatt, hogy a közép-amerikai kérdést Nicaraguával kezdik, és remélte, hogy az USA-ból jött résztvevők több objektív tény ismeretével térnek majd haza. Hosszan ecsetelte az USA beavatkozásait Nicaragua belügyeibe, elmondta, mit jelent Közép-Amerika államainak, hogy az USA banánköztársaságot csinált belőlük, és hogy a Reagan-adminisztráció Nicaragua törvényes kormányának megdöntésére törekszik. Egy venezuelai azt mondta, hogy szeretné, ha párbeszéd alakulna ki vita helyett. Egy másik venezuelai Carl egy megjegyzésére utalva kiemelte, hogy az iskolákban tanított történelem tele van erőszakkal és háborúval.

Így azután a beszélgetés lassanként eltávolodott Nicaraguától. (Rogers - az utólagos elemzés során - megjegyzi, hogy véleménye szerint a csoport ezen a ponton még nem akart ilyen éles konfrontációt vállalni.)

A péntek délelőtt nagy része "szónoklatokkal" telt el. Ezek alig kapcsolódtak egymáshoz. Még ha elő is fordult, hogy az egyik szónoklat az előző szónoklatra utaló megjegyzéssel kezdődött, utána teljesen más irányban folytatódott. Valódi párbeszéd nem alakult ki. Azt nem lehet mondani, hogy a résztvevők egyáltalán nem hallgattak egymásra, de nem beszélt "személy a személyhez". Az ülés közepén megérkezett az osztrák külügyminiszter, Leopold Gratz, újságírókkal és fotóriporterekkel. Félbeszakították az ülést, és a külügyminiszter rövid beszédet mondott a békéről és az együttműködésről.

Amikor újra összeültünk, Carl beszélt a kiscsoportokról. Valaki megkérdezte, hogyan állították össze a kiscsoportokat. Carl elmondta, arra törekedtek, hogy minden kiscsoport a lehető legjobban reprezentálja a nagycsoportot a férfiak és nők aránya, a résztvevők nemzetisége stb. tekintetében. A magyarázatot a résztvevők kielégítőnek találták, különösen mert Carl hozzátette, hogy a találkozó formájában nincs semmi merevség, minden megváltoztatható, csupán azt kéri, hogy az első nap találkozzanak a kiscsoportok az előre elkészített listák alapján.

Péntek este Rogers rövid előadást tartott. Elmondta saját fejlődését, hogyan vált "diagnosztizáló-terápiát előíró" klinikai pszichológusból olyan emberré, aki bízik az emberben rejlő hatalmas lehetőségekben, amelyek segítségével képes önmagát megérteni és irányítani. Beszélt a kliensközpontú megközelítés alapelveiről, és alkalmazásukról a pedagógiában, a vezetésben és a kultúrák közti kapcsolatokban. Különösen kiemelte, hogy bízik az egyénben, a csoportban és így ebben a csoportban is. Mint mondta, az, hogy bízik a csoportfolyamatokban és a csoport bölcsességében, azt jelenti, hogy nem tudja pontosan, mik lesznek ennek a találkozásnak az eredményei, milyen célokat fogunk elérni, de abban biztos, hogy konstruktívak leszünk. Hangsúlyozta, hogy ez a *mi* csoportunk lesz, és csak tőlünk függ, mi fog itt történni.

Szombaton reggel, amikor bekapcsolódtam a munkába, hasonló légkört tapasztaltam, mint amiről előző nap hallottam. A politikusok továbbra is beszédeket mondtak, melyek számomra sok újszerű információt tartalmaztak, és ezért érdekesek voltak, de a légkör inkább emlékeztetett az általam csak televízióból ismert "baráti politikai találkozókra", mint a kommunikáció javítását célzó személyközpontú összejövetelre. A délelőtt vége felé a résztvevők egy része - így jómagam is - kezdett türelmetlenkedni: egyesek azért, mert túlságosan szervezetlennek, irányítás nélkülinek tűnt mindez, mások pedig azért, mert mintha nagyon is "leragadt" volna az összejövetel a politikai deklarációk szintjén.

A *délután* a kiscsoportoké volt. Furcsa érzés volt számomra egy körben ülni a volt hondurasi elnökkel, a svéd képviselőnővel, a mexikói nagykövettel és más jelentős személyiségekkel, mégis úgy érzem, nálunk és a többieknél is a kiscsoportban kezdett megtörni a jég, indult el a párbeszéd.

Este Rodrigo Carazo beszélt a Béke Egyetem céljáról és tevékenységéről.

Utána külön-külön találkozott a közép-amerikaiak csoportja és a többiek, mintegy mutatva a résztvevők egyik alapvető különbözőségét.

A folyamat közepe

A vasárnap reggeli nagycsoport ülésének légköre érezhetően más volt, mint az előző napi. Többen kifejezték, milyen keserűséget, haragot, sőt, gyűlöletet éreznek az USA ellen. Voltak, akik hangot adtak ambivalens érzéseiknek, az USA és Latin-Amerika kultúrájához való egyidejű kötődésüknek. Éles viták zajlottak le, de ezek már *valódi* viták voltak: a vitapartnerek odafigyeltek egymásra, egymásnak válaszoltak.

A személyes szintet a találkozó férfi-dominanciája váltotta ki: néhány női résztvevő erős érzelmi telítettséggel vetette fel ezt a kérdést.

Mint Rogers írja: "Lassan kezdett kialakulni a bizalom és az alapvető jóindulat... Ahogy pihenni mentem a délelőtti ülés után, nyugodt és igazán boldog voltam... A folyamat, aminek a megindításában reménykedtünk, elkezdődött."

A mindeddig meglehetősen passzívnak tűnő facilitátorok ezen a délelőttön, ha azt nem is lehet mondani, hogy aktívvá váltak, de az előző időszakhoz képest lényegesen nagyobb szerepet vállaltak magukra. Rogers szerint: "Eddig a délelőttig egyszerűen nem volt olyan véleménykülönbség, amivel kapcsolatban facilitálni lehetett volna." A tapasztaltabb "csoportozók" számára a délelőtt végére világos volt, hogy ezúttal is érdemes volt bízni a folyamatban.

A "Heurigen": egy fontos esemény

A burgenlandi településeken a Heurigen fontos esemény: szüret után a termelők kimérhetik az új bort, és az evés-ivás mindenkor együtt jár a világ problémáinak megtárgyalásával. (A pletyka szerint a semleges Ausztria megszületéséről is egy ilyen Heurigen keretében egyeztek meg a szovjet és az amerikai tárgyalópartnerek - ami, ha nem is igaz, de jellemző történet.)

Vasárnap estére ilyen Heurigenre voltunk hivatalosak egy közeli vendéglőbe. Maga Rogers csak mintegy fél óráig maradt. "Túl nagy volt a zaj ahhoz, hogy bekapcsolódjak a beszélgetésbe, nem tudtam se hallani, se megértetni magam" - írja. Nagyon meghatotta azonban, hogy belépését spontán taps fogadta, mert ezt úgy értékelte, hogy a résztvevők a stáb visszafogottsága ellenére is képesek voltak felfogni a facilitátorok munkájának jelentőségét.

Számomra a konferencia egyik legemlékezetesebb eseménye volt az, amikor az összejövetel talán legmarkánsabban szemben álló két egyénisége, az USA és Nicaragua kiemelkedő képességű politikusai egyszer csak leültek egymással szemben a kocsma egyik asztalához, és miközben mi, résztvevők néhány percen belül szorosan közrefogtuk az asztalt, elkezdtek egymással *igazán* beszélni.

A korábbi nagycsoportokon tapasztalhattuk mindkettőjük éles eszét, logikáját, gyors felfogását, szellemességét, de azt is, hogy két ellenséges táborból érkezve, ellentétes ideológiákon nevelkedve, ellenkező érdekeket képviselve egyszerűen képtelenek voltak odafigyelni egymásra, elfogadni vagy éppen csak megérteni a másik érvelésében rejlő pozitív elemeket. Az órák hosszat tartó beszélgetést lélegzet-visszafojtva hallgattuk. "Ha bombákat dobtok Managuára, az én gyerekeim is meghalnak" - mondta a nicaraguai, és

mind a kettőjük arcán látszott, hogy ez már nem két politikus, hanem két ember beszélgetése. Valami naiv boldogság töltött el bennünket, amikor a beszélgetés vége felé láttuk, hogy kicserélik gyerekeik fényképeit, megbeszélik, hogy meghívják egymás gyerekeit nyaralni ("Be fogom mutatni őket Reagannek..."), és terveket kezdenek kovácsolni arra vonatkozóan, mit lehetne javasolni a két kormánynak a megegyezés érdekében. ("Semmi kétség, hogy a bizalmatlanság egy része feloldódott az alkoholban.Ez akkor is értékesnek tűnt, ha csupán időleges volt" - írja Rogers. Bár a beszélgetőpartnerek valóban nem vetették meg az új bort, a megértés "csodája" semmiképpen sem tekinthető csupán az alkohol hatásának. Mint azt az ifjú királyi fenségnek tűnő nicaraguai mondta, ő csupán azért ízlelte meg a bort, hogy a laza amerikaiéhoz némileg hasonló lelkiállapotba kerüljön. Valahogy hasonlóan nyilatkozott az amerikai is. Azaz a bornál lényegesen jelentősebb szerepet játszott a beszélgetés sikerében a megértés szándéka.)

A folyamat csúcspontja: hétfő délelőtt

A hétfő reggel egy sajnálatos bejelentéssel kezdődött: tervek szerint néhány facilitátornak és résztvevőnek Bécsben 18 órakor sajtókonferencián kellett részt vennie, ami miatt a délutáni ülést rövidebbre tervezték; az utolsó percben azonban a sajtókonferencia időpontját másfél órával előbbre hozták, s ez lehetetlenné tette a délutáni kis- vagy nagycsoport megtartását.

Feltűnően gyorsan túljutottunk ezen a zavaró változtatáson (a szokásosnál kisebb érdeklődést keltett a kérdés: ki megy és miért, mit mondhat és mit nem; megegyeztünk, hogy délután informális csoportok lesznek és este záróülés).[15]

A lényegi megbeszélést egy el salvadori férfi nyitotta meg, elmondva, hogy fél a nicaraguai katonai intervenciótól; egy női résztvevő elmondta, hogy szerinte a közép-amerikai országokban az elnyomás és a szegénység reménytelensége élteti a forradalmakat, nem kell azt kívülről behozni. Egy venezuelai szerint viszont a közép- és latin-amerikai forradalmak külső segítség nélkül sohasem lettek volna sikeresek.

Az egyre inkább elmérgesedő vita irányát egy chilei változtatta meg, emlékeztetve arra, hogy a Heurigenben az ellentétes politikai nézeteket vallók is megértették egymást.

Rodrigo Carazo szenvedélyesen mondta: "A kiscsoportban teljes nyíltsággal közelítettünk a kérdésekhez, diplomatikus nyelvezet nélkül... Néha durvák is voltunk, ami rosszul esett... Az ember a szív és az ész keveréke... Nem akarom, hogy a kontrák vagy a sandinisták győzzenek. *Békét* akarok... Ne jussunk vissza korábbi állapotunkhoz..."

Egy nicaraguai válasza spontán tapsot váltott ki: "Meg vagyok győződve arról, hogy van megoldás. Akkor is így gondoltam ezt, mielőtt idejöttem, de amiről megbizonyosodtam, az az, hogy egy nagyhatalom is odafigyelhet egy kis országra, és hogy *itt* túl tudtunk jutni a bizalmatlanságon."

Ettől kezdve több résztvevő beszélt arról, hogy mi mindent jelentett neki ez az összejövetel:

- egy amerikai elmondta, hogy szerinte nem tűntek el teljesen az előző nap kifejlődött pozitív érzelmei;

- egy ENSZ-tisztviselő a Fülöp-szigetekről köszönetét fejezte ki, hogy része lehetett ebben a mély személyes élményben, és reményét, hogy a jövőben az ő hazájában is rendezhetnek hasonló összejöveteleket;

- egy mexikói azt a légkört emelte ki, melyben a megértés közelébe juthatunk;

- egy Costa Rica-i arra emlékeztetett, hogy vasárnap este facilitátor nélkül is személyközpontúak tudtunk lenni, úgyhogy hátha akkor is, ha hazamegyünk...

Carl azt mondta, hogy "csak ülök itt, többnyire csendben, és meglepő dolgok történnek. Nem lehetett megjósolni, hogy ilyen megértésre fogunk jutni. Serkentő légkört sikerült teremtenünk. Úgy érzem, van okunk arra, hogy gratuláljunk magunknak, noha az igazi próba csak később jön el."

Egy magas rangú, közép-amerikai politikus elmondta, hogy sok kétséggel szemlélte kezdetben ezt a "módszert", s úgy gondolta, hogy napirend nélkül csak összevisszaság jöhet létre. De az eredmény sokkal több, mint ami várható volt, s ez a módszer sikerét mutatja a számára. "A béke bennünk kezdődik. Meg kell próbálnunk lerombolni azt a bizalmatlanságot, ami elválaszt bennünket."

Egy nyugatnémet "zöld" parlamenti képviselőnő elmondta, hogy otthon is szeretné alkalmazni azt, amit itt tanult, mert bár "békepárthoz tartozik, de az összejöveteleik néha úgy néznek ki, mintha háború lenne".

Rodrigo Carazo felmutatott egy nyilatkozatot, melyet az éjjel állítottak össze a Contadora-folyamat támogatásáról, és kérte, hogy aki egyetért vele, az ülés után írja alá.

Egy amerikai sajnálatát fejezte ki, hogy az USA kormányának tagjai közül senki sem volt jelen. Számára ez a néhány nap "csodálatos tapasztalat" volt.

Egy palesztin arra kért bennünket, "imádkozzunk, hogy az arabok és az izraeliek nézzenek a tükörbe és fedezzék fel, hogy testvérek".

A záróülés

A hétfő esti záróülés nem volt teljes: több résztvevőnek el kellett már utaznia.

Az ülés három fő eleme ez volt:

- a résztvevők tovább ecsetelték az összejövetel pozitív hatását (Rogers utólag sajnálatát fejezte ki amiatt, hogy talán nem fordítottak elég figyelmet a negatív érzések felszínre hozására),

- Rodrigo Carazo ismét felvetette a Contadora-folyamatot támogató nyilatkozat aláírását és

- John Vasconcellos, kaliforniai szenátor egy másik nyilatkozatot is beterjesztett aláírásra, mely azt fejezte ki, hogy tapasztalataink szerint a személyközpontú megközelítés rendkívül hasznosnak bizonyult ezen az összejövetelen, és így feltehetően hasznos lehet más nemzetközi krízis-területeken is.

Az ülés általános ölelkezéssel, későbbi találkozások megbeszélésével ért véget.

A Rust műhely különleges jellege (csoport szempontból)

- "Minden csoport más."
- "Minden csoport hasonló."

Aki sok csoporton vett már részt, az tudja, hogy bármily paradoxon, mindkét mondatban van valami igazság. A "Rust műhely" *mássága* a szokásos személyközpontú csoportoktól szembetűnő:[16]

a) A rusti találkozónak *témája* volt: "A közép-amerikai kihívás".

Bár más PCA csoportoknak is volt témájuk - pl. a két 1986-os szegedi találkozó közül az elsőnek: "Kliensközpontú pszichoterápia napjainkban" -, a résztvevők többsége azért ment el, hogy megtapasztalja (esetleg újra) a személyközpontú megközelítést.

A rusti találkozóra a résztvevők többsége a *téma miatt* jött, és sohasem hallott még Carl Rogersről.[17]

b) Személyes kérdések helyett *társadalmi-politikai* kérdések álltak a középpontban.

A PCA találkozókra a résztvevők többnyire elsősorban személyes problémáikat viszik: fejlődni akarnak, barátokat szerezni, tanulni a PCA filozófiáját. A rusti összejövetel résztvevőinek többségét az hozta el, hogy segítsék a béke kialakítását a világ azon régiójában, ahonnan jöttek, hogy felajánlják a konfliktusok kezelésével kapcsolatos jártasságukat, hogy a békeszervezetüket ismertebbé tegyék stb.

Ennek ellenére többektől hallottam a találkozó után, hogy "sok mindent másképp látok".

c) A résztvevők *meghívást* kaptak, és költségeiket a hívó fél fedezte.

Az a tény, hogy a személyközpontú összejövetelekre csak az megy el, aki valóban akar, és hogy kész ezért fizetni is, lényegesnek tűnt abból a szempontból, hogy az ilyen résztvevő feltehetően eleve hisz az összejövetel értékében, és igyekszik lényegesen bekapcsolódni a munkába, hogy a "befektetés megtérüljön".

A politikusok "befektetése" a rendkívül drága idejük volt, s a sürgető feladat is hozzájárulhatott ahhoz, hogy a résztvevők igen komolyan "dolgoztak".

A sürgetés érzése

A személyközpontú megközelítés általában olyan esetekben alkalmazható sikeresen, ahol az idő nem a legfontosabb tényező. (Senki sem javasolta eddig, hogy a tűzoltóságot szervezzük át személyközpontúvá, és ha észrevesszük, hogy valaki vízbe akarja vetni magát egy hídról, akkor sem célszerű, ha leállunk vitázni arról, hogy mi is a teendő.[18])

A rusti összejövetel 4 napja is rövidebb volt az ilyenkor szokásos 7-8 napnál, de a sürgetés érzetét elsősorban az az egyedülálló lehetőség keltette, hogy egyébként alig kommunikáló országok magas rangú diplomatái informálisan kapcsolatba kerülhettek egymással, megpróbálhatták megértetni egymással az álláspontjukat és ennek komoly politikai következményei lehettek.

Talán az egyetlen érezhető hátránya a "sürgetés" érzésének a rusti összejöveteleken az volt, hogy a résztvevők negatív érzései - a célorientáltság következtében - némileg elsikkadtak.

A személyközpontú megközelítés sajátosságai[19]

A csoport nyelvezete

A személyközpontú megközelítés és a diplomácia szokásos nyelvezete - kommunikációja és metakommunikációja - lényegesen eltérő.

A személyközpontú megközelítésben általában az "igazi kommunikáció" jeleként értékelik, ha a kommunikálók közvetlenül egymás szemébe néznek, ha ún. "én-üzeneteket" küldenek, ha a személyes érzéseiket átélik és igyekeznek a maguk valóságában, pontosan kifejezni, ha nézetükért személyes felelősséget vállalnak.

A politikusok szokásos kifejezésmódja a szónoki előadásmód, a közvetlen kommunikáció kerülése, a személyiség hiánya (a személytelen reagálás, a vita személyessé válásának kerülése), sajátosan kódolt üzenetek küldése abban a hitben, hogy a hallgató úgyis képes a "sorok között kiérezni" az igazi mondanivalót. (A számomra legfurcsábbnak az a résztvevő tűnt - igaz, hogy nem hivatásos politikus, de egy nemzetközi társadalmi szervezet vezető funkcionáriusa -, aki azzal dicsekedett, hogy szónoki fogásait a görög klasszikusokon nevelkedve sajátította el.)

Mindkét nyelvi formának megvan a maga kialakulási története, célja és létjogosultsága, noha a pszichológia oldaláról nézve nehezen kerülhetjük el azt a megjegyzést, hogy - ha csak kis részben is, de - talán ez a dehumanizált politikai nyelv is hozzájárult ahhoz, hogy a világ az atomháború küszöbére kerülhetett. (Talán érdemes megjegyezni, hogy a lassanként több évtizedes álmából életre kelő parlamentünkben kialakuló igazi, személyes indulatú viták további elkerülésére elhangzott az a javaslat is, hogy - követve az angolszász és más parlamentek bevált gyakorlatát - a képviselők csak a Ház elnökének intézhessék szavaikat.)

A facilitátorok kissé óvatosan mozogtak e kétféle kommunikációs stílus között, csak kevéssé és néha "biztatva" a közvetlenebb hangnemet, valahogy úgy, ahogy a terápiás folyamat elején sem tűnik célszerűnek, hogy a klienst gyorsabb haladásra késztessék, mint amilyenre magától készséget érez.

Folyamatok

A politika bevett szabályai közé tartozik a lobbyzás, a "folyosói megegyezés" stb.

A személyközpontú találkozókon a facilitátorok azt támogatják, hogy a nagycsoportban felmerülő problémákat a csoport előtt oldják meg. (Bár mindkét sajátosság alól könnyen tudnánk kivételeket felsorolni: nemzetközi személyközpontú találkozót, ahol a facilitátor a nagycsoporttal szemben a négyszemközti és kiscsoportos

konfrontációt részesítette előnyben, és magyar parlamenti felszólalást, mely azt sérelmezte, hogy egy képviselő a parlament ülésén rá nézve sértőnek tartott megjegyzésekről egy bizottsági ülésen panaszkodott.)

Feltehetően egy következő találkozón mind a "két oldal" türelmesebb lesz a másik munkastílusa iránt.

Ritmus és időzítés

A politikusoknak többnyire gyorsan, tekintélyesen, meggyőződéssel kell eljárniuk.

A személyközpontú megközelítés szakemberei többnyire értékelik, ha az embereket nem sürgetik, kellő időt szánnak a kérdésekre, konszenzusra törekednek, igyekeznek meghallani a felszín alatt vibráló jelenségeket, még ha ezzel késleltetik is a megoldást. Félnek, hogy a sietség rossz döntésekhez vezethet és újabb problémákat idézhet elő.

A politikában az idő gyakran valóban sürgető tényező. A bős-nagymarosi vízerőmű ügyében, tehát egy politikai-gazdasági-környezetvédelmi kérdésben - úgy tűnik - kialakult egy olyan országos érdeklődés, amely a demokratikus vitaszellem széles körű nevelésére alkalmasnak bizonyult, s így a *folyamat* értékelői számára mindenképpen értékes tapasztalatot jelentett. Másrészt viszont az országos vita közben folyt tovább az építkezés, ami egyesekben éppen a demokratizmus hatékonyságával kapcsolatos kétségeket erősítette meg ("a kutya ugat, a karaván halad").

Paradox módon itt is sok példát lehetne felhozni arra, hogy a "sürgető" politikában hosszú évekig elhúzódnak béketárgyalások, nemzetközi értekezletek eredmény nélkül, míg a "lassú" encounter csoportok a probléma lényegére rátapintva néha gyorsan képesek megoldásra jutni.

A facilitátorok

A rusti találkozó sajátosságai a csoporttörténések serkentésére hivatott facilitátorokkal szemben sajátos követelményeket támasztottak. Talán itt ragadhatók meg leginkább a személyközpontú megközelítések a nemzetközi konfliktus-szituációkban, vezető politikusok körében történő alkalmazásának lehetőségei, korlátai, nehézségei, ezért befejezésül ezt a kérdést a többinél kissé részletesebben tárgyaljuk.

A facilitátorok csoportja 13 olyan személyből állt, akiknek legalább 10 éves tapasztalata volt a csoportok személyközpontú facilitálása terén. Már egy évvel korábban La Jollában - a PCA központjának számító *Center for Studies of the Person* intézetében - egy hónapot arra szántak, hogy kialakuljon köztük bizonyos "közösség" érzése, a "tett színhelyén" ne foglalják le a figyelmüket köztük lévő személyes problémák.

Így azután meglepve tapasztalták - Maria Bowen szavaival -, "hányszor jöttek mégis felszínre erős negatív érzések". "De az alapvető bizalom mindig jelen volt, az a bizalom, hogy bármilyen negatívak is az érzések, túl fogunk jutni rajtuk. Ez a bizalom nem

csupán az egymás iránti érzelmeinken alapult, de az egymás kompetenciájába vetett hitünkön is."

Más irányzatokkal összevetve a személyközpontú csoportokra egyébként is jellemző, hogy a facilitátorok "visszafogják magukat", viszonylag keveset szerepelnek, nem irányítanak a szó hagyományos értelmében. A rusti műhelyben ez fokozottan észlelhető volt. Ez részben azért volt így, mert az értekezletet szervező egyik csoport - a Béke Egyetem - igyekezett az összejövetelt a "diplomáciai találkozó" irányába terelni, s így számukra a "politikai beszédek" jelentették a résztvevők természetes megnyilvánulásait. A facilitátorok ezt részben respektálták, másrészt viszont nem tagadhatták meg igazi hivatásukat, és így természetszerűleg inkább a *folyamatra*, mintsem a *végeredményre* koncentráltak. Mindez természetszerűleg frusztrációhoz vezetett, ami a konferencia végén általuk kitöltött kédőívekből is kiderül.

Az egyik stábülésen egy stáb-tag odáig ment, hogy azt mondta: "a facilitátoroknak meg kell halniuk, hogy a műhely életben maradjon".

Maria Bowen írja: "A különböző facilitátoroknak más és más az erősségük. Én úgy gondolom, az én két fő erényem az, hogy képes vagyok felfogni és tudatosítani a felszín alatti érzéseket, és hogy képes vagyok kapcsolatban lenni a saját érzéseimmel, azonosítani, mi játszódik le bennem, felbecsülni, hogyan járulhatok hozzá a szituációhoz. Ruston azonban egyik erősségemet sem tudtam kihasználni. Állandóan észleltem a felszín alatti érzelmeket, de a (politikai) helyzet sürgető volta, annak jelentősége, amiről a vita folyt, minden más kérdést irrelevánsnak, apróságnak tüntetett fel. Így azután állandóan visszafogtam magam. Miért hozzam fel a szexizmus vagy a személyek közti feszültség kérdését, amikor nicaraguaiak életéről van szó? Ugyanez volt érvényes a saját személyes érzelmeimre is. Miért fejezzem ki ezeket, amikor a sürgető feladatok érzete uralja a termet, s a műhely ideje olyan rövid."

És mégis - más résztvevőkkel beszélgetve bátran állíthatom, hogy a résztvevők többségével együtt - a munkaértekezlet végén úgy éreztem, hogy leginkább a facilitátorok legszemélyesebb intervenciói segítették elő a találkozó sikerét.

A munkaértekezlet elején, a hosszú beszédek egyikét az egyik (nő) facilitátor félbeszakította, azzal, hogy "már nem tudja követni". A magas rangú politikus értetlenül nézett, majd folytatta a beszédét. A facilitátor 10-15 percig küszködött magával, de végül kirobbant: "Velem mindig ezt csinálják a férfiak...", és sírva fakadt. A beszédeket nem lehetett a régi módon folytatni, ez a viselkedés nem fért bele abba az elképzelésbe, amit a latin-amerikai diplomaták elvártak volna a facilitátoroktól, és ez feloldotta a már-már befagyó folyamatot. A facilitátor mintegy modelljét adta annak, hogy itt helye van az érzelmeknek is (nemcsak az "objektivitásnak"), s az érzelmek között a "negatívaknak" is.

Maria Bowen így ír le egy másik hasonló esetet:

> "...utólag észrevehető, hogyan telt meg a terem feszültséggel... Csak férfiak beszéltek - nagyon kontrollált, versengő, logikus, analitikus, lineáris módon. Fontos dolgokat mondtak a békéről, de ugyanazt a fajta energiát éreztem, amely a háborúkhoz vezet. Visszatartottam magam a téma fontossága miatt. Azután egy férfi ugyanazzal az energiával egy kolléganőre támadt. Még mindig nem mondtam semmit. Ezután az egyik latin-amerikai politikus azt mondta, hogy Reagan elnöknek ugyancsak

csoport-terápiára lenne szüksége, amit én úgy értelmeztem, hogy az összejövetelünket pejoratív értelemben "csoport-terápiának" nevezte. Úgy éreztem, félreértenek bennünket, ellenállás van a teremben azzal szemben, amit nyújtani próbálunk.

Végül mindez szólásra késztetett. Több intenzitással, mint szerettem volna, elkezdtem mondani a latin-amerikai politikusnak, hogy nem csinálunk csoport-terápiát - de közbevágott az az amerikai, aki előzőleg a kolléganőmre támadt: egy karikatúrát mutatott fel annak illusztrálására, mennyire érzéketlenek vagyunk a kulturális sajátságok iránt. Az üzenetet valahogy így vettem: "Hogy mersz így beszélni ezzel a tekintélyes latin-amerikai politikussal?" Úgy éreztem, engem használ fel véleménye kifejtéséhez, és ez felbőszített. Ahogy ez általában történni szokott velem ilyenkor, a dühöt sírás kísérte, és így nehezen tudtam kifejezni magam. Óh, hogy utáltam sírni ebben a csoportban!"

De ismétlem: résztvevőként azt kell mondanom, hogy ez a "kitörés" is facilitáló volt: az őszinteség irányába mozdította a csoportot, és sok résztvevőt feloldozott a magas rangú politikai találkozók merev viselkedés-normái alól.

A rusti műhely sajátosságai a hagományos intervencióktól némileg eltérő viselkedést igényeltek a facilitátoroktól. Mint arra Bochringer és munkatársai[20] rámutatnak, a pszichodinamikus csoport-technikák alkalmazása olyan esetekben, ahol az emberek viselkedésének komoly tásadalmi következményei lehetnek, "veszélyes játék".

De mintha ezt a résztvevők is érezték volna:

Egy ponton Rogers felajánlotta három politikusnak, hogy facilitálja a megbeszélésüket a nagycsoport előtt, de nem is reagáltak a javaslatára.

A világhírű *Harvard Negotiating Group* (a Harvard Egyetem konfliktus-megoldással foglalkozó csoportja) egyik vezetője részt vett a találkozón. De - bár több amerikai résztvevő komoly érdeklődést mutatott iránta - a résztvevők többsége nem akarta, hogy demonstrálják technikájukat. (Mintha a latin-amerikaiak azt mondták volna: "Isten őrizz még egy amerikai technológiától!")[21]

Maria Bowen azt észlelte magán, hogy a szokásosnál türelmesebb volt az érzelmektől mentes felszólalások iránt, mert az információs tartalmukat jelentősnek érezte. Ugyanakkor - furcsa mód - türelmetlenül hallgatott, és végül félbeszakított egy transzcendentális fejtegetést, ami máskor nagyon is érdekelte volna.

Azt is tapasztalta magán, hogy a szokásosnál didaktikusabb volt: többször hosszan magyarázta a személyközpontú megközelítés értékrendjét, lényegét - talán éppen attól való félelmében, hogy "vajon van-e bármilyen szükség az ő szerepére itt?".

Voltak a személyközpontú megközelítést némileg ismerő résztvevők, akik szerint a facilitátorok nem voltak eléggé "rogeriánusok", mert nem "tükrözték az érzéseket", nem használtak elég sokszor olyan kifejezést, mint "értem, amit mondasz", "megértem az érzéseidet" stb. Csakhogy a személyközpontú megközelítésnek valóban csak akkor van értéke, ha *létezési mód* és *nem technika*, itt pedig teljesen inadekvát lett volna a résztvevőket ehhez hasonló klisékkel félbeszakítani.

A stáb legfontosabb jellemzője végül is az volt, ami minden "profi" személyközpontú stábot jellemez, hogy *bíztak a folyamatban*. Abban, hogy a csoport

bölcsessége a fejlődést elősegítő atmoszférában ki fog bontakozni, és a csoportot a lehető legkreatívabb irányba fogja vinni. Carl a találkozó irányítását az első napon a résztvevők kezébe tette, és a facilitátorok a későbbiekben ezt a "hatalmat" nem tudták, de nem is akarták visszavenni tőlük.

Befejezésül

Rogers ezt írta egyhelyütt:

> "Nem hiszem, hogy általatom magam azzal, mekkora jelentősége van az ilyen jellegű (ti. a nemzetközi feszültség csökkentésére irányuló - K. S.) erőfeszítéseimnek. Biztos, hogy nem volt észlelhető hatásunk a helyzet egészére egyik országban sem. De nagy megelégedéssel tölt el az a tudat, hogy szerény keretek között, kicsiben képesek voltunk e feszültséggel terhes csoportok mindegyikénél demonstrálni azt, hogy az értelmes párbeszéd kialakítható, a konfliktus csökkenthető és egy realistább kölcsönös megértés fejlődhet ki. Csupán lombik-méretben dolgoztunk, de megmutattuk, hogy mi lehetséges. Most az a kérdés, létezik-e olyan társadalmi akarat, amelyik megsokszorozza ezeket az erőfeszítéseket."

1988 decemberében, Costa Ricában másodszor is találkoztak a közép-amerikai vezető politikusok és az ENSZ Béke-egyetemének szakemberei a Carl Rogers Béke Project facilitátorainak közreműködésével. Az általa indított mozgalmat Carl Rogers halála sem állította meg. Bízzunk abban, hogy lesz olyan világméretű "társadalmi akarat", amelyik lehetetlenné teszi egy új háború kirobbantását, és büszkék lehetünk arra, ha ennek érdekében a pszichológia is teljesíti kötelességét.

JEGYZETEK

1 A rusti összejövetel óta eltelt több mint három évben többször éreztem kísértést, hogy írjak a tapasztalataimról, de valahogy mindig úgy éreztem, hogy "háttérinformációim" nem elegendőek.

A *Journal of Humanistic Psychology* 1986. évi 3. számában (23-45. o.) azonban megjelent Carl Rogers "személyes beszámolója" a találkozóról (The Rust Workshop: A Personal Overview), s e folyóirat 1987. évi 3. száma három további írást is közöl az összejövetelről:

- Gay Leah Swenson: When Personal and Political Processes Meet: The Rust Workshop (Amikor a személyes és a politikai folyamatok találkoznak: a Rust Műhely), 309-333.

- Lawrence N. Solomon: International Tension-Reduction Through the Person-Centered Approach (A nemzetközi feszültség csökkentése a személyközpontú megközelítés segítségével), 337-347.

- Maria Villas-Boas Bowen: Special Characteristics of the Rust Workshop and Their Influence on My Facilitation Process (A Rust Műhely sajátos tulajdonságai és ezek hatása a facilitáló folyamatokra), 348-363.

Miután ezeket a tanulmányokat elolvastam, úgy döntöttem, hogy a találkozót ismertető írásomban a "megbízható beszámolás" szempontját előbbre valónak fogom tekinteni az "eredetiségre törekvés"-nél. Ezért - bár a leírtak természetszerűleg az én sajátos szempontjaimat is tükrözik - készséggel elismerem, hogy ismertetőm *alapvetően* a fenti 4 tanulmányra épül.

2 A humanisztikus pszichológiai mozgalom az utóbbi években tevékenysége jelentős részét fordítja *a háború megelőzésére*, a konfliktusok kezelésével kapcsolatos kutatásokra, a "béke tudományára".

Itt most a *Journal of Humanistic Psychology* című folyóirat néhány cikkét sorolom fel az érdeklődők számára:

- Wayne Eisenhart: Flower of the Dragon: An Example of Applied Humanistic Psychology (A Vietnam veteran's experiences of the war and his efforts to rehabilitate himself and his comrades). Vol. 17. No. 1, Winter, 1977.

- David Bajan: The Interface between War and the Social Sciences. Vol. 22. No. 1, Winter,1982.

- Charlene Spretnak: Naming the Cultural Forces that Push Us toward War. Vol. 23. No. 3, Summer 1983.

- Howard F. Stein: Encompassing Systems: Implications for Citizen Diplomacy. Vol. 27. No. 3, Summer 1987.

A Journal of Humanistic Psychology 1984, Vol. 24. No. 3. Summer száma teljes egészében a béke kérdésének van szentelve.

A *Political Psychology* című folyóiratban is számos érdekes cikket találhat a téma iránt érdeklődő olvasó, lásd például: Deutsch, M.: The preventionof World War III.: A psychological perspective. 41 (1), 3-31.

Rogers maga is foglalkozott közvetlenül a háború és béke problémájával. Lásd

- A Psychologist Looks at Nuclear War: Its Threat, Its Possible Prevention. *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 22., No. 4., Fall 1982, 9-21. Megjelent az *APA Monitor* 13 (8) számában és a *Self and Society* (European Journal of Humanistic Psychology) 10 (5), 213-233. oldalán.

3 An abuse of psychology for political purposes? (A pszichológiával való visszaélés a politikában?) című vitacikkében többek között ezt írja:

"... ha nem akarjuk vagy nem tudjuk alkalmazni a pszichológiát ezen a makro-szinten, akkor a társadalmat - hosszú távon - nem fogja érdekelni a mikro-szintűbb alkalmazás sem..."

Lásd még például

- Raven, J.: Social research in modern society. *Administration*, 1975, 23, 225-268.

- Raven, J.: Government policy and social psychologists. *Bulletin of the British Psychological Society*, 1977, 30, 22-39.

- Raven, J., Whelan, C., Pfretzschner, P., Borock, D.: *Political Culture in Ireland.* Institute of Public Administration, Dublin.

- Klein Sándor: A pszichológus felelőssége (Beszélgetés John Ravennel). *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1986, 4, 338-351.

4 A kliensközpontú pszichoterápiáról magyarul lásd pl. Klein Sándor: Kliensközpontú pszichoterápia. *Ergonómia*, 1986, 4, 219-224.

A szegedi munkaértekezletekre "megjelent" kiadványok:

- Carl Rogers: *Encounter csoportok.* Magyar Pszichológiai Társaság, 1984, 1986, kézirat.

- Carl Rogers: *A tanulás szabadsága a 80-as években.* Magyar Pszichológiai Társaság, 1986, kézirat.

- Klein Sándor-Angster Mária (szerk.): *Kultúrák közötti kommunikáció kreatív megközelítései I.* Magyar Pszichológiai Társaság, 1984, kézirat.

- Klein Sándor (szerk.): *Kultúrák közötti kommunikáció kreatív megközelítései II.* Magyar Pszichológiai Társaság, 1986, kézirat.

- Eugen Gendlin: *Fókuszolás.* Magyar Pszichológiai Társaság, 1986, kézirat.

5 Lásd Klein Sándor: Carl Rogers (1902-1987). *Magyar Pszichológiai Szemle*, 1987/88, 6, 498-500.

6 Carl R. Rogers: Dealing with social tensions: A presentation of client-centered counseling as a means of handling interpersonal conflict. 30 pp. New York: Hinds, Hayden and Eldredge, 1948.

Ugyancsak megjelent: *Pastoral Psychology*, 1948, 3 (28), 14-20. és 3 (29) 37-44.

7 Carl R. Rogers: Communication. Its blocking and facilitation. *Northwestern University Information*, 20, 9-15.

Ugyancsak megjelent: *Harvard Business Review*, 30, 46-50. és Bursk, E. C. (ed.): *Human relations for management.* New York, Harper and Row, 1956.

8 A humanisztikus pszichológusok az elmúlt néhány évben különös figyelmet szenteltek az amerikai-szovjet kapcsolatnak. Rendszeressé váltak a pszichológusok küldöttség-cseréi és az ezzel kapcsolatos beszámolók. Lásd például: Stein, H. F.: Psychological complementary in Soviet-American relations. *Political Psychology*, 1985, 6 (2), 249-261.

Carl Rogers maga is nagy jelentőséget tulajdonított Szovjetunióbeli útjának. "On Reaching 85" című írásában (*Person-Centered Review*, Vol. 2. No. 2. May 1987, 150-151.) olvashatjuk:

"... Olaszország és Nyugat-Németország, Nagy-Britannia és Ausztrália és Mexikó és Svájc és Ausztria és Magyarország és Görögország - és még sokáig folytathatnám

azoknak az országoknak a listáját, ahol jelentős munka folyik a személyközpontú megközelítés terén.

A legújabb és talán a leginkább lelkesítő név ezen a listán Oroszország. Most tértem vissza a Szovjetunióból, ahol két intenzív műhelyt és egy nagy nyilvános találkozót tartottunk. Alig tudtam elhinni, milyen széles körben ismerik a munkámat. Lényeges hatással tudunk lenni a szovjet pszichológusokra. Azért merem ezt némi bizonyossággal kijelenteni, mert a moszkvai műhely után két nappal több résztvevő egy tekintélyes Tudományos Tanács előtt is így nyilatkozott. Rendkívüli jutalom volt a számomra hallgatni, amint elmondták kollégáiknak, milyen személyes és hivatásbeli változást hozott számukra a műhely munkájában való részvétel."

Részletesen lásd:

- Carl R. Rogers: Inside the World of the Soviet Professional. *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 27, No. 3. Summer 1987, 277-304.

- Francis U. Macy: The Legacy of Carl Rogers in the U.S.S.R. *Journal of Humanistic Psychology*, Vol. 27, No. 3. Summer 1987, 305-308.

9 A film címe: The Steel Shutter.

10 Carl Rogers: On Reaching 85 (*Person-Centered Review*: Vol. 2. No. 2. 1987. May. 150-152.) című írásában olvashatjuk:

"1986-ban egy kollégámmal intenzív csoportokat facilitáltunk Dél-Afrikában, fekete és fehér résztvevőkkel. Sohasem tapasztaltam még a düh, a keserűség és a fájdalom, illetve a félelem, a bűntudat és az előítélet olyan mélységeit, mint ezúttal (a feketék, illetve a fehérek oldalán). Munkánk eredményének legjobb mutatója a sürgetés, hogy 1987-ben újra elmenjünk." Sajnos erre az útra Rogers halála miatt már nem kerülhetett sor.

Lásd még: Carl Rogers. The Dilemmas of a South African White. *Person-Centered Review*, 1986. Vol. 1, No. 1. February, 15-36.

11 Carl R. Rogers, D. Ryback: On alternative to nuclear planetary suicide. *The Counseling Psychologist*, 12 (2), 1984, 3-12. Megjelent még Levant, R., Shlien, J. (Eds): *Client-centered therapy and the person-centered approach: New direction in theory, research and practice*. pp. 400-422. New York: Praeger, 1984 és *Peabody Journal of Education*, 1984, 61 (3), 91-110.

12 Az 1984-es és 1986-os szegedi találkozókról mindössze két írás készült:

- Klein Sándor: Kulturközi kommunikáció kreatív megközelítései (Munkaértekezlet, Szeged, 1984, július 1-7.), *Ergonómia*, 1985, 1, 35-41. és

- Klein Sándor: Beszélgetés Carl Rogersszel. *Magyar Pszichológiai Szemle*, előkészületben.

13 Ma már csak a múlt furcsaságai közé tartozik, így leírható: "hivatalos" részvételre nem kaptam engedélyt, az utolsó percben, s csak némi "ügyességgel" sikerült végül is rendkívüli gyorsasággal elintéznem a "magán-útlevelem" érvényesítését. Nagy megtiszteltetésnek éreztem a meghívást és "mindenképpen" szerettem volna részt venni.

Valahogy úgy éreztem magam, mint amiről Maria Villias-Boas Bowen (i. m. 354. o.) ír:

"A Carl Rogers Béke Mozgalom minden tagja számára nagyon fontos volt a részvétel ebben a műhelyben. Készek voltunk arra, hogy fizetség nélkül dolgozzunk, és azok, akik csak magánpraxist folytatnak, készek voltak arra, hogy felvállalják a távollétükből fakadó jövedelemkiesést... Személy szerint három fő okát éreztem annak, hogy ilyen erősen motiválva voltam: (a) szerettem volna hozzájárulni a béke ügyéhez; (b) támogatni Carlt abban, hogy régi álma valóra váljon; és (c) anélkül, hogy túlzásokba esnék, szerettem volna részese lenni a pszichológiatörténet egy fontos eseményének."

Ahogy megérkeztem, Rogers meghívott, hogy vacsorázzam vele. Elmeséltette a történetemet, s másnap reggel úgy üdvözölt a nagycsoport előtt, mint aki "nagy nehézségek árán végül is megérkezett".

Később kénytelen voltam többször elmagyarázni, hogy azért ez nem azt jelenti, hogy "át kellett szöknöm a határon".

14 A munkaértekezlet "történeté"-nek leírása (Kezdetek, A folyamatok közepe, A Heurigen: egy fontos esemény, A folyamat csúcspontja és A záróülés) Rogers: The Rust Workshop: A Personal Overview. (JHP, 1986, Vol. 26. No. 3.) című cikkét követi.

15 A szegedi munkaértekezleteken például napokig elvitatkoztunk azon, hogy szétoszoljunk-e kiscsoportokra, és a televízió Stúdió 84 műsorában "ország-világ" tanúja lehetett, milyen nehéz problémát jelentett, a "használhatunk-e magnetofont?" és a "beengedjük-e a televíziót?" kérdés.

Maria Villas-Boas Bowen írja idézett cikkében: "Senkinek sem volt kifogása az ellen, hogy egyesek írásos feljegyzéseket készítettek, néha új arcok jelentek meg, majd tűntek el anélkül, hogy valaki kérte volna, hogy mutatkozzanak be, sőt, egyes kiscsoportok megengedték, hogy egy-egy ülésre beüljenek olyan személyek, akik magukról azt mondták, ők csak "megfigyelők". Később megértettem: ezek az emberek megszokták, hogy megfigyeljék őket, hogy rivaldafényben legyenek. A "bizalmasság", "titkosság", "magánélet" kérdése mást jelentett a számukra, mint mások számára. Mint az egyik politikus mondta: "A legjobb titkaimat fenntartom a televízió számára."

16 Ez a rész, valamint a "Facilitátorok" című rész elsősorban Maria Villas-Boas Bowen idézett cikkén alapul.

17 Carl Rogers az "On Reaching 85" (*Person-Centered Review*, Vol. 2, No. 2. 1987, Maxy, 150-152.) című írásában ezt mondja erről: "Új kihívást jelentő és nehéz élmény volt kormányfőkkel, nagykövetekkel, parlamenti képviselőkkel dolgozni - akik közül többen a feszültség-csökkentés pszichológiai aspektusaival vagy a kölcsönös párbeszéddel kapcsolatos nagyon kis tudással és érdeklődéssel jöttek el a találkozóra. Rendkívül sokat tanultunk."

18 Magyari Beck István az egyik szegedi összejövetelen egy ilyen vitának volt tanúja, s ebből meglehetősen negatív következtetéseket vont le a személyközpontú megközelítésre vonatkozóan.

Csakhogy más dolog beszélgetni arról, hogy "mit tennék ilyen esetben..." és a tényleges viselkedés az adott helyzetben. Gyermekvédelem, 1985.

19 Ez a rész Gay Leah Swenson idézett írásán alapul.

20 Boehringer, G. H., Bayley, I., Zeruolis, V., Boehringer, K. (1974): Stirling: The destructive application of group techniques to a conflict. *Journal of Conflict Resolution*, 18 (2), 257-275.

21 Az egyébként igen érdekes és hasznosnak tűnő "tárgyalási technika" leírását lásd Fisher, R., Ury, R. (1981): *Getting to YES. Negotiating agreement without giving in.* Boston: Houghton, Mifflin.

A kézirat a szerkesztőségbe érkezett: 1989. január 23.

INTERJÚ

A BOLDOGSÁG TITKA

Beszélgetés Arthur Freemannel a kognitív terápiáról és sok minden másról

Mintegy 30 éve Aaron T. Beck, a University of Pennsylvania pszichiáter professzora felhagyott a depresszió pszichoanalitikus kezelésével és kutatásával és egy újfajta terápiás eljárás kidolgozásába kezdett, melyet *kognitív terápiának* nevezett el.

"Úgy találtam - írja -, hogy pácienseim (függetlenül attól, hogy mi is a problémájuk) gyakran félreértelmezik az embertársaiktól érkező jeleket. Ésszerűtlen dolgokat hisznek magukról és másokról. Úgy találtam, hogy ha korrigálni tudjuk ezeket a félreértelmezéseket és tévhiteket, akkor jobban érzik magukat és ez segít elérni a céljaikat...

A vizsgálataimból és széles körű klinikai gyakorlatomból kiderült, hogy az emberek néhány viszonylag egyszerű alapelv és technika alkalmazásával megtanulhatják ellenőrizni a fájdalmas hangulatváltásaikat és önromboló viselkedésüket." (Freeman-Wolf, 1990, 10. o.)

Ma már széles körű irodalma és a világ minden részén központjai vannak a kognitív terápiának.

Arthur Freeman hosszú ideig közvetlen munkatársa volt Aaron T. Becknek, ahogy Beck írja: "egyike napjainkban a világon a kognitív terápia legfőbb tanítóinak" (uo.). Számos könyv szerzője és elismert terapeuta. A II. Európai Pszichológiai Kongresszuson készítettem vele az itt következő interjút:

- *Kérem, hogy mutatkozzon be!*

- Dr. Arthur Freeman vagyok, a klinikai pszichiátria professzora a New Jersey Orvosi Egyetemen.

- *Mivel foglalkozik főképpen?*

- Klinikai pszichológus vagyok, egy olyan gyógyító iskola követőjeként, amit kognitív terápiának hívnak. Azért jöttem, hogy erről tartsak előadást. Képmagnetofon felvételekkel igyekeztem illusztrálni e megközelítés lényegét. Sok-sok országot látogattam meg Európában és a Távol-Keleten az utóbbi időben, a munkámról és a kognitív terápia fejlődéséről beszélve.

- *Mi a kognitív terápia lényege?*

- A kognitív terápia alapvetően egy nagyon aktív, nagyon direktív, a problémára összpontosító pszichoterápia, mely az *itt és most*-ra figyel. Nem a páciens távoli múltjára, a kora gyermekkorára koncentrálunk. Azt nézzük, hogy itt és most mi tartja fenn a problémáját, ahelyett, hogy azt kutatnánk, hogyan kezdődött a problémája.

- *Tudna egy példát mondani?*

- Igen. Például valaki azt mondja, hogy "nehézségeim vannak a nőkkel való kapcsolataimban". Ha kikérdezzük a gyermekkoráról, könnyen lehet, hogy nagyon boldogtalan gyermekkori tapasztalatokról fog beszámolni. A kérdés azonban nem egyszerűen az, hogy milyen hatással voltak ezek a gyermekkori tapasztalatok az illetőre, hanem inkább az, hogy mit mondanak ezek a tapasztalatok az illetőnek ma.

Olyan kérdés ez, amit sok-sok évvel ezelőtt *Freud* is felvetett: igyekeznünk kell megérteni, hogy a páciens hogyan látja saját világát. A kognitív terápia azon dolgozik, ahogyan a páciens észleli a világát.

- *Milyen más lényeges különbség van a kognitív terápia és a pszichoanalízis között?*

- A kognitív terapeuta nagyon *direktív* módon dolgozik. Ha például a páciens szorongó, esetleg már az első ülésen segítünk neki abban, hogy kifejlődjenek benne azok a képességek, amelyek segítségével jobban meg tud birkózni a saját szorongásával. Vagyis a pszichoanalízissel ellentétben, ahol néha évekig dolgoznak a páciens problémáján, mi olyan gyorsan igyekszünk változást előidézni, amilyen gyorsan csak lehetséges.

A másik nagy különbség az, hogy a kognitív terápia az utóbbi években világosan *bizonyította* eredményességét. Nem csupán azt mondjuk, hogy "volt nálam ez a páciens, és most már meggyógyult", de világszerte végzett számos vizsgálat igazolja munkánk hatékonyságát.

- *Ez némileg válasz azoknak is, akik azt mondják, hogy Önök csupán a felszínt kapargatják, míg a pszichoanalitikusok a lélek mélyén dolgozva az igazi bajt gyógyítják meg.*

- A kérdés természetesen az, hogy "létezik-e igazi probléma, vagy éppen a pszichoanalízis találja ki, vezeti be az igazi problémát, hogy legyen mit meggyógyítania"?

Ha Freud korai munkáit vagy *Ferenczi* Sándor munkáit nézzük, akkor nagyon sok rövid, koncentrált pszichoterápiás gyógyítás leírását találhatjuk. Ferenczi különösen *gyorsan* dolgozott munkája kezdetén: gyorsan és direktív módon dolgozott a pácienseivel. Én magam is pszichoanalitikus voltam, és így jól ismerem az analitikus irodalmat: Freud sem foglalkozott évekig a pácienseivel, ő is elég gyorsan dolgozott. Manapság mégis azt mondják, hogy ha nem foglalkozunk évekig a páciensünkkel, akkor csak "a felszínt kapargáljuk". Talán azt mondhatjuk erre, hogy "lehet, hogy éppen a felszín kapargálására van szükség". Sok országban az orvosi kezelés ára olyan magasra szökött, hogy a *lehető legrövidebb* terápiára van szükségünk, ha azt akarjuk, hogy a páciensek részt tudjanak venni benne. És persze olyan terápiára van szükség, mely bizonyította, hogy működik.

Márpedig - ismétlem - számos terápiás iskola sohasem bizonyította, hogy valóban hatékony, eltekintve a terápiát végzők állításaitól.

Ezért mondom, hogy érdemes a rövid, közvetlen viselkedésmódosító stratégiák keresése.

- *Hogyan hasonlítaná össze a kognitív terápiát a kliensközpontú pszichoterápiával?*

- Attól függ, hogy Carl *Rogers* eredeti, 1942-es munkáiról beszélünk, vagy arról, amiről 1961-ben írt.

Rogers 1942-es munkáját vizsgálva azt tapasztalhatjuk, hogy nagyon is direkt, fókuszált volt. Hitt abban, hogy nem csupán hagyni kell, hogy a dolgok megtörténjenek, hanem a terapeuta elősegítheti, hogy a dolgok megtörténjenek.

Egy ízben azt mondta, amikor a késői éveiben bekövetkezett stílusváltozásról kérdezték, hogy az utóbbi években jobban bízik az intuíciójában.

Azt hiszem, az intuíció valóban nagyon hasznos. A megfelelően képzett kognitív terapeutának ugyancsak van intuíciója, de ezen túlmenően elsősorban jólbevált technikákat akarunk használni. Így például a kognitív terapeuta sokféle *viselkedési technikát* használ. Magyarországon is létezik a Viselkedési és Kognitív Terápia Egyesülete, melynek tagjai nagyon aktívan és hatékonyan dolgoznak a különféle direkt viselkedésmódosító stratégiákkal.

- *Az a kérdés is felmerülhet, hogy az ilyen direktív beavatkozással nem okozhatnak-e több bajt, mint amennyi hasznot hoznak esetlegesen?*

- Az elmúlt 17 év alatt, amióta én kognitív terapeutaként dolgozom, nem tapasztaltam ilyesmit. Valójában hasonló kérdést tehetne fel a pszichoanalízissel kapcsolatban: "nem okoz-e több bajt, mint amennyi hasznot hoz, ha az embereket évekig terápiában tartjuk"? Én úgy gondolom, hogy a direktivitás hasznos, segítő.

Ha például egy depressziós állapotban lévő páciens jön hozzám, mondjam neki, hogy "sajnálom, de még legalább egy-két évig kell szenvednie a depressziójától, míg eljutunk a problémája gyökeréig", vagy érdemesebb viszonylag gyorsan eljutni a problémájához, és a páciensre hagyni, hogy majd ő csináljon valamit a gyökerekkel azután.

- *Lát-e valamilyen változást az utóbbi időben a pácienseken?*

- Nem, nem hiszem, hogy van ilyen. Majdnem harminc éve vagyok a pályán, és nem tapasztalom, hogy a páciensek ma másfajták lennének, inkább azt, hogy mi másfajta rendszert használunk a páciensek minősítésére.

Bécsben Freud mindenütt hisztérikusokat látott. Manapság alig találunk hisztérikus beteget. Azt jelenti ez, hogy Freud mindnyájukat kigyógyította? Nem hiszem. Valószínűbb, hogy a hisztéria az 1890-es Osztrák-Magyar Monarchia életstílusának egy tünete volt. De a legvalószínűbb, hogy ma más minősítési rendszert használunk.

Manapság sok mániás-depressziót találni, de azt hiszem, hogy mindig is voltak ilyenek. Vagyis valóban azt hiszem, hogy a különbség abban van, hogy mit keresünk.

- *Valaki hasonló dolgot mondott az állatkutatásokról: a német macska másképpen viselkedik, mint az angol, az amerikai vagy a magyar macska.*

- Azt hiszem, hogy ez igaz. Például Európában az ICD 9-et használják segédeszközként a diagnózis megállapítására.

- *Mit jelent ez?*

- International Classification of Disorders (A rendellenességek nemzetközi osztályozási rendszere), 9. kiadás, melynek a klinikai változatát használják Európában. Az USA-ban - és sok más országban - a pszichiáterek a *Diagnózis és Statisztikai Kézikönyv* 3. átdolgozott kiadását használják.

Ha mármost ugyanazt a betegcsoportot az egyik, illetve a másik rendszer szerint vizsgáljuk meg, akkor nagyon különféle számú páciens fog az egyik, illetve másik betegségkategóriába esni. Talán ha a beteg másfajta diagnózist szeretne, a legcélszerűbb, ha más országba költözik.

- Felmerül bennem a kérdés: ha lelki problémáim lennének és Önhöz fordulnék, mennyire bízhatnék abban, hogy segíteni tud nekem?

- Azt hiszem, ha Ön vagy bárki más hozzám, vagy bármely más terapeutához fordul segítségért, valami ilyesmit kellene kérdeznie: "Milyen tudományos bizonyítéka van arra, hogy az a technika, amit használ, valóban működik?"

Ha a terapeuta azt mondja Önnek: "Miért érdekli ez Önt?", vagy ha ezt mondja: "Ön csupán ezzel is igyekszik elhárítani a terápiát.", vagy ha a terapeuta megtagadja a kérdésre az egyenes választ - legjobb, ha gyorsan felkel és otthagyja.

Ha egy sebészhez megyek, és megkérdezem tőle, hogy milyen sikereket ért el a kérdéses műtéti eljárással és a sebész azt mondja, hogy "erre a kérdésre nem válaszolok" - valószínűleg nem hagynám magamat megoperálni ettől a sebésztől, hiszen lehet, hogy túl eredményes.

Vagyis azt gondolom, hogy ilyesfajta kérdéseket kellene feltennie: "Működik az a módszer, amit Ön használ?" és "Van tudományos bizonyíték arra, hogy ez az eljárás hatékony?".

A kognitív terapeuta, a viselkedésterapeuta azt fogja mondani: "Igen, tudományos bizonyítékaink vannak."

Nem tartom elfogadhatónak az olyanfajta válaszokat, hogy "30 éve vagyok gyakorló terapeuta", hogy "már sok páciensem volt, akik hasonló problémával küszködtek", hogy "sok könyvet írtak már arról a módszerről, amit használok". A kérdés az, hogy milyen tudományos bizonyítéka van a hatékonyságnak - és itt a *tudományosságot* hangsúlyozom.

- Magyarországon újabban az egyik legégetőbb probléma az, hogy sok embernek szembe kell néznie a munkanélküliséggel. Ez az állapot könnyen a pszichiáterhez vezetheti a munkanélkülit. Tudna valamit mondani erről?

- Egyáltalán nem ismerem Magyarországot. Azt tudom, hogy az USA-ban, ha valaki munkanélküli, szociális és személyes problémái lesznek. Sok ember - neveltetéséből következően - úgy érzi, hogy személyes értéke attól függ, hogy mit dolgozik, mit állít elő. Ez nagyon is általános nézet Amerikában.

Ha a magyar munkanélküliek úgy érzik, hogy "nem állítok elő semmit, tehát értéktelen vagyok" - akkor ez nem sokban különbözik az amerikai helyzettől.

Nagyon nehéz a munkanélküliségből adódó pszichikus problémákkal dolgozni, mert az ilyesfajta hitek gyökerei egészen a kora gyermekkorig, az iskolás évekig vezethetők vissza: "ha jó bizonyítványt hozol, jó gyerek vagy", ha valaki nem dolgozik keményen az iskolában, a tanár gyakran mond ilyesmit: "nem vagy szorgalmas, rossz gyerek vagy". Így tanuljuk meg, hogy a munkánkon és a "termelékenységünkön" keresztül értékelnek minket az emberek, és ezt belsővé téve megtanuljuk, hogy mi is így értékeljük magunkat.

A terapeuta feladata, hogy feltárja, van-e más lehetőség saját magunk értékelésére. Sajnos sok ember számára a válasz: *nem*. Például sok páciensem volt, akik nagyon sikeresen dolgoztak sok-sok éven át, meggazdagodtak, majd - ahogy eljött az ideje, 70 éves korukban - nyugdíjba mentek. És most itt ülnek a rendelőmben. Ezek az emberek hosszú évekig reggel 5 órakor felkeltek és este 6-ig, 7-ig dolgoztak a hét 6 napján. Most - bár sok pénzük van és nyugodtan pihenhetnének - ugyanúgy felkelnek reggel 5 órakor, de nincs semmi tennivalójuk, és így ilyesmit mondanak maguknak: "Nincs semmi tennivalóm, tehát értéktelen vagyok." Az ilyen emberek lényegében "munkanélküliek" a nyugdíjazás miatt.

Ez lényegében ugyanaz a jelenség: kifejlődött bennük az érzés: "Az vagyok, amit csinálok, az vagyok, amit előállítok. Ha nem termelek semmit, nincs értékem."

- És mivel lehetne segíteni nekik?

- Szeretném, ha meg tudnám válaszolni ezt a kérdést. Ha rendelkeznék a válasszal erre a kérdésre, valószínűleg esélyes lennék a Nobel-díjra. Nem tudom a kérdésre a választ. Valami olyasmi ez, amit az embernél 70 éves korában tapasztalunk, de 2-3 éves korában kezdődött és sok-sok éven át tartott. Nagyon nehéz kérdés tehát, amire nem tudom a választ.

- A kérdés másik oldala talán a következő: a sikeres vállalkozók "munkamániásokká" válnak: úgy beleszeretnek a munkába, mint az alkoholista az italba - képtelenek megállni. Így azután könnyen felbomlik a család: elvesztik a feleségüket, elzüllik a gyerek - és a következő lépés (jó esetben), hogy a pszichológus rendelőjében kötnek ki.

- Mint minden más esetben, itt is igaz, hogy valamiből *túl sok* - még ha az a valami jó dolog is - káros. Magyarországon például igazán nagyon szeretem a magyaros ételeket. Csodálatosak az ételek és a sütemények. De a harmadik-negyedik adag palacsinta után már nem olyan jól érzem magam. Vagyis ez a nagyon jó dolog, ami nagyon ízlett az elején, végülis megbetegíthet.

Azt hiszem, hogy nagyon fontos és jó dolog - és én magam is nagyon örülök neki -, hogy Magyarország végre újra demokratikus ország lett. Hogy az embereknek lehetőségük nyílott arra, hogy sikeresek legyenek. Persze vannak olyanok, akik *túl jól* megtanulták a régi szabályt: "Ne állj mások fölé! Mindenki egyenlő!" - hiszen e "munkásparadicsomban" - elvileg - mindenki egyenlő.

De valójában mindenki sikeres lehet anélkül, hogy el kellene veszítenie a barátait, feleségét. Mint bármi más esetén, ha *minden* idejüket és energiájukat a munkára fordítják, akkor természetesen baj lehet.

Például, ha egy új kaszinó nyílik meg, ezzel nincs semmi probléma. Havonta egyszer elmegyek a kaszinóba, és elvesztek némi forintot, de rendben van, hiszen élveztem a játékot, jót ettem, majd hazamentem. De ha rákapok a kaszinóra és minden nap odajárok, napi 8-10 órát ott töltök, és el kell adnom a házamat, az autómat - a gyerekeimet..., nos ez nyilván nem jó, és végül a pszichoterapeuta rendelőjében kötök ki.

De mindenesetre arra buzdítanám a magyarokat, hogy élvezzék a kapitalizmus gyümölcseit.

- Bizonyos ökontrollal.

- Ésszerűen. Ne váljanak "munka-mániásokká", mert ez nem túl jó dolog, és enélkül is nagyon sikeresek lehetnek.

- Magyarországon, ha valaki pszichológushoz fordul, a környezete gyakran úgy gondolja, hogy "nem normális". Hogyan van ez Amerikában?

- Nos, Amerikában a pszichológussal kapcsolatos szégyen - a legtöbb helyen - nagyon csökkent: terapeutához fordulni ma már jórészt nem szégyen, noha ma is vannak olyan családok, közösségek, helyek, ahol pszichológushoz fordulni olyan szörnyű szégyen, mintha törvénybe ütköző dolgot követett volna el az illető. Nem hiszem, hogy Amerikában büszkék lennének az emberek a pszichológusukra. Én nem hallottam, hogy bárki is büszkén

mondta volna, hogy "Óh, megyek a terapeutámhoz!", de az igaz, hogy többnyire nem húzódoznak az emberek, hogy elmondják ezt a tényt.

Egy régi amerikai filmes, Sam *Goldwin* - a Metro-Goldwin-Meyer filmgyár alapítója - mondta, hogy "mindenkinek, aki pszichiáterhez fordul, meg kellene vizsgálni a fejét", mivel mindenki, aki pszichiáterhez fordul, bolond - különben miért menne oda?

Azt hiszem, hogy az érzelmi problémák az utóbbi időben elfogadottá váltak: általánosan elismerik, hogy ha valakinek érzelmi problémái vannak, az attól még nem antiszociális, nem kormányellenes... Több ember keres pszichológiai segítséget, mint amennyien kapni tudnak. És csak remélhetem, hogy a magyar pszichológusok, pszichiáterek képesek lesznek megadni az embereknek azt a segítséget, amire szükségük van.

- Mit gondol, hozzájárulhat-e az iskola a felnőttek mentális egészségéhez, vagy éppen van-e része az iskolarendszernek a felnőttkori mentális problémákban?

- Mindkettő lehetséges. Ha visszatekintünk a történelemre - ha például Alfred *Adler* munkájára gondolunk, Bécsben, a század elején -, Adler egy iskolában nyitotta meg a klinikáját. Úgy találta, hogy a legjobban az iskolán keresztül befolyásolhatja a gyerekeket. Kiképezte a tanárokat arra, hogy megfelelő pszichológiai ismeretekkel rendelkezzenek. Vagyis az iskola - úgy gondolom - csodálatos hely lehet, ahol a gyerekek megtanulhatják, hogyan háríthatják el az életben rájuk leselkedő problémákat. Sajnos azonban Magyarországon és Amerikában egyaránt az iskola olyan hely is lehet, ahol a problémák kezdődnek. Jó lenne, ha az iskolák a szellemi egészség szülőhelyei lennének.

- Van-e valamilyen elképzelése arról, hogy milyennek kellene lennie az "ideális iskolá"-nak?

- Azt hiszem, hogy az ideális iskola - ha egyáltalán van ilyen - igyekszik segíteni azoknak a tanároknak, akik nehézségekkel küszködő gyerekekkel foglalkoznak. Rendszerint a tanárok azokra a gyerekekre figyelnek a leginkább, akik a legnagyobb zajt csapják (mert ők okozzák a legtöbb nehézséget, megzavarják az órát stb.). Márpedig lehet, hogy éppen az a gyerek küszködik a legsúlyosabb problémával, aki a leginkább csendben van. Ha lennének - nem csupán Magyarországon, de az USA-ban is - olyan tanárok, akik képzettek e téren, akkor lehetővé válna már a kezdetben, hogy megoldódjanak a gyerekek problémái, ahelyett, hogy hosszú-hosszú évekig elhúzódó bajokká válnának.

Azt hiszem, hogy az ideális iskolában olyan órák lennének, melyeken az életről, az érzelmekről tanulnának.

Azt hiszem, az ideális iskola pszichológiai orientációjú lenne. Az ideális iskola nem tanítana olyan értékeket, melyek romboló hatásúak. Gyakran előfordul például, hogy az iskolában a gyerek azt tanulja meg, hogy "a tökéletesség az alapvető kritérium". Így történhet meg, hogy egyesek egész életüket azzal töltik, hogy megpróbálnak tökéletesek lenni, és minthogy ez nem sikerülhet, ezért mindig sikertelennek érzik magukat.

- A munkahelyek ugyancsak gyors átalakuláson mennek keresztül Magyarországon, és tapasztalható, hogy egyesek számára az újszerű szabadság a munkahelyen is szorongást, félelmet kelt.

- Azt hiszem, hogy az új, a váratlan dolgok mindig félelmetesek. Sokak számára a régi demokrácia visszatérése új, és nem tudnak mit kezdeni vele. Mint minden hasonló helyzetben, meg kell szoknunk az újat. Modellekre van szükségünk, olyan emberekre, akik

segítenek a munkahelyeken a dolgozóknak abban, hogy alkalmazkodjanak az új helyzethez. Talán a pszichológiának fontos szerepe lehetne ebben is.

- *A szervezetek humanizálásában?*

- Nem csupán a szervezetek humanizálásában. Nálunk az USA-ban léteznek úgynevezett "Dolgozókat Segítő Program"-ok. Nem tudom, van-e ilyen Magyarországon, de ha nincs, akkor talán érdemes lenne itt maradnom, hogy elindítsak egy ilyet.

- *Igen, azt hiszem, hogy ez nagyon is hasznos lenne.*

- A "Dolgozókat Segítő Program" célja mindenesetre valóban a dolgozók segítése. Például az egyik nagy probléma az alkoholizmus.

- *Ez igen komoly probléma Magyarországon is.*

- És nagyon nagy probléma az USA-ban, Svédországban, Izraelben - mindenütt.

Ha a dolgozó hiányzik a munkahelyéről, mert leitta magát, ez sokba kerül a munkahelyének, a dolgozónak, csökken a termelékenység...

Néhány évvel ezelőtt végeztünk egy vizsgálatot, és úgy találtuk, hogy minden dollárért, melyet egy munkaadó a dolgozókat segítő programra költ, 2 dollárt kap vissza a termelékenység növekedéséből. Nos, ha azt mondja egy munkaadónak, hogy "nézze, adjon nekünk egy dollárt, s mi garantálunk két dollárnyi termelékenységnövekedést, elégedettebb dolgozói lesznek, és nagyobb lesz a termelékenység" - biztos vagyok benne, hogy a munkaadó kapni fog az ajánlaton.

A "Dolgozókat Segítő Programok" segítenek a családdal kapcsolatos bajokban, az alkoholizmussal, a kábítószer-használattal kapcsolatos problémákban, a cél azonban nem sokéves kezelés. A cél: hogyan érhetjük el, hogy a dolgozó olyan gyorsan visszatérjen a normális munkájához, normális életéhez, amilyen gyorsan csak lehetséges.

- *Említette a családot. mit tud segíteni a pszichoterápia a családi élet boldogabbá tételében?*

- Azt hiszem, nem szabad leszűkíteni a kérdést a *pszichoterápiára*, mert nem mindenkinek van szüksége erre, sőt azt sem hiszem, hogy mindenkinek hasznára válna. De úgy gondolom, hogy a *pszichológia* mindenki számára hasznos ismereteket, készségeket közvetíthet arról, hogy mit lehet, mit kell tenni a különböző esetekben.

Úgy gondolom, hogy több ilyen jellegű könyvet kellene írni magyarul, magyar pszichológusoknak, magyarok számára: a családi életről, a sokféle családi probléma lehetséges megoldási módjáról.

- *Befejezésül: ismeri-e a boldog házasélet titkát?*

- Nos, saját magamat kell példaként használnom. Tehát: bizalom, megértés, jó étel és gyengédség. Mindenkitől azt kérdezném meg: "Gondolj vissza rá, mennyire voltál gyengéd a feleségeddel. Mennyire voltál fizikailag szeretetteljes; hányszor értél hozzá a vállához, a nyakához? Mondtál-e valami kedveset neki: "Szervusz aranyom!", "Szia kedves!", "Szeretlek!"."

Nagyon érdekes, hogy ha megkérdezek valakit, hányszor volt gyengéd tegnap a párjához, általában azt mondják: "Talán kétszer-háromszor."

Ön hányszor volt? Nos, akárhányszor is, holnap legyen kétszer annyiszor. És figyelje meg a hatást. Ha három kedves dolgot mondott eddig napjában a párjának, ezentúl mondjon hatot. A párja először talán ezt fogja mondani: "Mért vagy ilyen kedves hozzám? Csak nincs valakid?". De egy idő múlva észlelni fogja, hogy a gyengédséget viszonozzák. És

azután Ön is viszonozza, és ezt a viszonzást is viszonozzák és - azt hiszem, ez az egyik keresett titok.

- *Köszönöm szépen.*

Klein Sándor

IRODALOM

Freeman, A. - DeWolf, R.: *Woulda, Coulda, Shoulda (Overcoming regrets, mistakes, and missed opportunities)*. Harper Perennial, New York, 1990.

A kézirat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. február 17.

KÖNYV

THOMAS KÖHLER: ABWEGE DER PSYCHOANALYSE-KRITIK. ZUR UNWISSENSCHAFTLICHKEIT DER ANTI FREUD LITERATUR

(Fischer, Frankfurt am Main, 1989)

A FREUD-REVÍZIÓ REVÍZIÓJA

Miként a kommunista pártok történetét, a történettudományt is "revizionista" hullámok lepik el időnként. A historikusok felfedezik vagy csak felfedezni vélik, hogy egy-egy esemény, korszak vagy személyiség hagyományos, széles körben elfogadott képe nem felel meg a valóságnak. Frissen felszínre került tények alapján vagy a régiek újraértelmezésével új hipotézist állítanak fel, amely hitük és meggyőződésük szerint közelebb áll a tényleges viszonyokhoz. Magyarországon talán a *Nemeskürty István* könyve nyomán kitört Mohács-vitát vagy akár a század eleji *Szekfű-Rákóczi-polémiát* hozhatjuk fel az efféle revizionista tudományos vihar példájaként. Németországban a Hitler-korszak rosszízű, a valóságosnál ártalmatlanabbá festő értelmezése váltott ki nagy felhördülést néhány évvel ezelőtt.

Az ilyen jellegű tudományos forrongás nem kerüli el a tudománytörténetet, s jelesül annak egyik részterületét, a pszichoanalízis történetét sem. Különösen Freud életét és felfedező tevékenységének históriáját próbálják komoly és kisebb fajsúlyú szerzők újra és újra elemezni, ami természetes is, hiszen a mélylélektan eddigi történetének csakugyan ez a legjelentősebb szakasza. Másrészt pedig a bécsi tudós működésének értelmezése óhatatlanul jelentős hatással van az általa létrehozott pszichoanalízisnek mint a szellemi élet legkülönbözőbb területeit befolyásoló személyiségelméletnek, kutatási módszernek és terápiának az értékelésére. A pszichoanalízis *történetének* kérdései önmagukban talán csak keveseket érintenek, a pszichoanalitikus lélektani iskola és gyógykezelés problémái azonban közvetve vagy közvetlenül jóval többeket. Amikor tehát a tudománytörténészek arról polemizálnak, hogy inkorrekt volt-e Freud 19-ben *Wagner-Jauregg* professzorral szemben, nem csupán egy historikus részkérdésről van szó abban az értelemben, ahogy azt az első pillantásra gondolni lehetne.

Az utóbbi egy-két évtizedben az elismerő sorok mellett sok kritikus munka is napvilágot látott Freudról és a pszichoanalízisről. *Thomas Köhler* pszichoanalitikus beállítottságú hamburgi orvos és pszichológus elérkezettnek látta az időt, hogy nekigyürkőzzék a visszacsapásnak. Könyve üdítően polémikus, időnként akár élesen - de nem ok nélkül - személyes hangú is. Köhler szükségesnek látta, hogy a tények tükrében felülvizsgálja: mennyire volt jogos újfajta, a korábbinál negatívabb arcképet festeni Freudról. Válasza lényegében elutasító, munkája a Freud-revízió revíziója.

Köhler *Freud-ellenes* és *Freuddal szemben kritikus* irodalmat különböztet meg. Az előbbitől lényegében elvitatja a tudományos tisztességet: úgy véli, hogy célja csupán Freud minél szélesebb körű és teljesebb megsemmisítése, s címzettje nem a tudományos közvélemény, hanem a többé-kevésbé tájékozatlan laikus közönség. Ezt szolgálja a bombasztikus és részben becsületbe gázoló címadás is (Eysenck: *Sigmund Freud: a pszichoanalízis hanyatlása és vége*, Eschenröder: *Ebben tévedett Freud*, Thornton: *Freud and cocaine. The Freudian fallacy* (Freud és a kokain. A freudi csapda), Zimmer: *Tiefenschwindel. Die endlose und beendbare Psychoanalyee* (az utóbbinak az első része magyarra lefordíthatatlan szójáték, második része A végtelen és a befejezhető pszichoanalízist jelent, amivel Zimmer Freud A véges és a végtelen analízis című művére utal)/.

Köhler azon a véleményen van - és tételeit szemléletes példákkal bizonyítja is -, hogy a Freud-ellenes irodalom művelői rosszul, esetleg szándékosan hamisan idéznek, ha Freud "megsemmisítéséről" van szó, kritikátlanul átveszik viszont a másik Freud-ellenes szerző kijelentéseit, ha úgy vélik, hogy üthetnek egyet a pszichoanalízisen és megalapítóján, esetleg ízléstelen és spekulatív módon Freud magánéletéből vett példákkal próbálják bizonyítani a bécsi tudós állítólagos tudományos becstelenségét. Ez alól az olyan, egyébként komoly tudós sem kivétel, mint Eysenck - Köhler a legdurvább példákat éppen az angliai behaviorista munkáiból idézi. Rágalom, hogy Freud mintegy kokain-mámorban alkotta meg a pszichoanalízist, ahogy Thornton véli, tévedés, hogy az általa kezeltek nem hisztériában, hanem temporális epilepsziában vagy - mint állítólag Anna O. - gümőkóros agyhártyagyulladásban szenvedtek, s nem igaz, hogy a bécsi tudós valaha is azt hangoztatta volna: ő fedezte fel a tudattalant egyáltalán - bizonyítja be az északnémet szerző.

Nem teljesen meggyőző Köhler, amikor a Freud-ellenes szerzők politikai elkötelezettségéről ír. Készségesen elhisszük neki - miként közismert és miként szemlélteti is -, hogy a pszichoanalízis szálka volt a szélsőséges konzervatív erők vagy különösen a nácik szemében. Sajnos, talán érezhető baloldali felfogása miatt - ami ellen önmagában természetesen nem emelhető kifogás -, szót sem ejt arról, hogy a mélylélektant marxista és kommunista oldalról is érték inkább a fentihez hasonlóan durva és tudománytalan, mint tudományos igényű támadások. Az sem minden további nélkül elfogadható, amit Eisenck fasiszta beállítottságáról állít. Efféle vélemények már évek óta felbukkannak, de az a tény, hogy a *Deutsche National-Zeitung* című, valóban náci irányzatú újság - talán a szerző beleegyezése nélkül - közölt Eisenck írásaiból, s ő nem határolta el magát nyilvánosan a publikációtól, még nem bizonyítéka Eysenck szélsőjobboldali gondolkodásmódjának.

Nem kevésbé izgalmas az sem, amit Köhler a Freuddal szemben kritikus, de nem rosszindulatúan elfogult irodalomról ír. A magyar olvasó számára különösen érdekes lehet, ahogy *Sulloway* Budapesten is megjelent és joggal feltűnést keltett *Freud, a lélek biológusa* című könyvét elemzi. Különösen Sulloway két tézisét vitatja: azt, hogy a pszichoanalízis korai recepciója barátságos és jóindulatú volt, továbbá, hogy Freud bizonyos témáival, mindenekelőtt a gyermekkori szexualitással széles körben foglalkozott a Freud előtti tudomány. Sulloway egyes, nagymértékben ellenséges recenziókat egyszerűen nem vett figyelembe, miként azt sem, hogy az infantilis szexualitást Freud előtt elfajulásnak és abnormálisnak, nem pedig - miként a bécsi tudós - mindenütt jelenlevőnek és alapjában természetesnek tartották. Mindazonáltal Köhler is elismeri Sulloway

bizonyos érdemeit, de alapvetően azon a véleményen van, hogy Sulloway állítása a pszichoanalitikus legendáiról maga is legenda. *Jones* és más Freud-követők hagyományos véleménye a pszichoanalízis ellenséges fogadtatásáról és az antiszemitizmus újabban ugyancsak kétségbe vont szerepéről talán élesen rajzolt, de találó, véli Köhler.

Ugyanilyen részletesen foglalkozik *Masson* könyvével (*Támadás az igazság ellen. A csábítási elmélet elfojtása Sigmund Freud által*). Ebben az amerikai kutató ismeretes módon azt írta, hogy Freud a közvélemény nyomására, konformizmusból, ha nem is e motívumok tudatos számbavétele nyomán, adta fel a csábítási elméletet, amit Masson nagy port felvert művében továbbra is helyesnek tart. Massonnak ezt az állítását - Sulloway vagy Ellenberger műveivel ellentétben - kezdettől széles körű elutasítás fogadta, s nem meglepő, ha a kritikusok táborához Köhler is csatlakozik.

A kötet két további fejezete a Wagner-Jauregg-bizottság működésével és a kis Hans kórtörténetével foglalkozik. 1920-ban Wagner-Jauregg professzort, a pszichiátria eddigi egyetlen Nobel-díjasát vizsgálóbizottság elé idézték, mert a háború idején elektromos árammal kezelt harctéri neurotikusokat. Freudot szakvélemény adására kérték fel. Néhány szerző, mindenekelőtt *Henry F. Ellenberger*, azzal vádolta Freudot, hogy rosszindulatúan viselkedett tudományos ellenfelével szemben. Köhler bebizonyítja, hogy a bécsi mester magatartása tisztességes és kiegyensúlyozott volt. A kis Hans esetét, Freud híres kórtörténetét, két behaviorista kutató, *J. Wolpe* és *S. Rachman* elemezte újra magatartáslélektani szempontból, Köhler ábrázolása szerint tévesen.

Néhány vonatkozást Köhler nem vagy csak igen röviden említ meg. Nem foglalkozik részletesen *Roazen Viktor Tausk*ról írt, minden szempontból elhibázott könyvével (*Testvérállat. S. Freud és Viktor Tausk*), amelyben az amerikai szerző azt fejtegeti: Freud a riválisnak érzett Tauskot öngyilkosságba hajszolta. A valóság jóval prózaibb: a szoknyavadász Tausk teherbe ejtett egy fiatal lányt, egykori betegét, s mivel az ilyesmit nős embertől, orvostól és k.u.k. katonatiszttől akkoriban nagyobb mértékben rossz néven vették, mint manapság, a férfi nem látott más kiutat. Ugyancsak kevés szó esik a *Gicklhorn*-házaspárnak a bécsi antiszemitizmust lekicsinylő könyvéről, amely kétségbe vonja a zsidóellenesség szerepét Freud pályafutásának hátráltatásában.

Köhler könyvét mindenkinek ismernie kell, aki Freud életével vagy akár a pszichoanalízissel kutatási igénnyel foglalkozik. Bizonyos, hogy némely pszichoanalitikus túloz, amikor minden, a pszichoanalízis felett gyakorolt, mégoly megalpozott és a tudományos normáknak megfelelő módon előadott bírálatban a freudi eszmékkel szembeni, érzelmi motivációjú ellenállást keres.

Aligha vonható azonban kétségbe, hogy létezett, létezik és létezni fog a mélylélektan emocionális indíttatású, torz és diffamáló hangú kritikája is. Jung már a pszichoanalízis történetének korai időszakában elterjesztette a pszichoanalízis megalapítójáról, hogy viszonya van sógornőjével, és az amerikai Allen Moses Starr azt híresztelte: a szexualitás túlbecsülése Freudnál a bécsi mester kicsapongó életmódjának következménye. Ez utóbbit manapság már aligha állítják az osztrák tudósról, de újra és újra felbukkannak más módon leleményes, de valóságtartalmukban a régiektől semmiben nem különböző állítások. Köhler könyve ezért marad aktuális minden bizonnyal még hosszú ideig.

Harmat Pál

CONTENTS

ORIGINAL STUDIES

Barkóczi, Ilona: Some recent results on spatial and temporal orientation in comparative psychology 3
Gerő, Zsuzsa: Some thoughts about the 'elaboration' concept as outlined by Ferenc Mérei 18
Nemes, Lívia: The psycho-analytical interpretation of Kosztolányi's novel "Édes Anna" 31
Commentary: *Bagdy, Emőke* 41
Kosztolányi, Dezső: A költő (The poet) 43
Klaniczay, Sára: Space and psyche 45
Vargha, András: Personality of married couples and marital compatibility 61
Geiger Ágota és Berghammer Rita: Investigations with family Rorschach test with obese children and their parents 99
Farkas András: Changes of reference points of political concepts in the course of the Hungarian political system change 107

REVIEW

Jenkins, Hugh: Familiy and other systems 134
Jenkins, Hugh: Using tasks in family therapy 144
Klein, Sándor: The Central-American challenge. Client-centered-group with political leaders 154

INTERVIEW

The secret of happyness. Conversation with Arthur Freeman about cognitive therapy and many other things. (*Klein Sándor*) 172

BOOKS

Thomas Köhler: Abwege der psychoanalyse kritik. Zur unwissenschaftlichkeit der anti Freud literatur. A Freud-revízió revíziója (*Harmat Pál*) 180

A kiadásért felelős az Akadémiai Kiadó és Nyomda Vállalat igazgatója
A nyomdai munkálatokat az Akadémiai Kiadó és Nyomda Vállalat végezte
Felelős vezető: Zöld Ferenc igazgató
Budapest, 1993. — Nyomdai táskaszám: 22070
Felelős szerkesztő: Kulcsár Zsuzsanna
Műszaki szerkesztő: Sándor István
Megjelent: 16,1 (A/5) ív terjedelemben
HU ISSN 0025 — 0279

KÖZLÉSI FELTÉTELEK

1. A Magyar Pszichológiai Szemle olyan kéziratokat fogad el közlésre, amelyek a pszichológia és határterületeinek tudományos kérdéseivel foglalkoznak. Ezen belül közöl eredeti kutatásokról szóló beszámolókat; témaösszefoglaló, magas szintű ismeretterjesztő, illetve továbbképzési célokat szolgáló tanulmányokat; didaktikusan feldolgozott esetelemzéseket; pszichológiatörténeti közleményeket; beszámolókat a hazai és nemzetközi pszichológiai intézmények munkásságáról; hozzászólásokat a pszichológia és általában a kulturális élet pszichológiai vonatkozású eseményeihez; szakmai szempontú könyv- és folyóirat ismertetéseket.

2. A kézirat terjedelme tanulmányok esetében általában nem haladhatja meg az egy szerzői ívet (egy ív 40 000 leütés; 20 oldal, oldalanként 28 sor, soronként 60 leütés). Beszámolók, recenziók esetében a terjedelem ne haladja meg a fél ívet. Amennyiben a téma kifejtése szükségessé teszi, a szerkesztőség hosszabb kéziratot is elfogad. A teljes kéziratot 3 példányban kell a szerkesztőségbe beküldeni. Az elfogadott cikkeket lehetőség szerint IBM kompatibilis számítógépen működő szövegszerkesztővel előállítva, szövegfile-ban (ASCII), mágneslemezen is kéri a szerkesztőség.

3. Az eredeti közlemények 25-50 soros magyar és angol nyelvű összefoglalását külön oldalon — 3-3 példányban — kell csatolni a közleményhez. A magyar nyelvű összefoglalás elé a tanulmány címét, a szerző(k) nevét, és a munkahely(ek) megnevezését kell írni. A közlemény szövege a magyar nyelvű összefoglaló folytatásaként a második oldalon kezdődjön. Az angol nyelvű kivonat a cikk végére kerül.

4. A szöveg közbeni dőlt betűs kiemeléseket egyszeri aláhúzással kérjük jelezni. Ha a szöveg egy részét kisebb betűtípussal kívánja szedetni, ezt ne sűrűn gépelt sorokkal, hanem a szöveg bal oldala mentén húzott vonallal és "sűrű szedéssel" szóval jelezze. A kézirat lapjait oldalanként folyamatosan, középen számozza arab számjegyekkel. Betoldás nem alkalmazható.

5. A lábjegyzeteket — helyüket a szövegben arab számokkal jelölve — külön lap(ok)on — ugyanazon számokkal megjelölve kérjük mellékelni.

6. A számozott és címmel ellátott ábrákat az első példányban csak eredeti rajzban — nem xerox másolatban — vagy lézernyomtatóval előállítva külön oldal(ak)on fogadjuk el. A közlemény szövegébe az ábrák számozott helyét kérjük bejelölni. Az ábrák és táblázatok szövegét külön lapon kérjük.

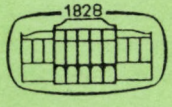
7. Az irodalmi hivatkozások esetében a szöveg közben vagy a szerző vezetékneve után zárójelben a megjelenés évszámát, vagy zárójelben a szerző vezetéknevét és vesszővel elválasztva a megjelenés évszámát kérjük feltüntetni. Ha azonos szerző(k)től ugyanabban az évben több tanulmányra hivatkozunk, akkor a közleményeket az évszám után írt a,b,c jelekkel kérjük megkülönböztetni — mind a szövegben, mind az irodalomjegyzékben.

8. Az irodalomjegyzék összeállítása ábécérendben történik. A tételek formája a következő legyen:
Folyóiratcikkek esetében: Endler, N. S., Edwards, J. M. (1986). Interactionism in personality in the twentieth century. *Journal of Personality and Individual Differences, 7*, 379-384.
Könyvek esetében: Endler, N. S., Magnusson, D. (1976,a). *Interactional psychology and personality*. Hemisphere, Washington.
Tanulmánygyűjtemények esetén: Von Bertalanffy, L. (1952). Theoretical models in biology and psychology. In: Krech, D., Klein, G. S. (eds), *Theoretical models and personality theory*. Duke University Press, Durnham.

9. A szerző vállalja, hogy a korrektúrát javítva, postafordultával visszaküldi a szerkesztőségbe.

10. A szerkesztőség kéziratot nem őriz meg, és nem küld vissza.

Ára: 282,- Ft áfával



AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST

Magyar Pszichológiai Szemle

1993-10-29.

1992
1993 / 3-4

AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST

MAGYAR PSZICHOLÓGIAI SZEMLE

Hungarian Journal of Psychology

A MAGYAR PSZICHOLÓGIAI TÁRSASÁG FOLYÓIRATA

XLVIII-XLIX. kötet Új sorozat 32-33. 1992-93/3-4. szám

Szerkesztőbizottság:

ANTALOVITS MIKLÓS, BAGDY EMŐKE, BARKÓCZI ILONA, BUGÁN ANTAL, CZIGLER ISTVÁN, HUNYADY GYÖRGY, KALMÁR MAGDA, KLEIN SÁNDOR, KULCSÁR ZSUZSANNA (elnök), MÜNNICH IVÁN, TORMA KÁLMÁN, VÁRINÉ SZILÁGYI IBOLYA, VIKÁR GYÖRGY

Szerkesztőség:

KULCSÁR ZSUZSANNA (mb. főszerkesztő), FARAGÓ KLÁRA (mb. főszerkesztőhelyettes), NAGY JÁNOS és RÓZSA SÁNDOR (szerkesztőségi titkárok)
1064 Budapest, Izabella u. 46. I. em. 130. Telefon: 1-423-130.

Rovatvezetők:

BAGDY EMŐKE, FARAGÓ KLÁRA, FELVINCZI KATALIN, GERVAI JUDIT, KOVÁCS ZOLTÁN, KÓSA ÉVA, KULCSÁR ZSUZSANNA, LÁNYINÉ ENGELMAYER ÁGNES, PLÉH CSABA, VARGHA ANDRÁS

Akadémiai Kiadó
1117 Budapest, Prielle Kornélia u. 19-35. Telefon: 181-2134.

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR), 1900 Budapest XIII. Lehel u. 10/A, közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a Postabank Rt. 219-98636, 021-02799 pénzforgalmi jelzőszámra. Példányonként megvásárolható az Akadémiai Kiadó "Stúdium" (Budapest, V. Váci u. 22.) és "Magiszter" (Budapest, V. Városház u. 1.) könyvesboltjaiban.
Külföldön terjeszti a KULTURA Külkereskedelmi Vállalat (H-1389 Budapest, Pf. 149.)

A tanulmányok közlési feltételeit lásd. a borító 3. oldalán.

TARTALOMJEGYZÉK

TANULMÁNYOK

Kállai János és *Sörédi Pál:* Félelem és pánik 187
Túry Ferenc és *Wildmann Márta:* Integratív terápiás megközelítés a táplálkozási viselkedés zavarainak kezelésében - egyéves tapasztalataink 213
Varga Katalin: A "kreatív imaginációs skála" magyar változatának ismertetése és hazai alkalmazásának kezdeti tapasztalatai 236
Sarkady Kamilla és *Zsoldos Márta:* Koncepcionális kérdések a tanulási zavar fogalom körül 259
Kulcsár Zsuzsanna: Gyermekkori hiperaktivitás
I. Korai értelmezések, leíró jellemzők, genetikai vonatkozások 270
II. Lateralitás, nemi vonatkozások és vesztibuláris kompenzáció 292
Berghammer Rita: Érzelmek kifejezésének vizsgálata iskoláskorú gyermekeknél motivációs szempontok alapján 322
Endresz Hajna: Magyar népmesék negatív nőalakjairól 337

SZEMLE

Kiss György: Magyar pszichológiai műhelyek a II. világháború után (1945-1950) 349

INTERJÚ

Szenzáció-keresők. Beszélgetés Marvin Zuckermannal a vállalkozók, az iskolások, a dolgozók, a sportolók és a házasemberek kockázatvállalásáról (*Klein Sándor*) 358

CONTENTS 362

TANULMÁNYOK

FÉLELEM ÉS PÁNIK

KÁLLAI JÁNOS és SÖRÉDI PÁL

Pécsi Orvostudományi Egyetem
Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika

A tanulmány a félelem és a pánik kutatásának klinikai szempontból fontos tudományos megállapításait tekinti át. A köznyelvi szóhasználaton, a félelem sokszínűségét bemutató anekdotákon, a kognitív és a neurobiológiai teóriák áttekintésén át bepillantunk a téma kutatásának történetébe, megkíséreljük bemutatni jelenlegi helyzetét. A bemutatás mindezek mellett nem tartalmaz világos konklúziókat és egyértelmű terápiás javaslatokat, csupán egy rejtett utalást arra nézve, hogy a kétségtelenül nagy hatású empirikus biológiai kutatásokból származó tényanyag a félelem és a pánik állapotok leírásának egyik lehetséges vonulatát jelenti. Az összegyűjtött tények és teóriák, a maguk közvetlen sugalmazó erejével próbálnak segíteni annak eldöntésében, hogy a félelem és a pánik jelenségvilágának megítélésében a pszichológiai vagy a biológiai megközelítések fontosabbak-e. A magunk részéről a 100-100% mellett tesszük le a voksot.

Bevezetés

Az elmúlt évtizedekben a központi idegrendszer működésével foglalkozó bioelektromos és biokémiai kutatások óriási tényanyagot halmoztak fel az emóciókról és az emberi viselkedésről. Mindemellett a tényekre építő integráló oki elméletek kritikusan feltárták a különböző működési szintek közötti disszociációk gyakori előfordulását is (P. Lang és mtsai, 1972). A főleg fiziológiai és leíró viselkedési információs bázisra építő kutatók a disszociációk okainak magyarázatára kénytelenek voltak átlépni a pszichológia birodalmába, hogy egységes lelki tartalmakat keresve rendszerezhessék a rendelkezésre álló információkat. Ez időben alkotta meg P. Lang nagy jelentőségű modelljét, "az emóciók hármas rendszerét" (1968, 1972, 1978), amelynek zavarba ejtő következményeként látnunk kellett, hogy míg ez idáig magabiztosan tudtuk, hogy a félelem mint emóció egységes, jól definiálható

élményként van jelen mindennapi életünkben és a hétköznapok törvényszerűségeit vizsgáló kutatásokban, Lang elmélete után azt kell mondanunk: nem biztos, hogy félünk, amikor félünk.

Lang szerint a félelem három (viselkedéses, vegetatív és kognitív), egymással együttműködő, de egymástól nem elválaszthatatlan, disszociáltan is hatékonyan funkcionáló elemből épül fel. Példát véve: háborús körülmények között a bátortalan katonák - annak ellenére, hogy mindennapi civil környezetük soha nem állította ezt róluk - igen könnyen megkapják sorstársaiktól és feletteseiktől a félős minősítést csupán azért, mert látható rajtuk a harci bátorság hiánya, noha maguk igazából nem éreznek olyan erős félelmet, mint a harcban élen járó, kockázatot vállaló társaik. Rachman (1978) véleménye szerint a félelem ellenpólusa, a bátorság, a következőképpen fogalmazható meg: "bátornak nevezhető az a személy, aki hajlandó és képes megközelíteni a félelmet kiváltó szituációt szubjektív félelemérzés és pszichofiziológiai zavarok jelenléte ellenére" (114. o.). A bátorság átélése kellemes élmény, szociálisan magasan értékelt személyiségvonás. Általában nagyra értékeljük a repülősök, hegymászók, bányamentők, a hegyi mentőszolgálat munkáját. Gyakran mondjuk róluk, hogy az átlagnál nagyobb akaraterővel rendelkeznek, kitartóak, szívósak, rendkívül erős közöttük az összefogás. Önmagukról szóló vallomások, baráti beszélgetések közben gyakran hallottunk az alábbihoz hasonló nyilatkozatokat: "Tudod, nagyon szeretek szabad elhatározásból mozogni. A hegymászásban az a csodálatos, hogy eljuthatsz olyan helyekre, ahol még senki nem járt. Olyan élményeknek lehetsz részese, amelyeket csak kevesen tapasztaltak. A hegyekben a természet szépségei, a naplemente vagy a hófúvás előli menekülés felejthetetlen. Ugyanakkor az embernek teljesen uralnia kell saját testét, nagyon kell minden mozdulatára koncentrálnia, mert az élete függ tőle, de mégis egy-egy mozdulat vagy lépés kimondhatatlan örömet okoz." A félelem és a bátorság együttes jelenlétét tapasztalhatjuk az önvallomásokban. De van valami nagyszerű és felemelő a szociális értékeken túl is, amely a beszélgetések közben el szokott hangzani, ami még inkább fokozza a bátorság élményét. A kontroll képessége, amely a legapróbb mozdulatokig hatóan a biztonság létrehozásának képességét, a félelem legyőzésének örömét foglalja magában.

Ha egy ejtőernyőst az ugrás előtti percekben, ugrásra való várakozás közben érzéseiről kérdezünk, megtudhatjuk, hogy nem érzi magát relaxált, kellemes állapotban, sőt úgy tűnik, hogy kemény küzdelmet folytat azért, hogy uralni tudja menekülésre kész lábait. Vegetatív állapota olyan, mint egy menekülő emberé, mégis a győzelem élményével veti magát a mélybe. A félelem élménye alapján tehát nem lehet mindig pontosan megjósolni, hogy mit tesz majd az ember, ha találkozik a félelmet kiváltó szituációval.

Felvethetünk egy újabb kérdést is, amely tovább nehezíti a félelem fogalom tudományos tartalmának megértését. Pánikot keltő szerencsétlenségekről, tűzesetekről, háborús bombázásokról szóló közvetlen beszámolók, egészségügyi mentőalakulatok hőstettei alapján tudjuk, hogy a félelmet mobilizáló helyzetekre az emberek igen eltérő módon reagálnak (Rachman, 1978). Az emberek egyik csoportjánál az intenzív félelmet kiváltó helyzettel való találkozás traumatikus hatású,

növeli a félelmet és a félénkséget, más embereknél viszont hasonló élmény hatására a félénkség csökkenése, a bátorság fokozódása tapasztalható. Az említett sajátos fiziológiai állapotok kognitív interpretációjából származó individuális különbségek, a fiziológiai állapotokhoz kapcsolódó élmények áthangolódásának lehetősége az emóciók keletkezésének sajátos formáit mutatják. A mindennapi élet apróbb és tragikusabb eseményei arról győznek meg bennünket, hogy az ember számos esetben kognitív lehetőségeit mozgósítva felülemelkedik korábban beépült félelmeken, aggodalmakon; mintegy szerszámként bánva pszichofiziológiai apparátusával arra törekszik, hogy elgondolásai szerint kiépítse, megszerkessze a személyiségéhez leginkább illeszkedő viselkedésmódokat.

Bonaparte Napóleon bátorságáról és félelmeiről számos anekdota szól. Ezek egyike szerint Napóleon fiatal hadnagy volt, amikor egy ütközet alkalmával tábornoka így szólt hozzá: "Bonaparte hadnagy, ön úgy fél, hogy keze-lába reszket." "Tábornok úr - szólt a későbbi császár válasza -, ha ön úgy félne, mint én, már régen elszaladt volna." Az anekdotákon és szubjektív beszámolókon túl a viselkedés, a vegetatív reakciók és a kognitív állásfoglalások esetenkénti disszociációjára számos kísérleti adatra támaszkodó példát láthatunk Schachter és Singer (1962), valamint Valins (1970) munkáiban.

A vegetatív állapot, az esetleges heves szívritmus, a reszketés, megemelkedett vérnyomás, a szapora légzés egy komplex reakció-együttes része. Adrenalin injekció hatására ugyanúgy megjelenhet, mint fizikai erőfeszítés vagy pszichológiai stressz következményeként. Egy adott fiziológiai reakció hatását mind a személy szándéka, mind szociális környezetének véleménye, mind pedig saját sematikus interpretációs szokásai befolyásolják. A félelem ebből következően individuális élménynek tekinthető, melynek tartalmát az egyén személyiségfejlődése során szerzett tapasztalatai határozzák meg. Felvetődik tehát a kédés: mi legyen az az etalon, amellyel a félelmet mint individuális emóciót a működési szintek disszociációja ellenére mérni tudjuk. A szituáció, amelyben megjelenik? A fiziológiai változás, amely megmutatkozik? A tett, amely megtörténik? A gondolat, az érzés, melyek megfogalmazódnak? Vagy valamennyi együttese úgy, ahogy ez a reális életkörülmények között tapasztalható?

Sorolhatnánk még az ellentmondásos példákat és a megoldásra váró problémákat. Válaszolni ez esetben azonban nehezebb, mint kérdéseket feltenni. A felvetett kérdésekre a válasz módszertani szempontból nagyon magas követelményeket állít a kutatók elé. Az új helyzet - a több egyidejű és nehezen definiálható változó vizsgálata által támasztott követelmények - hatására a kutatók egy jelentős csoportjának az érdeklődése (látszólagos kitérő után) a kognitív szint empirikus vizsgálata felé fordult. Ezek a munkák - szándékuk ellenére, akaratlanul is - megerősítették a lelki élmények komplex rendezésére kiválóan alkalmas pszichodinamikus koncepció klinikai és kutatási pozícióit, s így a szorongás, a félelem élménye, a verbális tartalmak, az álmok és azok fiziológiai és viselkedéses hatásai módszeres tudományos vizsgálatok forrásaivá lettek. Aaron T. Beck (1976) - aki maga is egy ideig pszichoanalízissel foglalkozott - szinte a Menninger Klinika által beindított kognitív forradalommal párhuzamosan, a freudi álomkoncepció empirikus vizsgálata

közben bukkant rá azokra a kognitív terápiás alapelemekre, amelyek alapján a szorongásos betegség kialakulásának új megközelítési formája konceptualizálódott.

Beck a szorongásos betegségeket nem a test vagy a lélek, hanem a szellem, a kognitív rendszer zavarának tekintette. A félelem és a szorongás kognitív terápiás megközelítése az elmúlt években folyamatosan gazdagodott a viselkedés és a fiziológiai szabályozás zavarát rendezni hivatott viselkedésterápiás és biofeedback tapasztalatokkal. A kognitív viselkedésterápiás koncepció közös nevezője az a tény, hogy az absztrakt elemekkel, mentális műveletekkel zajló tevékenység nem más, mint egyfajta abortív viselkedés, kognitív műveletek sora, melyek kialakulását és patológiáját tanulási törvények irányítják.

A félelem vizsgálatának fentiekben bemutatott vázlatos tudománytörténeti áttekintése már utal arra, hogy a jelen tanulmány keretei között - vállalva az egyoldalúság esetleges látszatát, ugyanakkor a konceptuális elkötelezettséget is - a félelmi állapotok, pontosabban a pánik és az agorafóbiás állapotok kialakulását kognitív és neurobiológiai oldalról fogjuk megközelíteni. Előrevetítve későbbi mondandónkat, meg kell említenünk, hogy a továbbiakban bemutatandó tényanyag nem teszi lehetővé az említett nyomvonal feltétel nélküli követését.

Történelmi és nyelvi emlékek

A félelem és a szorongás általános emberi emóciók, amelyek között különbséget tesz, hogy míg az előbbit egy külső, azonosítható tárgy, személy vagy helyzet váltja ki, addig az utóbbit valamilyen közelebbről meg nem határozható fenyegető veszélyérzet okozza. A közöttük levő határ azonban némelykor annyira elmosódik, hogy nem könnyű az elkülönítésük. Ezen emóciók következményei széles skálán jelennek meg, amely a veszélyérzetre adott adekvát választól a mélyreható és a normális életvitelt lehetetlenné tevő pszichiátriai kórképekig terjed. A félelmet kiváltó helyzetek részei mindennapi életünknek. Kihívások, amelyek közepette kell lelki és testi szabályozó mechanizmusainknak belső környezetünk állandóságát fenntartani. Egészséges emberben is félelmet kelthet, illetve szorongást válthat ki egy nekirontó ugató kutya, a közelgő vizsga, az állásvesztés vagy csődbe jutás lehetősége, a megromlott házasság vagy a bizonytalan jövő. A félelem kiváltotta reakciók még nyilvánvalóbban mutatkoznak meg szélsőséges élethelyzetekben, háborús és katasztrófa körülmények között. Erre vonatkozóan ősi leírást olvashatunk a Bibliában, amelynek idézett része az izraeliták és a midianiták harcáról szól Gedeon idején (i. e. 1150 körül). Gedeon egy éjszaka embereivel körülvette az ellenség jóval nagyob létszámú táborát. "Katonái kezébe harsonát és üres korsót, s a korsókba fáklyát adott ... az éjféli őrváltás kezdetén, amikor az őröket váltották. Megfújták a harsonát és összetörték a korsót, ami a kezükben volt. ... Bal kezükben a fáklyát tartották, jobb kezükben pedig a harsonát, amelyet fújtak. Közben ezt kiáltották: »Az úrért és Gedeonért!« ... Az egész tábor felriadt, kiáltozni kezdett és a midianiták félelmük miatt futásnak eredtek" (Bírák könyve 7, 1622; A Biblia, Szent István Társulat, Budapest 1973, 256. o.).

A pánik szó az ógörög nyelvben jelent meg. Nincs héber vagy latin megfelelője. A szóról fennmaradt egyik korai nyelvemlék az első században élt görög történetíró, Plutarkhosz művében található. A Caesar és Pompeius seregei közötti csata leírásánál használja azt a kifejezést, hogy az ellenség között pánik tört ki. A (to panikon) szó jelentése félelem, rémület, amelyet Pán keltett: páni félelem. Pán az ógörög hitvilágban a nyájak, pásztorok, hegyek és a vad élet istene, aki kedveli a tobzódást, vad orgiákat, és akiről azt tartották, hogy rekedtes, durva hangja van. A marathoni csata (i. e. 490) után a görögök az ő rémisztő hangjának tulajdonították a perzsák megfutamodását, és ettől kezdve az Akropoliszon is tisztelték. Pánnak tulajdonították a hegyekben és völgyekben éjszaka hallatszó, rémületet keltő hangokat is. Azt tartották: ezzel kelt félelmet a könnyelmű utazókban, akik ilyenkor haladnak át az erdős hegyvidékeken. Tehát ez a szó ősidőktől fogva egyaránt jelöl egy nagyobb embercsoportban bekövetkező eseményt (menekülő, szétzilált hadsereg), valamint az egyénben ébredő félelmi állapotot.

A pánik megnevezés a legtöbb európai nyelvben megtalálható. Jelentése magába foglalja a hirtelen kezdetet (amint az éjszakai hang hirtelen megrémiszt), valamint egyfajta érzelmi állapotot, amely azonban nem passzív, hanem cselekvő reakció. A magyar nyelvben a megkülönböztetés nem ilyen szembetűnő, az angolban azonban a "to panic" szó aktív ige, szemben több más, szintén a félelemmel kapcsolatos szóval, amelyek passzív szerkezetben használatosak, pl. "to be afraid of", "to be scared of". Ez a cselekvés lehet nyílt, például menekülés, és lehet rejtett, amikor a teljes lelki bénultságban célszerű cselekvés ugyan nincs, a szervezet azonban mégis "csinál" valamit, azaz aktív pszichofiziológiai folyamatok zajlanak.

Mozaikok a kutatás történetéből

Freud öröksége

A gyökerek Sigmund Freud 1924-ben megjelent tanulmányáig nyúlnak vissza, amelyben leírja a szorongásos neurózist mint diagnosztikai kategóriát, amely aztán a pszichiátriai klasszifikáció stabil eleme maradt az 1980-as évek elejéig. A szorongásos neurózis jellemzői az izgatottság, ingerlékenység, auditoros hiperszenzibilitás és a szorongó várakozás. A szorongó várakozást a kórkép magszimptómájának tartották, amelyre a szabadon lebegő szorongás kifejezést is használták. Ez a szorongás állandóan ott settenkedik a háttérben, és hirtelen tör be a tudatba, így provokálva akut szorongásos rohamot. Esetenként krónikussá válhat. A szorongás roham szívműködésbeli és légzési rendellenességből, verítékezési rohamból és szédülésből áll. Freud világos leírása lényegileg nem különbözik a DSM-III (1980) által megadott pánikroham definíciótól.

Freud korai tétele szerint a szorongásos neurózist elfojtás hozza létre, amelynek hátterében a szexuális életben elszenvedett frusztráció, a nemi energia pangása, ki nem elégülése húzódhat meg. A szorongásos neurózist Freud később az ún. "aktuálneurózisok" közé sorolta. Ezzel azt kívánta jelezni, hogy nem a

személyiségfejlődés zavaráról, hanem a lelki apparátus pillanatnyi megterheléséről van szó. A pszichikumnak le kell vezetnie a feszültséget, és az egyensúly helyreállásának zavara a szorongásos tünetképződésben nyilvánul meg. Érdekes, hogy korai munkáiban a fóbiákat - különösen az agorafóbiát - a szorongásos rohamok egyik következményeként említi. Úgy látta, hogy az agorafóbiást gyakran kínozza egy-egy szorongásos roham emléke, szinte folyamatosan hasonló roham bekövetkezésétől retteg, ezért fél olyan speciális környezetben, amelyből - úgy gondolja - roham esetén nem lesz képes kimenekülni.

A szorongásos neurózis fogalma elfogadottá vált a pszichiátriában. Freud és más kutatók a tudattalan szférában zajló mélylélektani folyamatok megértésére helyezték a hangsúlyt, és nem szenteltek nagyobb figyelmet a szorongásos rohamok perifériás manifesztációinak. Az a néhány szerző, aki már ez időben használta a pánik kifejezést, Freudhoz hasonlóan hangsúlyozta a szorongásos roham vulkánszerűen robbanó jellgét. Deithelm (1934) ezt a definíciót adja: maximális félelmi állapot, amelyet a tartós feszültség és a biztonságérzet hiánya okoz. A pánikkal kísért félelmi állapotot két forrás táplálja: egyrészt egy érzelmileg hangsúlyos gondolat elnyomása (düh, agresszió kifejezése egy, az ént mélyen érintő konfliktust tartalmazó kapcsolatban közel álló személlyel szemben, szexuális kihívások iránti felfokozott válaszkészség); másrészt az ebből adódó belső konfliktus áthelyezése külső tárgyra vagy tárgyakra. Mindkét forrás meg van fosztva kognitív elemeitől, a belsőleg átélt diffúz veszélyérzet külsőként jelenik meg, amellyel szemben már más szinten ugyan, de van védekezési lehetőség (Fenichel, 1945).

Donald Klein

Jelentős továbblépést jelentett Klein 1962-es közleménye, majd több évtizedes munkássága. Ő a szorongásos roham helyett a mára már polgárjogot nyert "pánikroham" kifejezést használta. Megfordítva Freud logikáját azt állította, hogy az akut pánikrohamok spontán jelennek meg, mint derült égből a villámcsapás, gyakran egészen nyugodtnak látszó emberen, hétköznapi, veszélytelen helyzetben. A rohamokat hirtelen és spontán növekedő erejű vegetatív tünetek és szubjektív félelemérzet jellemzik. Lezajlásuk a legtöbb esetben 10-30 percig tart, azután visszatér a különböző funkciók alapszintje.

Több ilyen extrémen kellemetlen esemény után a pánikrohamok között kifejlődik a másodlagos anticipációs szorongás, amely Klein elméletében a fentebb már említett "szabadon lebegő" szorongással azonos. Az ilyen beteg aggódik, hogy újabb rohama lesz. Ahelyett, hogy a roham után teljesen oldódna a félelmi állapot, krónikus szorongás marad vissza, amely elővételezi az újabb rohamot. A fóbiás elkerülő magatartást harmadlagos fejlődés eredményének tartja. Mivel az egyén fél az újabb pánikrohamoktól, elkerüli azokat a helyzeteket, amelyekben korábban volt már rohama. Attól tart ugyanis, hogy az adott helyzetekben megismétlődhet a rohama, és ott nem számíthat segítségre. Így jön létre az agorafóbiás elkerülő magatartás. Azt is

feltételezte, hogy a pánikrohamok eredetében szerepe van a gyermekkori szeparációs szorongásnak. Agorafóbiás betegei 50%-ánál mutatta ezt ki.

Általános diagnosztikai kritériumok (DSM-III)

A szorongásos kórképek jelenleg elfogadott felosztása az Amerikai Pszichiátriai Társaság 1980-ban megjelent Diagnostic and Statistical Manual - III (DSM-III) című kiadványának felfogását követi.

A pánik szindróma jól körülírt diagnosztikai kategóriaként szerepel. Alapvető jellemzője a gyakori pánikrohamok jelenléte (4 hét alatt legalább 4), valamint az, hogy a rohamok előre be nem jósolhatóak. A rohamra jellemző a hirtelen fellépő intenzív félelem, rettegés, amelyhez gyakran kapcsolódik a "küszöbön álló végzet" érzése. A leggyakoribb szimptómák: diszpnoe, palpitáció, mellkasi diszkomfort vagy fájdalom, fulladás, fojtogató érzés a torokban, szédülés, bizonytalan járás, deperszonalizáció, derealizáció, paraesztéziák, meleg és hideg hullámok, verítékezés, gyengeség, remegés, reszketés, félelem az önkontroll elvesztésétől, a megőrüléstől és a haláltól. A roham percekig, ritkábban órákig tart. Ha a pániktól szenvedő a rohamok következtében különböző helyzetekkel szemben elkerülő magatartást vesz fel, az "agorafóbia pánikrohamokkal" diagnózist kell alkalmazni. A DSM-III kizárja a pánik szindróma megnevezést abban az esetben, amennyiben hasonló roham erős fizikai terhelés vagy életet veszélyeztető szituáció során jött létre. Szintén kizárandó a major depresszió, a skizofrénia és a szomatizációs zavarok esetében.

Fontosnak tartjuk röviden idézni a DSM-III-ra épülő agorafóbia diagnosztikai kritériumait, annál is inkább, mert az agorafóbia, illetve a pánik szindróma agorafóbiával fő tüneteinek listáját szeretnénk kiegészíteni néhány olyan szimptómával, amelyek ismertek ugyan, de az agorafóbia diagnózisában nem kapnak elég súlyt. Először nézzük az agorafóbia típusos szimptómáit.

Az agorafóbia kritériumai a DSM-III szerint

(a) Az erős félelem miatt kerüli, hogy egyedül maradjon vagy nyilvános helyre menjen, ahonnan nehéz lenne elmenekülni, vagy ahol segítségre nem számíthat, ha hirtelen valami baj történne vele, pl. tömegben, alagútban, hídon, tömegközlekedési eszközön.
(b) A normális aktivitás fokozódó beszűkülése.
(c) Nem vezethető vissza depressziós, kényszeres, paranoid, skizoform kórképekre.

A pánik szindróma agorafóbiával atípusos szimptómái: a rejtett tünetcsoport

(a) Fokozott kellemetlenség érzések, erős fényhatásokra, csillogó, mozgó tárgyakra, erős, de diffúz hangokra (zúgás, morajlás, csörgés), fájdalom ingerekre.
(b) Az intenzív pozitív vagy negatív emócióktól való félelem.
(c) Szenzoros túlingerlés elől önkéntes szenzoros depriváció ba menekülés.
(d) Új helyzetekben lassú fiziológiás alkalmazkodás.

(e) Zavar és félelem váratlanul megjelenő gyors mozgás látványára, passzív mozgás indítás és gátlás hatására.
(f) Járás- és mozgáskoordinációs zavarok.
(g) Fizikai támaszt kereső lokomóció.
(h) Érdektelenség, a környezetből visszavont figyelem.
(i) Térben és időben való viszonylagos tájékozatlanság.

A másodlagos tünetek három kategóriába sorolhatók, ezek típusos agorafóbiás jellegzetességekre utalnak, amelyek ismerete a gyógyszeres és a pszichoterápiás kezelés tervezésénél jelentős.

I. Gyenge szenzoros arousal kontroll (Levinson, 1989, 1986).
II. Vesztibuláris diszfunkció (Levinson, 1989; Pollard, 1990).
III. Kognitív térkép megszerkesztésének zavara (Jacobs és Nadel, 1985; Kállai és Molnár, 1991).

A pánik szindróma koncepcióját sok kritika érte. Eltekintve az agorafóbiával való nyilvánvaló kapcsolattól, a pánikrohamok különböző egyéb állapotokban is fellépnek: kényszerbetegség, szimplex és szociális fóbia, hipochondriás zavar, alkoholizmus, skizofrénia és depresszió során. Úgy tűnik, hogy a pánikroham a pánik részét képező tünetcsoport, egy általános pszichiátriai vulnerabilitás egyik faktora, amelyben a pánik tünetek diagnosztikai kategóriáktól függetlenül azonos mintázatban, de diagnosztikai kategóriánként eltérő tüneti frekvenciával jelennek meg (Marks, 1987; Kállai és mtsai, 1992).

1987-ben jelent meg a DSM-III felülvizsgált kiadása, a DSM-III-R, amely néhány változást vezetett be az agorafóbia és a pánik szindróma kategóriákban, megerősítve azt az álláspontot, miszerint az agorafóbia a pánikbetegségből fejlődik ki, s így az esetek többségében következményes állapotnak tekinthető.

A pánikroham nem kötődik kizárólagosan a pánik szindróma diagnózishoz. Egyszerű fóbiák esetén a betegnek a fóbiás ingerrel való találkozása is kiválthat szorongási rohamot, amely az enyhe diszkomfort érzéstől a teljes pánikig terjedhet. A fóbiaképződés "eltolási" folyamatnak tekinthető, amelyben a beteg szorongásos érzéseit valódi tárgyakról egy olyan tárgyra helyezi át, amelyet el tud kerülni. Mivel azonban a fóbiák nem bizonyulnak hatékony elhárító viselkedésnek, hatókörükben, erősségükben és számukban fokozódásra hajlamosak.

A pánikroham ezen rövid leíró ismertetése után vizsgáljuk a fóbiákat a továbbiakban más oldalról is. A pánikrohamok ugyanis nem spontán események abban az értelemben, hogy ne lennének összefüggésbe hozhatók valamilyen kiváltó ingerrel (Margraf és mtsai, 1989). Meg kell tehát vizsgálnunk a külső és a belső félelmet kiváltó helyzetek, valamint a szervezetben lezajló fiziológiai és pszichés folyamatok természetét. Több modell is rendelkezésünkre áll a pánikban lezajló folyamatok leírásához. Ezek közül a kognitív, a pszichofiziológiai és a neurobiológiai megközelítést szeretnénk röviden ismertetni.

A kognitív modellek

A kognitív elmélet alapgondolata szerint a rohamok bizonyos testi érzetek, élmények katasztrófaként való félreértelmezéséből származnak. Ezek az érzetek részint olyanok, amelyeket a normál szorongásos reakciók is magukba foglalnak, pl. palpitáció, légzéskimaradás, izgatottság, szédülés. A katasztrófaként való félreértelmezés azt jelenti, hogy az egyén ezeket az érzeteket a valósnál sokkal veszélyesebbnek, egy küszöbön álló katasztrófa előjelének értékeli, pl. a palpitációt mint a szívroham előjelét; a légzéskimaradást mint a fulladásos halál előjelét; a remegést, reszketést mint a hamarosan fellépő kontrollvesztés veszélyét. A roham létrejöttét pozitív visszacsatoláson alapuló körfolyamat eredményének tartják. Ennek a körfolyamatnak az elemei: a testi tünetek, ezek érzékelése, a társuló kognitív folyamatok, végül az adott reakciók. A külső vagy belső ingerek és az ezekhez asszociált fenyegető katasztrófa érzése a pánik kifejlődésének nélkülözhetetlen elemei.

1. táblázat. A kognitív modell vázlata. (Margraf és Ehlers, 1989, 207. o.)

Külső Belső ingerek	Testi és kognitív változások	—	Veszély percepció	— Szorongás asszociáció	—	Pánik
	egyéni hajlam			környezeti faktorok		

A fiziológiai vagy kognitív változások különböző okok, pl. fizikai megerőltetés, drogbevitel (koffein), szituációs faktorok (hőség), hirtelen felállás ülő helyzetből (szédülés), emocionális reakciók (düh, szorongás) és gondolatok, képzetek következtében jönnek létre. Egy agorafóbiás számára lehet kiváltó környezet pl. áruház, ahol korábban volt pánikrohama. Azon helyszínek elemzése, ahol a pánikrohamok bekövetkeznek, olyan típusos szituáció csoportot mutat, amelyek közös jellemzője, hogy ezekből veszély esetén nehéz menekülni, illetve nem számíthat segítségre a pánikbeteg. Ilyen helyzet lehet az autóvezetés vagy sorbanállás egy zsúfolt helyiségben. Ezen külső vagy belső tényezők következtében megváltozik a testi érzékelés. Ez azonban nem mindig jelent valós fiziológiai változásokat. Valaki lefekvés után úgy érezheti: szívverése felgyorsult, pedig valójában az történik, hogy a nyugalmi testhelyzet és a nappali élet ingereinek kikapcsolódása miatt figyelme jobban képes szívműködésére koncentrálni, az érzékelt testi vagy kognitív változásokhoz veszélyérzet asszociálódik. Tudnunk kell azonban, hogy sok kognitív folyamat nem tudatos. A visszatérő pánikrohamoktól szenvedő emberekben a veszélyérzettel való asszociáció, azaz a tünetek katasztrófaszerű félreértelmezése valószínűleg olyan gyors és automatikus, hogy az illető nem is lehet a lezajló folyamatok tudatában. Ez az

asszociáció változatos mechanizmusok széles skáláján történhet, az interoceptív kondicionálástól a tudatos értékelésig.

A pozitív visszacsatoláson alapuló folyamat beindulhat ezen a ponton megelőző testi tünetek nélkül is, amennyiben a környezeti tényezők valamelyik eleme fenyegető veszedelemként értékelődik. Példaként: szimplex fóbiáson roham törhet ki, amikor félelme tárgyával találkozik. A veszélyérzetre a beteg szorongással válaszol, amely további fiziológiai változásokhoz, testi érzetekhez és/vagy kognitív tünetekhez vezet. Ezeket a tüneteket is érzékeli, veszéllyel asszociálja, így a szorongás fokozódik. Ez a pozitív visszacsatolás pánikrohammá fokozza a szorongást. A pánikrohamot nem tarthatjuk azonban minden vagy semmi válasznak, ezt a tünetek súlyossági foka alapján kell eldöntenünk.

Egyidejűleg egy negatív visszacsatolási folyamat is beindul, amely a pozitív feedback ellen hat. Ez a mechanizmus is befolyásolja a folyamat minden elemét, és a szorongás csökkenéséhez vezet. A negatív feedback azonban jóval lassúbb folyamat, ezért a pánikroham igen gyorsan alakul ki, oldódáshoz azonban jóval hosszabb idő szükséges. A negatív feedbackben szereplő mechanizmusok a habituáció és az elkerülés, amelyek csökkentik a fiziológiai reakciók erősségét. Egy másik lehetőség, hogy a beteg felismeri: palpitációjának nincs katasztrofális következménye, így megváltozik a tünetek értékelése. Ezzel párhuzamosan különféle megküzdő (coping) mechanizmusok is beindulnak, amelyek szintén hatnak a folyamat minden elemére, és csökkentik a szorongást. (Például a beteg egy külső tárgyra fixálja figyelmét; a másik lehetőség egy kognitív módszer, amelyben a testi tünetekhez más lehetséges következményt társít, amely kevésbé veszélyes).

Nagyon általános megküzdő stratégia az elkerülő, illetve a segítségkereső magatartás, amelyek megváltoztatják az aktuális szituációt. A megküzdő mechanizmusok elégtelensége növeli a szorongást. Ha a betegben tudatosul, hogy szédülése, palpitációja és szorongása a velük való megküzdés kísérlete ellenére sem oldódik, a pozitív feedback folyamat erősödik.

Több kísérleti eredmény is alátámasztja azt a feltevést, hogy pánik esetén, az észlelt testi tünetek értékelésében egy specifikus torzító kognitív séma játszana szerepet. Ez a séma lényegében olyan figyelmi beállítódás, amelynek a vonalába eső információk iránt a személy fogékonyabb, s az eredmény egyedspecifikus inadekvát információfeldolgozás lesz. Ehlers és mtsai (1988) azt találták, hogy az általuk vizsgált 54 pánikbetegnek több, mint a fele, a 41 normál kontrollnak pedig csak egyötöde fél leginkább a testi katasztrófától, ezzel szemben a szeparáció és a kínos szociális helyzet vonatkozásában nem volt különbség a két csoport között. Ezenkívül minden vonatkozó tanulmány megerősíti, hogy a pánikbetegnek rohamokról szóló beszámolóiban katasztrófa képzet szerepel. Ezek a torzítások fizikális vagy mentális katasztrófa képe köré csoportosulnak. Ezzel szemben generalizált szorongás betegségben szenvedő, illetve normál kontroll személyek kevésbé veszélyes képzetekről számoltak be szorongásos periódusaikkal kapcsolatban. Clark és mtsai (1988) kísérletében kezeletlen pánik szimptómáktól szenvedők sokkal nagyobb szorongással reagáltak, mint a normál kontroll személyek és a kognitív viselkedésterápiában részesített betegek, amikor olyan szópárokat olvastattak velük,

amelyek egy testi tünetet és egy katasztrofális következményt tartalmaztak (pl. légszomj, fulladás). Egy másik kísérletben (Clark és matsai, 1988) a részt vevő személyek olyan mondatokat kaptak, amelyek utolsó szava hiányzott. Először elolvashatták a mondatot, majd megmutatták az utolsó szót is. A feladat az volt, hogy a szó megjelenésének pillanatában azt - amilyen gyorsan csak tudják - hangosan olvassák fel. A célszavak a testi tünetek neutrális vagy negatív interpretációi voltak. Például: hevesen dobog a szívem, mert felizgattak/haldoklom. Amint az várható volt, a pánikbetegek reakcióideje a negatív értelmezés esetén szignifikánsan rövidebb volt, mint a semleges értelmezéskor. A normál kontrollcsoportban nem volt ilyen különbség.

Ezek a vizsgálati eredmények rámutatnak arra, hogy a pánik szimptómáktól szenvedőket nagyfokú interoceptív szorongás jellemzi, továbbá arra, hogy a testi tünetek nem direkt módon, hanem a veszélyérzettel való asszociáción keresztül váltják ki a rohamokat.

Szituációs faktorok

Clark (1987) a különböző típusú rohamokban lezajló kognitív folyamatokat vizsgálta. Két fő csoportot különített el. Az egyiket intenzív szorongás előzi meg, a másikat nem. Ez utóbbit úgy szokták leírni, hogy "derült égből a villámcsapás" módjára kezdődik. Az anticipált szorongással járó rohamoknak két formáját különítette el. Az egyiknél a rendkívül erőteljes szorongás a roham előérzetével (anticipációjával) kapcsolatos. Ez a helyzet áll elő, amikor egy agorafóbiás olyan szituációba kerül, amelyben korábban már volt rohama. Szorongani kezd, és már előre érzi, hogy rohama lesz. Figyelme egyre jobban saját testére összpontosul, kellemetlen tüneteket észlel, majd ezeket a küszöbön álló katasztrófa jeleiként értelmezi. A circulus vitiosus aktiválódik, végül rohamot eredményez. A másik esetben a rohamot megelőző szorongás nincs kapcsolatban a roham előérzetével. Pl. valaki azért szorong, mert összeveszett a házastársával. Testi tüneteket észlel, amelyeknek azután katasztrófaszerű értelmet ad, végül kitör a pánikroham.

Vannak olyan pánikrohamok, amelyeket egyáltalán nem előz meg szorongás. Úgy tűnik, ezek kiváltó oka olyan tünet lehet, amelyet megváltozott emocionális állapot (izgatottság, düh) vált ki, vagy valami egészen ártalmatlan esemény, mint pl. hirtelen felállás ülő helyzetből (szédülés, palpitáció), megerőltető munka (légszomj, palpitáció) vagy kávéfogyasztás (palpitáció). A testi tünetek katasztrófaszerű értelmezést nyernek, és pánikrohamot eredményeznek. Az ilyen rohamban az egyén, a folyamat gyorsasága miatt gyakran nem tudja különválasztani a kiváltó testi tüneteket és a következményes pánikrohamot. A spontán rohamok kitörésének ez a magyarázata az éjszakai rohamokra is alkalmazható, amikor a beteg arra ébred, hogy rohama van (Oswald, 1966). Belső környezetünk jelentős eseményeit alvás közben valószínűleg ugyanúgy monitorozza szervezetünk, mint nappal. Ebben az esetben, akinek egyébként is a szívműködése áll figyelme középpontjában, az észlelt palpitációra a katasztrófaszerű értelmezés alvás közben is lejátszódhat, és a beteg arra ébred, hogy rohama van.

A környezeti tényezők tehát szerepet játszanak mind a testi érzetek keletkezésében, mind pedig érzékelésében. Klasszikus példa erre, hogy a házastárs vagy a terapeuta jelenléte gyakran azonnali szorongásoldáshoz vezet. Ezt a klinikai megfigyelést megerősítik Kelly és mtsai (1971), valamint Bonn és mtsai (1984) eredményei, miszerint a betegek nem adnak pánikreakciót laktát infúzióra az orvosok jelenlétében. Továbbá, amennyiben az első roham alatt vagy után az orvos világos és hétköznapi magyarázatot ad a történtekről, hogy pl. a tüneteket létrehozhatja stressz indukálta hiperventilláció, hormonális változások, extrém emocionális stressz, diéta, drogok, akkor ez a félreértelmező tendencia nem fejlődik ki, és a további rohamok nem valószínűek. Ha azonban a beteg nem kap ilyen megnyugtató magyarázatot, és sokáig magára marad kétségeivel, félelmével, hogy valami rossz történik a szervezetében, akkor kifejlődik a hibás kognitív séma, és újabb rohamokra lehet számítani.

Peter J. Lang elmélete

A rohamokkal kapcsolatos kognitív folyamatok rendkívül érdekes modelljét írta le Peter J. Lang (1987), amely kiegészítheti az eddigieket. Lang komputer hasonlaton alapuló koncepciójában az emberi agy szervezett logikus információ-feldolgozó rendszer, amelynek az a feladata, hogy a perceptuális információkat feldolgozó komplex kognitív folyamatok eredményeként kialakítsa a megfelelő mintázatú, sorrendű és időzítésű viselkedést. Az itt lezajló kognitív folyamatok nem feltétlenül azonosak a tudatos gondolkodással. Sokkal inkább egyfajta kalkulációról van szó. Ez a folyamat egy-egy külső vagy belső történés, inger értékelését, jelentéstani kategorizálását, illetve az ebből származó oki következtetést jelenti. Ily módon lesz az információ-feldolgozó rendszer végterméke a komplex viselkedés.

Szoros kapcsolat van a fiziológiai válaszminták, az emocionális tapasztalatok és a viselkedés között, ugyanis mind az ingerek, mind a válaszok információtartalma az asszociatív memóriában tárolódik. Ezenkívül Lang feltételez egy emocionális információs fogalmi struktúrát. Olyan memória-szerkezetekről van tehát szó, amelyek integrálják a környezeti hatásokat, az információk jelentését, a válaszmintákat, és amelyek a gondolati kifejeződések formátumát adják. Ez a hálózat magába foglalja az ingerek, válaszok (verbális, motoros és visceralis), valamint a jelentéstartalmak reprezentációit. Kapcsolatban áll más hálózatokkal, amelyek egymással összefüggésben változnak. A hálózat aktiválódása emóciót eredményez, amely akkor jön lére, amikor az asszociált fogalmak kódjai aktiválódnak. Ez aztán egy viselkedési hálózatot aktivál, amely következő lépésként beindítja a konkrét viselkedést. Ezért tételezi fel Lang, hogy a szorongás és a pánik tulajdonképpen a rendszer tervezte válaszok, és ebben a vonatkozásban az emocionális reakciók olyan intézkedésekként értelmezhetők, amelyek megindítják a szervezet védekezését.

Lang modelljében a félelem és az elkerülő magatartás az egyén pszichéjében bekövetkező hirtelen és spontán katasztrófa eredménye. A pánik kiváltója lehet környezeti hatás, fiziológiai történés vagy a kettő együtt. Feltételezi, hogy pánikrohamban adott fiziológiai válaszok kiváltói küszöb alatti affektív stimulusok.

Ezek kombinációja aktiválná azt az affektív hálózatot, amely végül beindítja a pánik reakciót. Az affektív hálózat aktiválódásának valószínűsége összefügg az ingerek számával, tekintet nélkül azok eredetére. Ezért úgy véli: véletlen pszichológiai és fiziológiai egybeesés kombinálódhat a pánikroham kezdetén.

Pszichofiziológiai kutatások

A pszichofiziológiai modellek szerint a testi tünetek általában megelőzik a pánikrohamokat. Néhány strukturált interjúkat alkalmazó tanulmány alátámasztja ezt az állítást. Hibbert (1984) interjú tanulmányában azt találta, hogy az események gyakoriságának sorrendje a következő: kellemetlen testi tünetek érzékelése (pl. dyspnoe, palpitáció, tenyérizzadás), ezt követik a szorongó, katasztrófát elővételező gondolatok, végül a teljesen kifejlődött pánikroham.

Ehlers és mtsai (1988) kimutatták, hogy pánik szindrómától szenvedő emberek hajlamosak az érzékelt testi változásokra szorongással, majd erre újabb fiziológiai tünetekkel reagálni. Pánikbetegek és normál kontroll személyek szívfrekvenciáját monitorozták, majd adott pillanatban a kísérletben részt vevők számára a monitoron hamis visszajelzést adtak, amely a szívfrekvencia hirtelen és gyors növekedését mutatta. Csak a betegek válaszoltak a szorongás és az arousal (bőrvezetőképesség, szívfrekvencia, szisztolés és diasztolés vérnyomás) növekedésével. A normál kontroll személyek, valamint azok a betegek, akik nem hitték el, hogy a visszajelzés pontos, nem mutatták ezt a reakciót.

A pozitív feedback hipotézist támasztják alá az ún. experimentális pánikindukciós technikák is. Valamennyi pánikot provokáló farmakológiai eljárás kellemetlen testi érzeteket kelt, hasonlókat a rohamokat megelőző spontán kellemetlen tünetekhez. Így ezek a pozitív feedback beindításának hatékony módszerei. A kognitív modell szerint ez feleslegessé teszi azt az elképzelést, miszerint a háttérben direkt, specifikus biokémiai hatás lenne. Ilyen technikák a nátriumlaktát, yohimbin és isoproterenol infúziók, az orálisan vagy intravénásan bevitt koffein, az akaratlagos hyperventilláció és a pCO_2 inhaláció (ld. alább).

Clark és mtsai (1982) kísérletében egy normál személyekből álló csoport tagjait arra kérték, hogy 2 percig végezzenek hiperventillációt. A következmény sokakban szorongás lett, mások viszont kellemes élményről számoltak be. Ez arra utal, hogy az affektív válasz eltéréseit kognitív faktorok határozzák meg. Úgy tűnt, ez a különbség abban áll, hogy a részt vevő személyek emlékeiben kellemes vagy kellemetlen tapasztalat él-e a hiperventillációval kapcsolatban. Akik korábbi életükben kellemes élmény közben éltek át hiperventillációt, azok számára ez pozitív élmény volt, míg akiknek emlékezetében eszméletvesztés vagy más rosszullét kapcsolódott a hiperventillációhoz, azok ezt averzív eseményként élték meg. Standardizált hiperventillációs feladat pánikbetegek 50-60%-ában a rohamokhoz hasonló vagy azokkal azonos tüneteket produkált (Bonn és mtsai, 1984; Clark és mtsai, 1985).

Hasonló, de kevésbé intenzív tüneteket figyeltek meg normál személyeknél és egyéb diagnosztikai csoportokba tartozó betegeknél. Salkovskis és mtsai (1986) alacsonyabb pCO_2 értékeket mért pánikbetegeknél, akik a hiperventilláció hatását a rohamokhoz hasonlóank írták le, mint az illesztett normál kontrollcsoport tagjainál. A pánik és a hiperventilláció hatása, illetve pCO_2 szintek közötti korreláció szignifikáns volt. A pCO_2 értékek sikeres pánikterápia után normalizálódtak. Rapee (1986) szignifikánsan alacsonyabb pCO_2 értékeket és magasabb fokú hiperventillációt követő szorongást talált pánikbetegekben, mint generalizált szorongás betegségben szenvedőkben. Gorman és mtsai (1986) alacsonyabb pCO_2 értékeket találtak a laktát infúzió bekötése előtt a pánikra hajlamos betegekben, mint a kontrollcsoportban. Ezenkívül vannak esettanulmányok, amelyek természetes úton bekövetkezett pánikroham során transzkután pCO_2 monitorozással vagy hemodializált betegen az aktuális pCO_2 mérésével is regisztrálták a hiperventilláció hatását. Összességében azonban azt mondhatjuk, hogy a hiperventilláció nem elengedhetetlen és önmagában nem is elégséges feltétele a rohamoknak.

Azon gyakori testi tüneteknek egy másik csoportja, amelyek kapcsolatban lehetnek a pánikroham kiváltásával, az ún. "gyenge" neurológiai jelek. A vesztibuláris diszfunkciók szerepe fontos lehet azoknál a betegeknél, akik főleg szédülésre és bizonytalan járásra panaszkodnak. Pratt és McKenzie (1958) 12 esetről számolt be, ahol vesztibuláris betegséget szorongásos állapot követett. Ezek közül 7-nek pánikrohamai, 5-nek utazási fóbiája volt. Hood (1975) azt találta, hogy a szorongásos neurózis vesztibuláris betegeknél, illetve kalorikus ingerlésre abnormális reakciót adóknál igen gyakori (41%). Jacob és mtsai (1985), valamint Levinson (1986) szintén igen gyakorinak találta pániktól szenvedőknél az abnormális vesztibuláris és auditoros funkciókat: specifikus neurológiai betegséggel nem rendelkező pácienseinek 67%-ában pozicionális vagy spontán mystagmus, 56%-ban kalorikus ingerlésre abnormális válasz volt megfigyelhető. E témakört érintő területen kiterjedt hazai kutatások is folynak (Kulcsár, 1991), amelyek főleg a hiperaktivitás területéről közelítik a vesztibuláris diszfunkciók jelenségeit. Kulcsár és munkacsoportja a neurotikus állapotok vonatkozásában is felveti e vesztibuláris diszfunkciók alapvető fontosságát.

Egyéni hajlam

Szerteágazó kutatás folyt a számításba vehető fiziológiai és pszichológiai prediszponáló tényezőket illetően. Ilyenek a centrális $alfa_2$ adrenerg receptorok csökkent hatékonysága, a gyenge fizikai erőnlét, drog intolerancia (koffein) és genetikai tényezők. Ezek nem mutathatók ki valamennyi pánik szimptómától szenvedőnél, azonban létezhet egy közös út, amelyen keresztül a különböző fiziológiai faktorok növelik a pánikroham valószínűségét.

A pszichológiai hajlamok, mint pl. a szorongó várakozás (anxious expectation), a veszélyjelekre való szelektív figyelem, a hivatalos stílus, a rámenősség hiánya, a tanult asszociációk, valamint megküzdő stratégiák szintén hatással vannak a testi tünetekre és arra, ahogyan érzékelik, illetve veszélyérzettel társítják azokat. A

neurobiológiai modellt ismertető fejezetben még számos adat található az egyéni hajlamra vonatkozóan.

A pánikroham és a szorongás egyéb formáinak viszonya

Margraf és mtsai (1986) szerint szignifikáns kvalitatív eltérésről abban az esetben lehetne szó, ha olyan magszimptómákat vagy objektív jeleket lehetne elkülöníteni, amelyek kizárólag a pánikrohamra jellemzőek, illetve ha a pánik és a szorongás más formái szignifikánsan különböző tüneti mintázattal járnának. Sajnos nincsenek sem olyan tünetek, sem olyan pszichofiziológiai, biokémiai elváltozások, amelyek megbízhatóan és következetesen elkülönítenék a pánikrohamokat a rohammentes periódusoktól, a betegek rohamait a normál személyek félelmi állapotaitól; a laktát indukálta rohamokat a placebo indukálta rohamoktól, illetve a spontán rohamokat a szituációs rohamoktól.

Egy kísérletben 27 beteg 87 szituációs és 88 spontán rohamát rögzítették rögtön a roham lezajlása után (Margraf és mtsai, 1987). A két profil közötti különbség távol áll a szignifikánstól. Számos kérdőíves és interjús tanulmány hasonlította össze a pánikrohamok és a szorongás egyéb formáinak tünetlistáját, illetve pánikbetegek és egyéb szorongásos betegségben szenvedők tüneti profilját. Hugdahl és Öst (1985) hasonló szubjektív fiziológiai és kognitív tünetekről számolt be agorafóbia és más fóbiák esetén, összehasonlítva a pánik, valamint a generalizált szorongás betegségben szenvedők szorongását, az eredmények hasonló tüneti profilt mutattak (Hoehn-Saric, 1981; Anderson, 1984; Barlow és mtsai, 1985; Cameron és mtsai, 1986; Turner és mtsai, 1986). Az egyes tanulmányokban fellelhető különbségek nem mutattak egységes képet, és nem lehet kizárólag a pánikra érvényes magszimptómát vagy tüneti mintázatot kimutatni. Érdekes, hogy Hallam már 1978-ban kimutatta a tünetek hasonlóságát az agorafóbia és az akkor még szorongásos neurózisnak nevezett betegség között, és már ekkor úgy vélte, hogy ezeket a betegségeket együtt kell osztályozni mint szorongásos állapotokat.

A pánik jelenség nem specifikus kizárólag a pánik szimptómák, illetve az agorafóbia pánikkal kategóriáira. Barlow és mtsai (1985) 108 beteget vizsgáltak: közöttük szimplex fóbia, szociális fóbia, generalizált szorongás, pánik szindróma, agorafóbia pánikkal, kényszerneurózis és major depresszió szerepelt. A betegek többsége (legkevesebb 83%-a) minden egyes kategóriában tapasztalt már pánikrohamot. Bár a rohamok gyakorisága diagnosztikai kategóriánként eltérő, a tüneti mintázatban csak elhanyagolható különbségek voltak.

A pánik szindróma eredetének neuroanatómiai modellje

Gorman és mtsai (1989) átfogó modellben tettek kísérletet a biológiai és a pszichológiai megközelítési módok egységes rendszerbe foglalására. Modelljükben a szindróma három elemét - az akut pánikrohamot, az anticipációs szorongást és a fóbiás

elkerülő magatartást - a központi idegrendszer három körülírt helyével: az agytörzssel, a limbikus rendszerrel és a prefrontális cortexszel hozták kapcsolatba. Elismerik a pszichológiai megközelítések létjogosultságát és eredményeit, ugyanakkor rámutatnak az emberi viselkedés biológiai alapjaira, és felhívják a figyelmet a számításba vehető neurobiológiai és neurokémiai vonatkozásokra.

Az akut pánikroham és az agytörzs

Az akut pánikroham és az agytörzs kapcsolatát két alapvető tény támasztja alá. Az egyik az, hogy a rohamokat főként a vegetatív idegrendszer rohamszerű aktivitásfokozódásaként élik meg a betegek, a másik pedig a laboratóriumi farmakológiai pánikindukciós technikák néhány eredménye. Ezek közül a legtöbb adatot a nátriumlaktát, CO_2, yohimbin, koffein, isoproterenol és a noradrenalin vonatkozásában ismerjük. Az ilyen szerekkel folytatott kísérletekben a betegek palpitációról, légzési nehézségről, szédülésről, érzészavarokról és verítékezésről számolnak be. Néhány normál kontroll személy is tapasztal ilyen tüneteket, de csak a betegek élnek át megsemmisítő félelmet, illetve csak ők azok, akik katasztrofális következményektől tartanak. Az experimentális pánikesemények ezen sorrendje megegyezik azzal, ahogyan a betegek életük első rohamáról beszámolnak. Tehát hirtelen növekedő erősségű vegetatív idegrendszeri tüneteket tapasztalnak, majd a küszöbön álló haláltól rettegnek.

A három leginkább vizsgált ágens a nátriumlaktát, a CO_2 és a yohimbinhidroklorid. Igen valószínű, hogy ezek mindegyike elsődlegesen egy vagy több agytörzsi területre hat, és ezen lókuszok ingerlése vezet ahhoz a masszív vegetatív izgalmi állapothoz, amely a pánikrohamot jellemzi. A yohimbin közismert $alfa_2$ adrenerg receptor antagonista, amely a központi idegrendszer noradrenerg aktivitását növeli. Fokozza a hídban levő locus coeruleus sejtjeinek tüzelési frekvenciáját. Yohimbin adagolására megnő egy noradrenalin metabolit, a 3-metoxi-4-hidroxifenilglikol (MHPG) szintje a vérben, amely a yohimbin centrális hatásának megbízható perifériás markere. Charney és mtsai (1984) orálisan 20 mg yohimbint adtak pánik szindrómás személyeknek. A betegek szorongása fokozódott, és gyakrabban reagáltak pánikrohammal, mint a normál kontroll személyek. A vér MHPG szintje növekedett, megerősítve, hogy a yohimbin valóban növeli a centrális noradrenalin forgalmat. Hasonló a helyzet a CO_2 inhalációval, amely pánikbetegeken szintén rohamot provokál, normál személyekben azonban nem.

Szobai levegő CO_2 tartalma igen alacsony. Növelve a CO_2 arányát a belélegzett levegőben, automatikusan nő a percventilláció. Ebben a folyamatban különféle típusú receptorok vesznek részt, amelyek a tüdőben, az aortaívben, a carotis testekben és a nyúltvevő felszínén helyezkednek el. Elam és mtsai (1981) kimutatták, hogy állatokban a CO_2 belélegeztetés dózisfüggő locus coeruleus aktivitás fokozódást okoz. Azon betegek között, akiknek 5%-os CO_2 inhaláció közben voltak rohamaik, szignifikánsan gyorsabb percventilláció növekedést figyeltek meg a pánik előtt, mint a rohammal nem reagáló betegek és a kontroll személyek esetében. Más szóval ezeknek a betegeknek nemcsak rohamaik voltak, hanem hiperaktív ventillációs reakciót is

adtak CO_2-ra. Így arra a következtetésre jutottak, hogy a pánikbetegeknek sokkal érzékenyebb agytörzsi CO_2 receptoraik vannak, mint a normál kontroll személyeknek.

A nátriumlaktát infúzió indukálta rohamok idején ugyanazon biológiai események következnek be, mint spontán roham idején: hiperventilláció, tachycardia, vérnyomás-emelkedés és plasma noradrenalin szint növekedés (Gorman és mtsai, 1985). A beadott laktátra paradox fiziológiai reakció figyelhető meg. A laktát bikarbonáttá alakul, ez pedig metabolikus alkalózist hoz létre, amelyre hipoventilláció lenne a pulmonális válasz, ami CO_2 retenciót okozva helyreállítaná a normál pH szintet. A betegek azonban laktát infúzió hatására aktuálisan hiperventillálnak (Gorman és mtsai, 1989). Ezt a paradoxont magyarázhatja az, hogy a bikarbonát nem jut át elég gyorsan a vér-agy gáton, így CO_2-ra metabolizálódik, amely azonnal bejut a központi idegrendszerbe. Megnő a centrális CO_2 szint, amely növeli a légzésszámot. Eszerint a Na-laktát infúzió ugyanúgy hat, mint a CO_2 inhaláció a nyúltvelői kemoreceptorok ingerlése révén. A locus coeruleus és a medullaris kemoreceptorok kapcsolatban lehetnek egymással. Patkányokon végzett kísérletek szerint a nyúltvelői nucleus paragigantocellularisból primer stimulatoros afferens pálya megy a locus coeruleusba (Aston Jones és mtsai, 1986). Macskában a nucleus gigantocellularis ingerlése maximális belégzéshez vezet (Torvik és Bredal, 1957). A medullaris kemoreceptorok CO_2 ingerlése növeli a nucleus reticularis gigantocellularis aktivitását, ez pedig provokálja a locus coeruleust. Ezen magok ingerlésének másik következménye a hiperventilláció lesz.

Még azok az anyagok is, amelyek ugyan kiváltanak pánikot, de nem jutnak át a vér-agy gáton (isoproterenol, noradrenalin) indirekt módon ingerelhetik a medullát. Ezen anyagok vérnyomás-változást okoznak, amelyek ingerlik a perifériás baroreceptorokat. A baroreceptorokból jövő impulzusok a n. vaguson keresztül a nyúltvelői nucleus tractus solitarius közvetítésével feljutnak a nucleus reticularis gigantocellularisba, innét pedig a locus coeruleusba. Figyelembe kell vennünk egy másik agytörzsi területet is, a középagy dorsalis raphe régiójának szerotonerg neuronjait. A raphe magvak ingerlése állatokban szorongásszerű reakciót vált ki (Stein és mtsai, 1973). Számos állatkísérlet igazolja, hogy a locus coeruleusra lényeges befolyással vannak a hídi szerotoninerg magvak, valamint a középagyi raphe magvakból jövő rostok, melyek a locus coeruleus közelében végződnek. Charney (1984) 0,1 mg/tskg szerotonin agonista methchlorophenylpiperazint (MCPP) adott intravénásan pánik szindrómás és normál kontroll személyeknek. Mindkét csoport azonos szorongás fokozódással reagált. Gorman és mtsai (1989) idézik Kahn 1987-es nem publikált kísérletét, amelyben alacsonyabb dózisban, 0,25 mg/Hkg p. o. adta az MCPP-t. A betegek 50%-ában roham jelentkezett, a kontroll személyek között pedig nem volt roham. Így pánikbetegekben a hiperszenzitív szerotoninerg receptorok miatt alacsonyabb lehet az MCPP-val kapcsolatos ingerküszöb értéke, mint a kontroll személyekben.

Végezetül még egy eredmény, amely a locus coeruleus szerepére utal. Redmond (1977) majmokon domonstrálta, hogy a locus coeruleus elektromos ingerlése pánikszerű állapotot vált ki. A locus coeruleus eltávolítása után viszont a majmok érzékenysége a szorongást provokáló ingerekkel szemben csökkent.

A fentiekben felsorolt laboratóriumi adatokból következtetve Gorman és mtsai (1989) alátámasztva látják azt az elképzelést, miszerint az akut pánikrohamok három agytörzsi terület - a nyúltvelői kemoreceptorok, a hídi locus coeruleus és a középagyi dorsalis raphe magvak - mint irritabilis pontok valamelyikének ingerlésével kezdődnek. A három között bizonyos kombinációkról is lehet szó, hiszen a nyúltvelői kemoreceptorok és a középagyi raphe magvak közvetlenül innerválják a locus coeruleust. A szerzők feltételezik, hogy a pánik szindrómától szenvedők hiperszenzitív agytörzsi struktúrákat örököltek, és ezeket bizonyos folyamatok, endogén toxinok vagy hibás neuronális transzmissziók könnyen izgalmi állapotba hozhatják. Torgersen (1983) adatai alátámasztják az örökletes működési zavar hipotézist. Egypetéjű ikrek szignifikánsan magasabb konkordanciát mutattak a pánik szindrómával szemben, mint a kétpetéjű ikrek. Egy másik családi vizsgálatnál pánik szindrómában szenvedő személyek elsőfokú hozzátartozóinak 17,3%-ában észleltek pánik szindrómát, további 7,4%-ban feltehetően előfordult pánik szindróma. Ezzel szemben normál kontroll személyek elsőfokú hozzátartozói között csak 1,8%-nak volt pánik szindrómája (Crowe és mtsai, 1983).

A teóriában szereplő agytörzsi locusok egyik funkciója talán a perifériás fiziológiai működések és az aktuális metabolikus igények monitorozása. A szívfrekvenciára és a légzési funkcióra vonatkozó információkat a nervus vagus szállítja a nyúltvelő nucleus solitariusába. A nucleus tractus solitarius közvetítésével pedig az agytörzs egyéb részeibe kerül az információ. Bármilyen eltérés a perifériás vegetatív aktivitás és az aktuális metabolikus igények között (pl. isoproterenol infúzió következtében vagy hirtelen ijedség esetén) stimulálhat egy agytörzsi hiperszenzitív locust, így beindul a neurális események kaszkádja, amely pánikhoz vezet.

A modell a rohamok idején gyakori szédülés, bizonytalan járás vonatkozásában is magyarázatot kínál. A hídi magok ugyanis, beleértve a locus coeruleust is, afferens rostokat adnak a cerebellumba. A vesztibularis funkciókért felelős cerebellaris központok ingerlése pedig szédüléses tünetekhez vezet.

A felsorolt kapcsolatokon kívül Gorman és mtsai (1989) nem hagyják figyelmen kívül a magasabb kortikális régiókból érkező leszálló pályákat sem, amelyek szintén befolyásolják az agytörzsi központok működését. A locus coeruleus középponti jelentőségét az a tény is kiemeli, hogy ingerlése a pánikban fellelhető csaknem valamennyi tünetet kiválthatja.

A pánik agytörzsi eredete magyarázza a hirtelen, előre meg nem jósolható rohamokat és a vegetatív tüneteket. Továbbá magyarázza a laboratóriumi pánikindukciós kísérletek eredményeit, valamint az örökletes betegségre utaló adatokat. Végül magyarázatul szolgál az egyéb kiváltó tényezőkre is, pl. a hirtelen ijedelemre, amely aszinkróniát hoz létre a metabolikus igények és a fiziológiai funkciók között, és így pánikrohamot okoz erre fogékony személyekben.

A limbikus rendszer és az anticipációs szorongás

A neurobiológiai modell az anticipációs szorongást a limbikus rendszerrel hozza kapcsolatba. A limbikus rendszert sokféle emberi emóció központjának tartják. Kísérleti állatokban a limbikus rendszer ingerlése félelmi reakciót eredményez (McLean, 1962). Penfield (1958) hasonló megfigyelést tett emberen. A gyrus cinguli léziója, amely az agytörzsből a frontális lebenybe és a frontális lebenyből a gyrus parahippocampalisba futó rostokat tartalmazza, emberben a szorongás csökkenéséhez vezet (Kupferman, 1985).

Az anticipációs szorongást az jellemzi, hogy a betegek nem tudják pontosan megfogalmazni, mitől is félnek. Van egy bizonytalan érzésük, hogy a jövőben újabb roham következhet be, és ez katasztrofális következményekkel járhat. Gyakran csak maga a klinikus képes ezekből a formátlan emóciókból az újabb rohamtól való félelmet kihámozni.

A benzodiazepinek (pl. diazepam) szokásos dózisban csak csekély hatással rendelkeznek pánikrohamokban, viszont igen hatékonyak az anticipációs szorongásban. Továbbá kimutatták (Gorman és mtsai, 1985), hogy az intravénásan adott diazepam határozottan csökkenti az általános szorongást pánik szindrómától szenvedőknél, de nem blokkolja az Na-laktát által kiváltott rohamokat. Az emberi agy limbikus területei különösen gazdagok benzodiazepin receptorokban (Mohlers és Richards, 1983). Ezért a neurobiológiai hipotézis használható magyarázatot ad arra, hogy a benzodiazepin kezelés miért csak a betegség egy speciális formájában hatékony, és miért nem valamennyi formában.

További bizonyítékokat szolgáltattak az anticipációs szorongás és a limbikus rendszer kapcsolatáról Reiman és mtsai (1986). Néhány perccel az Na-laktát infúzió bekötése előtt pozitron emissziós tomográfiát (PET) végeztek pánik és normál kontroll személyekben. Azoknál a betegeknél - és csak náluk -, akik aztán az infúzióra rohammal reagáltak, vérátáramlási eltérés volt látható a gyrus parahippocampalis területében. Mivel ez az abnormalitás csak a pánikkal reagáló személyeknél volt látható, talán az anticipációs szorongás kortikális eseményeire utal.

A pánikrohamok okozta anticipációs szorongás úgy is tekinthető, mint példa a "gerjesztés" (kindling) jelenségre. A limbikus rendszer neuronjait az agytörzsi izgalom ismételten ingerli. Ennek következtében csökken az excitációs posztszinaptikus stimulációval szembeni ingerküszöb a limbikus rendszerben, míg végül "szub-pánik" stimuláió is képes fenntartani a "gerjesztett" anticipációs szorongást. Így további pánikrohamok nélkül is alacsony marad a különböző stresszorokkal szembeni ingerküszöb.

Ezenkívül a limbikus kéreg különösen érzékeny lehet az agyi vérátáramlás változásaira, amelyet az akut hiperventilláció okoz. A hiperventilláció okozta hypocapnia rendkívül erős agyi vasocontrictor hatású, így hozza létre az agyi vérátáramlás drámai csökkenését, és ezátal relatív szöveti hypoxiát. Sokak szerint a szédülés, dezorientáció, valamint a derealizáció, amelyek gyakran társulnak pánikhoz, tulajdonképpen a hiperventilláció és az agyi vérátáramlás csökkenése következtében

jönnek létre. Lehetséges, hogy ezek a hatások tovább érzékenyítik a limbikus rendszert.

Az anticipációs szorongás klinikailag nagyobb problémát jelenthet a betegnek, mint maguk az akut rohamok, ugyanis a rohamok spontán eltűnnek, a beteg azonban továbbra is retteg az újabb roham bekövetkezésétől. Ezekben a betegekben igen erős az anticipációs szorongás már akkor is, ha arra a helyzetre gondolnak, amelyben roham érte őket, pl. autóvezetés közben, étteremben. Így a limbikus rendszeri aktiváció stimulálhatja az agytörzset a leszálló pályákon keresztül, és ez végül pánikot válthat ki. A pánikellenes gyógyszerek (imipramin, alprazolam) növelhetik az agytörzs ingerküszöbét a limbikus rendszer hatásával szemben. Ez magyarázza azt a gyakran tapasztalt klinikai jelenséget, amikor a beteg úgy érzi, "mintha" roham lenne küszöbön, de a magas szintű anticipációs szorongás ellenére sem következik be a roham.

Másrészt minden olyan próbálkozás, amely a limbikus kéreg megnyugtatásával csökkenti az anticipációs szorongást, eltávolítja a pánik egyik kiváltó okát, így csökkenti a roham bekövetkeztének valószínűségét. Itt a behavior technikák, mint pl. a légzéstréning és a relaxáció különösen fontos lehet. Bár ezen technikák alkalmazói nem állítják, hogy ezek önmagukban aktuálisan blokkolják a pánikrohamokat, úgy tűnik, ugyanúgy hatnak, mint a benzodiazepinek, és csökkentik a rohamok bekövetkeztének valószínűségét. Továbbá azon betegek, akik rendszeresen alkalmaznak légzési és relaxációs gyakorlatokat, és azok, akik benzodiazepineket szednek pánikellenes szerek nélkül, gyakran állítják, hogy képesek megbirkózni a rohamokkal, vagy ha nem, akkor is sokkal könnyebben vészelik át őket. Ezért - bár igaz, hogy csak azok a beavatkozások képesek az aktuális pánikrohamokat blokkolni, amelyek az irritábilis agytörzsi struktúrákra hatnak - a limbikus kéreg magasabb lokalizációjú helyein ható módszerek is nagy klinikai hasznot ígérnek, különösen azoknál a betegeknél, akiknél az anticipációs szorongás a domináns tünet.

A prefrontális cortex és a fóbiás elkerülő magatartás

Az elkerülő magatartás nem korlátozódik az emberre. Ismételt kellemetlen ingerek után a legtöbb állat megtanulja elkerülni a kellemetlen ingereket és helyzeteket vagy mindkettőt. Minél komplexebb egy szervezet memóriája, annál hosszabb ideig képes tárolni folyamatos megerősítés nélkül az ártalmas stimulusokra vonatkozó elkerülő magatartás programját.

Az ember az averzív ingerlés után igen hosszú ideig képes fenntartani elkerülő magatartását. Némely esetben az averzív stimulus csak egyszer jelent meg, de az elkerülő magatartás - a társításos tanulás mintájára - mégis kifejlődik és fennmarad (Seligman, 1971). Agorafóbiások között is találunk nemritkán olyanokat, akiknek csak egy vagy két pánikrohamuk volt, az elkerülés mégis évekig fennmarad azokkal a szituációkkal kapcsolatban, amelyekben az eredeti néhány roham bekövetkezett. A fóbiás elkerülő magatartás valódi tanult jelenség, amelyben lényeges a tudatos kognitív folyamatok szerepe (Gorman és mtsai, 1989).

Az aktuális pánikrohamok alatti agytörzsi kisülések végállomásként a prefrontális kéregben nyernek értelmezést, vagyis az agy azon területén, amely leginkább vesz részt a tanulási és komplex emocionális folyamatokban. Itt a roham életet veszélyeztető eseményként értékelődik. Szintén a prefrontális kéregben asszociálódik a roham vegetatív tüneteihez az aktuális környezet és azok a gondolatok, amelyek a beteget a rohamot közvetlenül megelőző időben foglalkoztatták. Így a betegben az az értékelés alakul ki, hogy maga a helyzet (pl. autóvezetés egy hídon) vagy a rohamot megelőző tudatos gondolatak (pl. haragos gondolatok házastársával kapcsolatban vagy félelem egy romantikus kapcsolat megszakadásától) provokálta ki a pánikot. Végül rettegni fog attól, ha hídon kell vezetnie autóját; hogy veszekedjen házastársával; vagy hogy elszakadjon partnerétől. Ezek a gondolatok és helyzetek azt az értékelést kapják, hogy "életet veszélyeztető" rohamot provokálhatnak.

A limbikus kérgi aktivitásból származó anticipációs szorongás erősíti ezeket a gondolatokat. Ugyanakkor a leszálló pályákon keresztül a prefrontális cortex folyamatai stimulálják a limbikus rendszert, így fenntartják az anticipációs szorongást. A prefrontális cortex és a limbikus rendszer között kiterjedt anatómiai kapcsolatok vannak. Ezek a kapcsolatok magyarázhatják azokat az eseteket, ahol agorafóbia pánik nélkül áll fenn. A fóbiás elkerülés és az anticipációs szorongás megelőző pánik nélkül is fennállhat, ha csak ezek a prefrontális cortex és a limbikus rendszer közötti pályák vesznek részt a folyamatban.

Végezetül, a frontális lebenyből az agytörzsbe menő pályák lehetővé teszik, hogy a tanult asszociációk és katasztrófa képzetek, amelyek a prefrontális kéregből származnak, aktiválják az agytörzset, és így pánikrohamot okozzanak. A kortikoretikuláris pálya szerepelhet a kognitív eredetű pánikban, amely a hídban, a nucleus reticularis gigantocellularison végződik. Ez utóbbi mag a nucleus paragigantocellularis mellett van, amely a locus coeruleusra ható stimuláció fő forrása.

Gorman és mtsai (1989) összefoglalásában tehát a főbb kapcsolatok a következők: a nyúltvelői formatio reticularisból a locus coeruleusba, innét a hátsó felszálló kötegen keresztül a limbikus rendszerbe és prefrontális noradrenerg kéregbe, innét pedig visszafelé az agytörzsi formatio reticularisba, főképpen a nucleus reticularis gigantocellularisba. Ezek a neurális kapcsolatok alkotják a "pánik ívet". Vannak agorafóbiások, akik határozottan állítják, hogy csak a rettegett helyzet váltja ki a pánikot. Az ilyen emberek otthonukban ritkán kapnak rohamot. Valószínű, hogy ezekben a betegekben az eredeti, spontán pánikot kiváltó tényező már nem hat, hanem csupán a prefrontális kéreg agytörzset stimuláló hatása hozza létre a rohamokat. A pszichoterápiás megközelítés célja, hogy megtanítsa a betegnek: semmi komoly sem fog történni, ha fóbiája szempontjából kritikus helyzetbe kerül, majd valóban be is viszik a beteget a rettegett szituációba.

Másfelől vannak olyan betegek, akiket sikeresen deszenzibilizáltak fóbiájuk tárgyával szemben, de még vannak rohamaik. Ezekben a betegekben a prefrontális kortikalis stimuláció kontrollált, azonban az agytörzs autonóm stimulációjából származó spontán rohamok előtörhetnek. Ha ezeknek a betegeknek pánikellenes szereket adnak, gyakrabban sikerül blokkolni a rohamokat, és az agorafóbia is remisszióban marad.

Konklúzió

Az eddigiekből láthattuk, hogy a neurobiológia "pánik-ív" koncepciója sok lehetőséget vet fel ugyan, de a neurofiziológusok szerint ezek közül csak kevés bizonyított. Ebbe a vitába azonban nem kívánunk belekapcsolódni. A neurofiziológusok többsége ezeket az intenzív integrációra törekvő neurobiológiai modelleket laza struktúrájú elméletekként értékeli. Mindennek ellenére azonban látnunk kell, hogy a klinikai gyakorlat számára meglehetősen biztos támpontokat, referencia kereteket jelentenek ezek az elgondolások.

A félelem és a pánik többoldalú bemutatása után megállapíthatjuk: a félelmi állapotok kezelése a bőséges pszichoterápiás tapasztalatok és tudományos kutatási eredmények ellenére is folyamatos kihívást jelent mind a kutatómunka, mind pedig a mindennapos pszichoterápiás tevékenység számára. A félelem, etológiai szerepéből adódóan egyrészt segíti, másrészt hátráltatja a személyes önmegvalósítást.

A félelmet kiváltó helyzetek elkerülése rövid távon védettséget biztosít, hosszabb távon azonban növeli a félelmet kiváltó helyzetekkel kapcsolatos érzékenységet. Mindennapos emberi tapasztalatok egyik legfontosabb, valamennyi pszichoterápiás formában felhasznált desztillátuma az a tény, hogy a félelem csökkentésének leghatékonyabb eszköze a félelem tárgyának minél részletesebb, többoldalú, több modalitású megismerése, explorációja. A megismerés eredményeként nő a pánik és a félelem kiváltódásának a küszöbe. A küszöbszint befolyásolható a neurofiziológiai ismeretek alapján alkalmazott biokémiai eszközökkel is. A félelmi állapotok módosításának eszköztára nem redukálódik azonban csupán bizonyos agytörzsi vagy limbikus sejtcsoportok aktivitásának csökkentésére. Mint ahogy a kognitív és a dinamikus pszichológiai tapasztalatok mutatják, rendelkezésünkre állnak olyan pszichológiai eszközök, amelyek hatékonyan befolyásolják az öröklött neuroanatómiai kapcsolatrendszer működését. Ezt a nyilvánvaló tényt könnyű elfogadni, de a kutatómunkában és a pszichoterápia során e tény csak akkor válik érzékelhetővé, ha a félelmi és pánik állapotokkal való foglalkozás közben egyetlen esetben sem feledkezünk meg arról, hogy a kezelés célja a személy perszonális lehetőségeinek kibontakoztatása, a személyiségfejlődés katalizálása. A fejlődés akadályainak komplex felbontását a dinamikus, kognitív, viselkedéses és fiziológiai ismeretek egysége biztosítja.

A kézirat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. május 25.

IRODALOM

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III.* APA. Washington, D. C.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic Criteria, DSM-III-R.* APA. Washington, D. C.

Anderson, T. A. (1984). Panic disorder: a distinct diagnotic entity? *The Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 584-594.

Aston-Jones, G., Ennis, M., Pieribone, et al. (1986). The brain nucleus crelueus: restricted afferent control of a broad efferent network. *Science, 234*, 734-737.

Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E. B., Vrmilyea, B. B., Di Nardo, P. A., Cerny, J. A. (1985). The phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 320-328.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Int. Univ. Press, New York.

Bonn, J. A., Readhead, C. P., Timmons, B. (1984). Enhanced adaptive behavioral response in agoraphobic patients pretreated with breathing retraining. *Lancet*, 665-669.

Cameron, O. H., Thyer, B. A., Nesse, R. M., Curtis, G. C. (1986). Symptom profiles of patients with DSM-III anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry, 143*, 1132-1137.

Charney, D. S., Heningen, G. R., Breirer, A. (1984). Noradrenergic function in panic anxiety. *Archives of General Psychiatry, 41*, 751-763.

Clark, D., Hemseley, D. (1982). The effects of hiperventillation: Individual variability and its relation to personality. *Journal of Experimental Psychiatry and Behavior Therapy, 13*, 41-47.

Clark, D. M., Salkovsksis, P. M., Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Experimentel Psychiatry and Behavior Therapy, 16*, 23-30.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 461-470.

Clark, D. M. (1987). A cognitive model of panic attacks. In: Rachman, S., Maser, J. D. (eds), *Panic: Psychological Perspectives*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Gelder, M., Koehler, K., Martin, V., Anastasiades, P., Hackmnn, A., Middleton, H., Jeavons, A. (1988). Test of a cognitive theory of panic. In: Hand, I., Wittchen, H. U. (eds), *Treatment of Panic and Phobias*. Springer, Berlin.

Crowe, R. R., Noyes, R., Pauls, D. L. et al. (1983). A family study of panic disorder. *Archieves of General Psychiatry, 40*, 108-589.

Deithelm, O. (1934). The nosological position of panic reaction. *American Journal of Psychiatry, 13*, 1295-1316.

Ehlers, A., Margraft, J., Roth, T., Taylor, C. B., Birkbaumer, N. (1988). Anxiety induced by alse heart rate feedback in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy, 26*, 211.

Elam, M., Yoa, J., Thoren, P. et al. (1981). Hypercapnia and hypoxia. *Brain Research, 222*, 373-381.

Fenichel, A. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton, New York.

Freud, S. (1924). The Anxiety Neurosis. *Collected Papers Vol. 1*. London, Hogarth Press.

Gorman, J. M., Leibowitz, M. R., Fyer. A. J., Stein, J. (1989). A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. *The American Journal of Psychiatry, 146*, 2, 1, 51-61.

Gorman, J. M., Dillon, D., Fyer, A. J. et al. (1985). The lactate infusion model. *Psychopharmacology Bulletin, 21*, 610-614.

Hallam, R. S. (1978). Agoraphobia: a critical review of the concept. *British Journal of Psychiatry, 133*, 314-319.

Hibbert, G. A. (1984). Ideational components of anxiety. *British Journal of Psychiatry, 144*, 618-624.

Hoehm-Saric, R. (1981). Comparison of generalised anxiety disorder with panic disorder patients. *Psychopharmac. Bulletin, 18*, 104-108.

Hood, D. J. (1975). The definition of vestibular habituation. In: Nanton, R. F. (ed.), *The Vestibular System*. Academic Press, New York.

Hugdahl, K., Öst, L. G. (1985). Subjective, physiological and cognitive symptoms in six different clinical phobias. *Personality and Individual Differences, 6*, 175-188.

Jacob, R. G., Moller, M. B., Turner, S. M., Wall, C. (1985). Otoneurological examination in panic disorder and agoraphobia with panic attacks: A pilot study. *American Journal of Psychiatry, 142*, 6, 715-720.

Jacobs, W. J., Nadel, L. (1985). Stressinduced recovery of fear and phobias. *Psychological Review, 92*, 512-531.

Kállai J. (1991). Az agorafóbia másodlagos tünetei: a rejtett tünetcsoport. Előadás. MPT Vándorgyűlés, Kecskemét.

Kállai J., Kóczán Gy., Sörédi P., Szabó I. (1992). Pánik tünetek különböző diagnosztikai kategóriákban. *Psychiatria Hungarica 3*, 235-244.

Kelly, D., Mitchell, Heggs, N., Sherman, D. (1971). Anxiety and the effects of sodium lactate assessed clinically and physiologically. *British Journal of Psychiatry, 199*, 129-135.

Klein, D. F. (1962). Psychiatric reaction patterns to imipramine. *American Journal of Psychiatry, 119*, 432-438.

Klein, D. F. (1987). Anxiety reconceptualized. In: Klein, D. F., Fyer, A. J., Gorman, J. M., Leibowicz, M. R. (eds), *Modern Problems of Pharmacopsychiatry: Anxiety. Vol. 22*. Kargel, Basel.

Kulcsár Zs. (1991). *Pszichopátia*. Pszichológiai Műhely sorozat. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Kupfermann, I. (1985). Hemispheric asymmetries and the cortical localization of higher cognitive and affective functions. In: Kandel, E. R. and Schwartz, J. H. (eds), *Principles of Neural Science*, Elsevier, New York.

Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. In: Shiler, J. M. (ed.), *Research in Psychotherapy. Vol. III*. APA, Washington, D. C.

Lang, P. (1978). Toward a psychophysiological definition. In: Akiskal, H. S., Webb, W. H. (eds), *Psychiatric Diagnosis: Exploration of Biological Predictors*. Spectrum Pub. New York.

Lang, P. J. (1987). Fear, anxiety and panic: Context, cognition and visceral arousal. In: Rachman, S., Maser, J. D. (eds), *Panic: Psychological perspectives*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale, NJ.

Levinson, H. N. (1986). *Phobia Phree*. M. Evans and Comp. INC. New York.

Levinson, H. N. (1989). The cerebral vestibular predisposition to anxiety disorder. *Perceptual and Motor Skills, 68*, 323-338.

Margraf, J., Ehlers, A., Roth, W. (1986). Panic attacks: Theoretical models and empirical evidence. In: Hand, I., Wittchen, H. U. (eds), *Panic and Phobias*, Springer Verlag, Berlin.

Margraf, J., Taylor, C. B., Ehlers, A., Roth, W. T., Agras, W. S. (1987). Panic attacks in the natural environment. *Journal of Nervous and Mental Disease, 175*, 5, 58-65.

Margraf, J., Ehlers, A. (1989). Etiological Models of Panic. In: Baker, R. (ed.), *Panic Disorders: Theory and Therapy*. John Wiley and Sons, Ltd. New York.

Marks, I. M. (1987). *Fears, phiobias and rituals*. Oxford Univ. Press, New York.

McLean, P. D. (1962). New findings relevant to the evolution of the brain. *Journal of Nervous and Mental Disease, 135*, 289-301.

Mohler, H., Richards, J. G. (1983). Benzodiazepine receptors in the central nervous system. In: Costa, E. (ed.), *The Benzodiazepines: From Molecular Biology to Clinical Practice*. Raven Press, New York.

Oswald, I. (1966). *Sleep*. Penguin Book, Harmondsworth.

Penfield, W. (1958). Functional localization in temporal and deepsylvian areas. *Research Publication of the Association for Research on Nervous and Mental Disease, 36*, 210-226.

Pollard, C. . (1991). Differential panic disorder diagnosis easier as understanding, awareness improve. "*MD*" *SLINE Vol. II*. No. 3, 1.

Pratt, P. T. C., McKenzie, W. (1958). Anxiety state following vestibular disorders. *Lancet, 16*, Aug. 347-349.

Rachman, S. (1978). *Fear and Courage*. Freeman, San Francisco.

Rapee, R. (1986). Differential response to hyperventillation in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 24-28.

Redmont, D. E. (1977). Alteration in the function of the nucleus locus corelueus. In: Hainnin, I., Usdin, E. (eds), *Animal Model in Psychiatry and Neurology*. Pergamon Press, New York.

Reiman, E. M., Raichle, M. E., Robins, E. (1986). The application of positron emissiontomography to the study of panic disorder. *American Journal of Psychiatry, 143*, 469-475.

Salkovskis, P. M., Jones, D. R. O., Clark, D. M. (1986). Respiratory controll in the treatment of pnic attacks. *British Journal of Psychiatry, 148*, 526-532.

Schachter, S., Singer, J. E. (1962). Cognitive, social, and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review, 69*, 379-399.

Selligman, M. E. (1971). Preparedness and phobias. *Behaviour Therapy, 2*, 307-320.

Stein, L., Wiese, C. D., Berger, B. D. (1973). Antianxiety action of benzodiazepines decrease in activity of serotonin neurons in the punishment system. In:

Stein, L., Wiese, C. D., Berger, B. D. (1973). Antianxiety action of benzodiazepines decrease in activity of serotonin neurons in the punishment system. In: Grattini, S. E. and Mussini, L. (eds), *The benzodiazepines*. Raven Press, New York.

Thyer, B. A., Nesse, R. M., Curtis, G. C. et al. (1986). Panic disorder: a tes of the separation anxiety hypothesis. *Behavioral Research Therapy, 24*, 209-211.

Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archieves of General Psychiatry, 40*, 105-192.

Torvik, A., Bredal, A. (1975). The origin of reticulospinal fibres in the cat. *Anat. Rec. 188*, 113-137.

Turner, S. M., McCann, B. S., Beidel, D. C., Mezzich, J. E. (1986). DSM-III classification of the anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 95*, 168-172.

Valins, S. (1970). The perception and labelling of body changes as determinants of emotional behavior. In: Black, P. (ed.), *Physiological Correlations of Emotion*. Ac. Press, New York.

SUMMARY

Fear and panic

Kállai, János and Sörédi, Pál

In this paper research data and theories on fear and panic, relevant from a clinical point of view, are reviewed. Taking the common language usage of the basic concepts as a starting point, anecdotic examples showing the multiplicity of their meaning, cognitive and neurobiological theories, and the history and recent state of research on fear and panic are presented. While the authors acknowledge the relevance of the empirical, biological research, they do not regard its results appropriate for drawing either direct theoretical conclusions or suggesting therapeutic proposals. The paper implies that recent research provides only one possible aspect of the description and interpretation of fear and panic. What facts and theories on fear and panic can do is nothing but help to decide whether psychological or biological approaches are more significant in the understanding of these phenomena. According to the authors' view, both biological and psychological research have a hundred percent share.

INTEGRATÍV TERÁPIÁS MEGKÖZELÍTÉS A TÁPLÁLKOZÁSI VISELKEDÉS ZAVARAINAK KEZELÉSÉBEN - EGYÉVES TAPASZTALATAINK

TÚRY FERENC és WILDMANN MÁRTA

Miskolc, Megyei Kórház, I. Pszichiátriai Osztály

Mottó:

"Ő volt ugyanis az egyetlen, aki tudta, amit egyetlen beavatott sem, hogy milyen könnyű az éhezés. Nincs ennél könnyebb a világon."

Franz Kafka: Az éhezőművész

A szerzők áttekintik a táplálkozási viselkedés zavarai (evészavarok) iránti érdeklődés fokozódásának okait, s a kezelésükben alkalmazott módszereket a szomatikus terápiáktól a pszichoterápiákon át az integratív terápiás elképzelésekig. Bemutatják evészavar-részlegük egyéves működését, a multidimenzionális patogenetikai modellen alapuló integratív, változás-orientált megközelítésben ötvöződő módszerek főbb értékeit, hatásterületét. A programban központi helyet foglal el a pszichodinamikusan orientált egyéni terápia, a viselkedés- és kognitív terápia, a csoport- és családterápia. Ezeket kiegészítheti a hipnoterápia, imaginatív terápia, kreatív és mozgásterápia, az önállóan szervezett szabad programok és a szomatikus terápia. Elemzik az egy év során kezelt 13 bentfekvő és 8 ambuláns beteg főbb adatait. A betegek között 2 restriktív anorexiás, 3 bulimarexiás, 7 bulimiás volt, 2 "túlevéses" evészavarban (binge-eating disorder), 2 pszichogén vomitusban, 2 obesitasban szenvedett, 2 betegnél testi betegségek derültek ki. A részlegre felvett betegek legalább kismértékben javultak, az ambuláns betegek között 2 esetben fordult elő a terápiából való kilépés. A szerzők bemutatják a terápiás kimenetel értékelésére használt Morgan - Russell Skálát. Elemzik néhány fontosabb terápiás tapasztalatukat, a csoportpszichoterápiás folyamatot. Felhívják a figyelmet néhány gyakorlati konklúzióra és a pszichoszomatikus betegségek terápiájában szükséges szemléletváltásra.

Az utóbbi 1-2 évtizedben a táplálkozási viselkedés zavarai, az evészavarok iránti érdeklődés fokozódásának vagyunk a tanúi. Ennek több oka van, elsősorban a növekvő morbiditást említhetjük, melyet több epidemiológiai vizsgálat támaszt alá (Pyle és mtsai, 1986; Willi és mtsai, 1990; Lucas és mtsai, 1991). Szerepet játszhat az is, hogy a

pszichiátria nyitottabbá vált, s a régebben általában belosztályokon kezelt betegek egyre inkább megjelentek a pszichiátria intézményeiben is. Egyre többen fordulnak evészavarukkal orvoshoz, bár e kórképekre gyakran jellemző a betegségtagadás (Vandereycken és Vanderlinden, 1983). Az is valószínű, hogy a szakemberek könnyebben ismerik fel e kórképeket. A lelki tényezők szerepét sokáig figyelmen kívül hagyták e zavarokban. Példa erre az anorexia nervosa (a továbbiakban: AN) történetéből az, hogy a különböző soványságokat sokféle névvel illették: sápkór, chlorosis, vashiány, phthisis stb. Általában testi okokra gyanakodtak (például tuberculosisra, s ez a tendencia ma sem halt ki teljesen).

Az evészavarok két fő típusa az AN és a bulimia nervosa (a továbbiakban: BN). Kevesebb szó esik az obesitasról, mely igen komplex jelenség, s gyakran szintén pszichoszomatikus zavar, amelyben a túlsúlynak pszichológiai jelentése van. Az obesitas hazánkban azért is igen jelentős kérdés, mert a lakosság legalább egyharmada túlsúlyos (Béki, 1986). Viszonylag gyakori forma a pszichogén hányás is. Az evészavarok kapcsolatát legszemléletesebben a kontinuum-hipotézis fejezi ki: ennek alapján folyamatos spektrum mentén, többféle átmeneti formával képzelhetjük el a kóros változatokat.

A hazai epidemiológiai vizsgálatok szerint a morbiditási adatok megfelelnek a fejlett nyugati államokban észlelt mutatóknak, különösen a BN és egyes szubklinikus formák tekintetében (Túry és mtsai, 1990; 1991). Számíthatunk tehát arra, hogy egyre több evészavaros beteg jelentkezik. Jelen munkánk ennek a kihívásnak a jegyében született.

A magyar szakirodalomban több módszer sikeres alkalmazásáról olvasható beszámoló a pszichodinamikus terápiáktól a viselkedésterápián vagy családterápián át a nonverbális terápiákig vagy a hipnoterápiáig (Altomare és Riskó, 1989; Geiger, 1988; Herman, 1987; Honthy és Kovács, 1984; Rátay, 1987; Simon és Tölgyes, 1990; Szemes, 1991; Túry, 1990; Vetró és Engels, 1984). A nemzetközi közlések egyre inkább hangsúlyozzák a multidimenzionális megközelítés szükségességét az evészavarok patogenezisének megértésében. Ez a terápiákban is az integratív koncepciók elterjedéséhez vezetett (Vandereycken és Meermann, 1984; Powers és Fernandez, 1984). A hagyományos orvosi gondolkodás lineáris-kauzális, hibakereső modelljével szemben ma számunkra leginkább a rendszerelméleti alapon nyugvó multidimenzionális modell látszik a legadekvátabb konceptuális háttérnek a pszichoszomatikus zavarok megértésében - közöttük az AN-t paradigmatikus értékű kórképnek tekintik.

A fejlett ipari országokban több helyen létesült az evészavarok kezelésére berendezkedett intézet, Kelet-Európában alig. Általános pszichiátriai osztályunkon kis, négyágyas evészavar-részleget (kórtermet) alakítottunk ki a növekvő igények láttán. Ehhez járóbetegek ellátása is kapcsolódik. Ezúttal részlegünk egyéves tapasztalatairól számolunk be. Természetesen nem tudunk sok betegen végzett terápiás hatásvizsgálatokat prezentálni; nem léphetünk át bizonyos fejlődési fokozatokat. Úgy véljük azonban, hogy az eddigiek elemzése másokat is segíthet az evészavarokban szenvedő betegek kezelésére való felkészülésben, mert a fentiek alapján számuk valószínűleg szaporodni fog.

Az evészavarok terápiájában használatos főbb módszerek

A *szomatikus terápiák* vitális kockázati tényezők esetén életmentőek (példa: az ideális testsúly 50 %-ának elvesztése). Ide tartoznak a táplálás különböző formái, a tüneti gyógyszerek, pszichotrop szerek. Ügyelni kell ezen eljárások pszichoterápiás jelentésére is (a szondán való táplálás meglehetősen erőszakos módszer, vagy egyes gyógyszerek a kontrollvesztés érzését kelthetik). A pszichotrop szerek közül neurolepticumokat, antidepressivumokat, étvágyszabályozó szereket, sedativumokat, egyéb szereket (például: L-DOPA, naloxon, stb.) alkalmaznak. Közülük az antidepressivumoknak lehet a legnagyobb szerepük a terápiában, főleg BN-ban: ennek elvi alapja az evészavarok és az affektív spektrum bizonyos fedése, több érv szól ugyanis amellett, hogy az evészavarok bizonyos esetekben depresszió-ekvivalensek lehetnek. A biológiai terápiák között régebben elektrokonvulzív kezelést és pszichosebészeti eljárásokat is bevetettek (Vandereycken és Meermann, 1984).

A *pszichoterápiák* jelentősége igen nagy a pszichoszomatikus zavarok, köztük az evészavarok kezelésében is. Személyes benyomásaink alapján ez a fontosság hazánkban még alulértékelt. A pszichodinamikus terápiák elsősorban a traumatikus élmények gyakori szerepe miatt lényegesek (példa: szexuális abusus sokszor kideríthető, kivált BN-ban). Az Én-fejlődés gyakran az oralitás szintjén akad el, erre utalnak a falási-hányási ciklusok BN-ban. Máskor az anális regresszió jeleként értékelhetjük a hashajtó-abusust vagy egyes személyiségjegyeket. A pszichodinamikus orientáció önmagában általában kevéssé képes a rögzült viselkedés-sztereotípiák megváltoztatására, de a terápia lényeges összetevője. A viselkedés- és kognitív terápiák szintén értékesek. A hagyományos módszer az operáns kondicionálás volt, ma leginkább a következő eljárások ismertek: önmonitorozás, alternatív viselkedések kiépítése, relaxáció és a belső percepció érzékenyítése, inger-kontroll, a szorongást kiváltó ételek bevezetése az étrendbe, expozíció plusz válaszprevenció módszere BN esetében (Leitenberg és Rosen, 1988), asszertív tréning a hiányos kommunikatív készség javítására, kognitív restrukturálás.

A testképzavar az evészavarok egyik döntő tünete. Csökkentésében jól alkalmazható a video-konfrontáció módszere, melynek prognosztikai haszna is van: az az AN-s beteg, aki elégedett sovány ságának látványával, rosszabb kórjóslatú, mint az, akit megdöbbent saját reális testképével való szembesülés (Vandereycken és mtsai, 1987).

A hipnózist az AN kezelésére Pierre Janet óta alkalmazzák. A 80-as években fogékonyság-vizsgálatokkal igazolták, hogy a BN-sok fogékonyabbak a hipnózis iránt, mint az AN-sok vagy az átlagnépesség (Pettinati és mtsai, 1985). Így inkább a BN kezelésére használható a hipnózis. Az evészavaros betegek egy alcsoportja disszociatív patomechanizmussal rendelkezhet, e betegeknél leginkább traumatikus élmények vezettek a disszociáció énvédő mechanizmusának előtérbe kerüléséhez. Sokszor poszttraumás sztressz-zavar (PTSD) képében jelentkezik az evészavar, legtöbbször BN (Torem, 1986). A klasszikus relaxációs indukció mellett jól használható az aktív-éber hipnózis (vagy dinamikus hipnózis), melyet Bányai és Hilgard (1976) közölt először.

Szerepe lehet az imaginatív terápiáknak is, például a leuneri szimbólumokkal való terápiás munka előnyös akkor is, ha a hipnózis iránt nagy a beteg ellenállása. A szimbolikus gondolkodási szinttel való munka hasznos a dinamikus terápiákban.

A családterápia különösen a 18 éves kor alatti betegek számára elengedhetetlen. Számukra ez hatékonyabb, mint más terápiás modalitás (Russell és mtsai, 1987). A kezdeti időszakból (70-es évek) Minuchin strukturális és Selvini-Palazzoli stratégiai szemlélete érdemel említést, a 80-as évektől a "második generációs", integratív családterápiás orientáció kezdett terjedni (Miller, 1984; Vanderlinden és Vandereycken, 1991). 18 éves korig általában a családi kohézió erősítése, fölötte a szeparáció-individuáció folyamatának erősítése a fő feladat.

A csoportterápia előnye a gazdaságosság, ami a növekvő igények miatt fontos szempont lehet. Emellett specifikus előnyei is vannak: a homogén evészavaros csoportban univerzalitás-érzés alakulhat ki, a betegek hasonló problémákkal rendelkeznek. Ez hátrányt is jelenthet: pszeudo-identitás alakulhat ki ("mi, evészavaros betegek"). A terápiás kortárscsoport segítséget jelenthet a beteg és szociális környezete közötti szakadék áthidalásában. A csoport homogenitása megkönnyítheti a direkt és gyakran kemény visszajelzések elfogadását és az ön-konfrontációt (Vandereycken és mtsai, 1986). Több helyen végeznek eklektikus-pragmatikus megközelítésű, direktív csoportterápiát. A csoport célja lehet az önkifejezés, önismeret, asszertivitás segítése is.

A kreatív terápiák a szabad önkifejezést serkentik, a test-orientált terápiák (mozgásterápia, tánc, bioenergetikai gyakorlatok) a testképzavar csökkentését és a valódi testalkattal való szembesülést szolgálják, de mód nyílik a fokozott mozgásigény keretek között tartására is.

Az integratív terápiák az evészavarok multidimenzionális megközelítésének térhódításával kezdtek terjedni. Példaként a belgiumi Kortenbergben működő evészavar-központ elveit idézzük: a terápia multidimenzionális problémaelemzésen alapul. Kombinálják a tünet- és a probléma-orientált kezelést. Az előbbit a beteggel közösen kialakított, szigorú viselkedésterápiás szerződéssel kezdik. A kezelés időben limitált (maximum hat hónapos kezelés bentfekvőknek), de az utókezelés évekig folyhat járóbetegek számára. Világos szabályok szerint, a beteg és családja számára áttekinthetően, de az egyéni igényeknek megfelelően rugalmasan folytatják a terápiát, melyben a csoport- és családterápiás orientáció nagy jelentőséget kap. A terápia közeli és távoli, pozitív és negatív hatásait rendszeresen értékelik (Vandereycken, 1987).

A terápiás eszköztárba tartoznak még a betegek által szervezett saját programok, ezenkívül meg kell említeni az önsegítő csoportokat is.

Saját evészavar-részlegünk kialakítása

1990 decemberében alakítottuk ki 90 ágyas általános pszichiátriai osztályunkon kis evészavar-részlegünket. Négy fekvőbeteg számára áll rendelkezésre egy női kórterem, emellett a fekvőbeteg-ellátást nem igénylő járóbetegek kezelését is végezzük egyéni, illetve csoportterápia formájában. Ez a részleg nem illik kongruensen az osztály

szerkezetébe, az integráció nem zökkenőmentes. Az evészavaros betegekkel intenzívebben és strukturáltabban foglalkozunk. Feszültségek keletkeznek az evészavar miatt kezelt és a többi beteg között, de az izolációra való hajlam (példa: alig látogatják a heti nagycsoportülést) az ápoló személyzetben is ellenérzéseket kelt. Az intenzív lélektani munka és a későn mutatkozó vegyes eredmények megterhelést jelentenek az evészavarokkal foglalkozók számára. A "hagyományos" ápolói szemlélet miatt konfliktusok adódnak a pszichoterápiát végző szakemberek és az ápolók között. A részleg ma már elfogadott, a kezdeti nehézségek száma erősen csökkent.

A betegek kórismézésében a DSM-III-R (APA, 1987) kritériumait alkalmaztuk. Szükséges volt elkülönítenünk (főleg idősebb és obes betegeinkre tekintettel) a legújabban levált (a DSM-IV tervezetében már önálló betegségtani kategóriaként szereplő) diagnosztikus egységet, a "binge-eating disorder"-t, azaz a "túlevéses" zavart, mely a bulimiához közeli kórkép (Spitzer és mtsai, 1991).

A pontosabb tüneti, prognosztikai elemzést különböző, nemzetközileg jól ismert tesztek segítségével igyekszünk biztosítani (*1. táblázat*), ezek leírását lásd korábbi közleményeinkben (Túry és mtsai, 1990; 1991).

1. táblázat. Betegeink értékelésére használt tesztek

Evési Attitűdök Tesztje (EAT-40)
Anorexia Nervosa Önbecslő Kérdőív (ANIS)
Evészavar Kérdőív (EDI)
Pyle-teszt a bulimia DSM-III ismérvei alapján
Bulimia Kognitív Disztorziós Skála (BCDS)
Innsbrucki Kérdőív
Falásrohamok Skálája
Általános Egészségi Kérdőív
Zung Teszt
Morgan-Russell Skála a terápiás kimenetel mérésére

Az evészavarok multidimenzionális megközelítése többirányú terápiás programot tesz szükségessé. Az első interjút követően munkaszerződést kötünk a beteggel, mely nem azonos a pszichoterápiás kontraktussal. Erre azért van szükség, mert betegeink többsége kezdetben nem motivált lélektani munkára. Ebben a szerződésben körülhatároljuk a beteg és a családtagok szerepét (például a család nem hozhat ételt a kórházba). Biztosítjuk a kórházi kereteknek megfelelő diétát, nem helyezve nagy hangsúlyt az ételre. A betegek feladatot kapnak, kezdetben az önmonitorozás, viselkedésterápiás megoldások területéről. AN-sok esetében meghatározott testsúlyminimum (ez általában átlagos testmagasság esetén 33-34 kg) alatt parenterális táplálásra is sor kerülhet. A valódi pszichoterápiás szerződéskötés csak ezután, a kezdeti átmeneti időszak után következik be. A csoportterápiában való részvételt a betegek szívesen fogadják. Az osztályunkon alkalmazott terápiás módszereket a *2.*

táblázat mutatja be. A szomatikus terápiákat az irodalmi áttekintésben említettek alapján használjuk néha, leginkább belgyógyászati tüneti szerekre és antidepressivumokra van szükség. A pszichoterápiás rendszer egyik centrális eleme a pszichodinamikusan orientált terápia. Ennek fontosságát a betegek kórelőzményében gyakran található traumás élmények, a két alapvető ösztön: a táplálkozás és a szexualitás közötti kapcsolat, a szülői elutasítás, az agresszív vagy szexuális impulzusok elfojtása, a családi konfliktusok húzzák alá. A csoportüléseken analitikus, viselkedésterápiás és interakcionális elemeket is alkalmazunk. A viselkedési szint befolyását a viselkedés- és kognitív terápiás elemek célozzák, ezeket néha hipnózisban is alkalmazzuk (főleg BN-ban). BN-ban rendszeresen használjuk az expozíció plusz válaszprevenció módszerét, a relaxációban (vagy hipnózisban) végzett imaginatív tréningeket, a belső percepció javítását, vagy kognitív restrukturálást. Nehézséget jelent az impulzus-kontroll zavaraival rendelkező BN-s betegek ellenállása. A testképzavar kezelését részben kognitív terápiával, részben mozgásterápiával (úszás és gimnasztika), részben video-konfrontáció segítségével kíséreljük meg. Ez utóbbit néhány beteg nem vállalja. A testképzavar imaginatív oldására előnyösnek látszik az aktív-éber hipnózis, melyet BN-ban jó eredménnyel próbáltunk ki két betegen, AN-ban viszont a módszer sikertelen volt a túlkontrollált, önátadástól viszolygó betegek ellenállása miatt.

2. táblázat. Az evészavaros betegek terápiájában alkalmazott módszerek

Szomatikus terápia	belgyógyászati tüneti szerek (pl. táplálás is) néha: antidepressivumok, anxiolyticumok
Pszichoterápia	1. Pszichodinamikus 2. Viselkedés- és kognitív 3. Hipnózis (aktív-éber indukció is) 4. Imaginatív terápiák (Leuner) 5. Családterápia 6. Csoportterápia 7. Kreatív terápia 8. Mozgásterápia (úszás, gimnasztika)
Önállóan szervezett társas programok (heti egy délután)	

A súlygyarapodás előírásában nem vagyunk olyan szigorúak, mint a hagyományos viselkedésterápiás iskolák, mert az intrapszichés változást, a személyiségfejlődést próbáljuk inkább előtérbe helyezni - részben azért is, hogy a tünet ne legyen manipuláció és kontroll-nyerés tárgya.

Nagy szemléletbeli változást és nyereséget jelentett számunkra az a sürgető kényszer, mely a családterápia igényét jelentette az evészavarokban. A rendszerszemlélet, a családban rejlő tartalékok kiaknázása, a tünet tágabb kontextusban való

megértése általános pszichiátriai gyakorlatunkban is sok újat hozó irány volt. Strukturális és stratégiai elemeket egyaránt alkalmazunk, pozitív konnotációval újrakeretezve a tüneti viselkedés családbeli szerepét. A változás előidézésére néha a terápiás hasítás (splitting) technikáját is használjuk. A családterápiát AN-ban döntőnek találtuk, függetlenül a beteg korától, BN-ban viszont sokszor képtelenség a család bevonása (elvált vagy elmebeteg szülők, különélés stb.). A családterápiás ülések ritkák, 2-4 hetente történnek. A foglalkozás lehet lege artis családterápia, vagy támogató beszélgetés, esetleg párterápia - ez a család igényétől függ. Kezdetben egy terapeuta is vezetett családterápiás üléseket, az utóbbi félévben kizárólag kettős (férfi - női terapeuta) vezetéssel folytatjuk azokat, mintegy szülői modellt is nyújtva. A munkát reflektív team segíti video-átjátszás segítségével.

A kreatív terápia igen fontos a betegek intrapszichés feszültségeinek szimbolikus megjelenítésében (festés, agyagozás, kollázsok, fotózás stb.).

Hetente egy délutánt azzal töltenek betegeink, hogy önálló programot szerveznek (példa: mozi). Különösen a terápia végső szakaszában fontos a külvilággal való kapcsolat fenntartása.

3. táblázat. Egy betegünk heti programja

	Hétfő	Kedd	Szerda	Csütörtök	Péntek
8 -9					
9 -10					
10 -11		csoport	nagycsoport		csoport
		(60 perc)	(60 perc)		(60 perc)
11 -12	kreatív				
	csoport				
12 -13	(90 perc)				
13 -14		egyéni		egyéni	
		terápia		terápia	
14 -15					
15 -16			kimenő		
			(szabad		
16 -17			program)		
17 -18		mozgásterápia	mozgásterápia		
		(90 perc)	(90 perc)		

Egy betegünk egyhetes programját a *3. táblázatban* láthatjuk. Ez a program nem csupán különböző terápiás modalitások eklektikus gyűjteménye ("géppuska-terápia"), hanem integrálva, változás-orientált módon próbáljuk őket alkalmazni, a terápiában egyaránt szem előtt tartva a múltat, az "itt és most" helyzetet és a jövőt, a célokat is. A kezelés idejét nem maximáltuk, bár erre még sor kerülhet, mert túl hosszú kórházi kezelés esetén kevesebb a változás iránti motiváció. A néha meglehetősen hosszú

(például 12 hónapos) kezeléstartam magyarázata az is, hogy nagyobb súlyt helyezünk az intrapszichés változások serkentésére. Igen lényeges az utógondozás, mely csoportterápia formájában történik. A betegek igénylik a tartós kapcsolatot, az elért eredmények stabilizálását. A kórházi kezelés befejeződését követően tüneti szinten visszaesés következhet be.

A komplex kezelési programban való részvétel feltétele az osztályunkon történő kezelés. Járóbetegek esetében a kezelési terv egyéni, család-, vagy csoportterápiára korlátozódik az egyéni indikációk alapján. Az evészavarral küzdő betegek terápiába való bevonását az intrapszichés okokon kívül (a betegség tagadása, ellenállások) nehezíti a pszichiátria alacsony presztízse, a lelki zavarokkal kezelt betegek stigmatizációja.

Terápiás eredményeink

Egy év alatt 21 beteget kezeltünk (*4. táblázat*), 13 beteget bentfekvőként, 8 beteget járóbetegként (hármuk kezelése folyamatban van, nem számítva az utógondozásra visszajáró, csoportfoglalkozásokon részt vevő betegeket). Közülük 19 nő, 2 férfi. Ez az arány megfelel az e zavarokban észlelt kifejezett női túlsúlynak (férfiakban az összmorbiditás 2-10 %-ában fordulnak elő). Az életkori megoszlás 14-48 év közötti, döntően 16-27 éves kor között volt. A kórisme szerinti megoszlás: 3 restriktív AN, 3 AN+BN (ez a forma, a bulimarexia a DSM-IV tervezete szerint az AN bulimiás altípusa lesz), 7 BN, 2 pszichogén vomitus, 2 "binge-eating disorder" ("túlevéses" zavar), 2 obesitas. Két fiatal nő soványságának, illetve hányásainak hátterében más betegség igazolódott (hyperthyreosis, illetve diencephalon-táji tumor). A túlevéses zavarban szenvedők viszonylag idősek (40-48 évesek). A többi beteg betegség-kezdete típusosnak mondható, az AN-sok fiatalabbak (kivéve a 27 éves férfit), a BN-sok betegsége kissé később kezdődik. Családi állapotukat tekintve ketten házasságban élnek (a két legidősebb), egy BN-s elvált, egy obes beteg özvegy, a többiek hajadonok, illetve az AN-s férfi nőtlen, s elsődleges családjukban élnek.

Az ápolás időtartama 1 hét és 1 év közötti. A rövid időtartamú kezelés hátterében a specializálódó részlegek nehézsége mutatkozik meg, a hozzánk irányított betegek sokszor az ország másik részén laknak, s munkahelyi, iskolai, családi okok miatt nem tudnak hosszabb kezelést vállani. Őket lehetőség szerint pszichoterápiás hátterű intézetbe irányítottuk lakhelyükhöz közel. A relatíve hosszú kezelési idő részben a pszichodinamikus orientáció, részben szociális okok (közlekedési nehézségek stb.) számlájára írható. Itt kell felhívnunk a figyelmet a speciális részlegek másik problémájára is: a negatív szelekcióra. Betegeink mintegy fele több éves kórlefolyás (4-6 év!), sikertelen korábbi terápiák után, valamint rossz prognózisra utaló tünetekkel (önhánytatás, impulzus-kontroll zavarai, alkoholizálás stb.) keresett fel bennünket.

4. táblázat. Evészavar miatt kezelt betegeink fontosabb adatai

Részlegünkre felvett betegek

Szám	Név	Nem	Kor (év)	Diagnózis	Ápolás tartama	Megjegyzés
1.	N.T.	N	16	AN	2 hónap	előtte 4 hó amb. th.
2.	S.K.	N	16	AN-gyanú	3 hónap	hyperthyreosis
3.	N.J.	N	24	AN+BN	12 hónap	
4.	F.L.	N	22	AN+BN	9 hónap	
5.	Sz.S.	N	22	BN	9 hónap	
6.	M.C.	N	22	AN+BN	2 hónap	
7.	N.N.	N	17	AN	1 hét	továbbirányítva
8.	K.A.	N	14	Tu.cerebri	1 hét	pszichogén vomitus gyanúja
9.	K.T.	F	27	AN	5 hónap	
10.	T.E.	N	31	BN	2 hét	továbbirányítva
11.	M.M.	N	22	BN	2 hét	
12.	Cs.B.	N	24	BN	folyamatban	
13.	M.N.	N	20	BN	folyamatban	

Ambuláns betegek

Szám	Név	Nem	Kor (év)	Diagnózis	Terápia tartama	Megjegyzés
1.	E.Gy.	N	20	BN	1 hónap	drop-out
2.	D.S.	N	35	Obesitas	12 hónap	
3.	B.B.	N	21	Obesitas	6 hónap	
4.	B.K.	N	22	Pszichogén vomitus	4 hónap	
5.	Sz.L.	N	48	BED+OCD	4 hónap	
6.	Sz.É.	N	23	BN	2 hónap	drop-out
7.	S.I.	F	40	BED	3 hónap	
8.	V.R.	N	19	Pszichogén vomitus	folyamatban	

Rövidítések: AN: anorexia nervosa; BN: bulimia nervosa; BED: "binge-eating disorder", falásrohamokkal járó evészavar; OCD: obsessiv-compulsiv zavar

Az *5. táblázat* elbocsátott bentfekvő betegeink néhány teszt-adatát mutatja be. A teljes vizsgálati teszt-battériát csupán négy beteg töltötte ki a kezelés elején és végén. A tájékozódást segíti, hogy az EAT (Eating Attitudes Test, Evési Attitűdök Tesztje) 29 pont fölött számít kórosnak, a BCDS (Bulimia Cognitive Distortions Scale) 60 pont fölött jelez bulimiás attitűdöt. Önmagukban a tesztek kevéssé használhatóak, a klinikai állapottal való összevetés lényeges. A globális állapotváltozás megítélésére leginkább két mutatót találtunk hasznosnak: szubjektív oldalról a betegek önbecslését, ezt jelzi az *5. táblázat* "Kimenetel" rovata. Egy betegünk sem rosszabbodott, illetve változatlan állapotban sem maradt, még a legrövidebb ápolási idő után sem. A két 5 pontos beteg (=jelentős javulás) egy év után is változatlanul jól van. A többiek (enyhe, illetve mérsékelt javulás kategóriája) változóan vannak az utógondozás szerint, rendszeres az elbocsátás utáni kis visszaesés, hiszen intenzív gondoskodás után kerülnek ki a külvilágba.

5. táblázat. Az elbocsátott hospitalizált betegek néhány teszt-adata

Szám	Név	Dg.	EAT-összpontszám Felv.	Táv.	BCDS-összpontszám Felv.	Táv.	Morgan-Russel Skála Felv.Táv.**	Kimenetel*
1.	N.T.	AN	17		50		3.92 7.72 (+3.80)	5
2.	N.J.	AN+BN	33	57	50	83	0.96 4.71 (+3.75)	4
3.	F.L.	AN+BN	67	63	105	73	4.76 6.22 (+1.46)	4
4.	Sz.S.	BN	52	24	104	34	8.1610.52 (+2.36)	5
5.	M.C.	AN+BN	27	28	65	70	0.68 7.60 (+6.92)	4
6.	N.N.	AN	18		45		2.35 3.90 (+1.55)	3
7.	K.T.	AN	12		56		3.15 5.80 (+2.65)	3
8.	T.E.	BN	61		110		6.70 8.97 (+2.27)	3
9.	M.M.	BN	85		114		3.27 5.77 (+2.50)	3

* A beteg szubjektív értékelése a terápia végén a következő skálának megfelelően: 1. rosszabb; 2. változatlan; 3. enyhe javulás; 4. mérsékelt javulás; 5. jelentős javulás vagy gyógyulás

** Zárójelben a változás értéke és iránya

A táblázatból hiányzanak annak a két betegnek az adatai, akiknél nem evészavar igazolódott.

Objektív oldalról a globális állapotbecslést a Morgan-Russell Skálával végeztük (Morgan és Hayward, 1988). Bár a skála a terápiás kimenetel megítélésére készült (ld.: Függelék), ezt használtuk a felvételi állapot becslésére is annyi módosítással, hogy a kérdésekben szereplő hat hónapos időszak helyett a felvétel előtti két hét adatait tudakoltuk meg. A skála azért tűnik jónak, mert több síkon értékeli a beteg állapotát a táplálékfelvételtől a szocioökonómiai állapotig. A skála értékei 0-12 pont közöttiek, a 12 pont jelenti a teljes jólétet. Ezeket az értékeket mégsem abszolutizáljuk, mert a

pszichoszexuális státusz például a tizenéves betegek esetében alacsony pontszámot szokott kapni. Inkább a változás mértéke és természete lehet segítségünkre az értékelésben.

A teszt-adatokra vonatkozóan néhány megjegyzés: a 2. beteg tesztadatai (az EAT és a BCDS egyaránt) komoly rosszabbodást sejtet, míg a Morgan-Russell Skála mérsékelt javulást mutat. A beteg ugyanis felvételkor tagadta a már régóta meglévő bulimiás epizódjait, s a javulás és együttműködés jele volt az, amikor ezekről is beszámolt. Így a jól észlelhető globális klinikai javulás mellett a tesztadatok negatív irányú eltolódását láthatjuk. A betegek egy részére jellemző a tagadás, amint erre Vandereycken és Vanderlinden (1983) felhívta a figyelmet éppen a teszt-adatok értelmezésének vonatkozásában.

Alaposabb, statisztikai elemzésre a betegek nagyobb száma esetén lesz módunk. Az ambuláns betegek állapotváltozásáról néhány észrevétel: a két túlevéses zavarban, azaz "binge-eating disorder"-ben szenvedő beteg állapota rendeződött, az obes betegek súlya alig csökkent, viszont komoly intrapszichés változások következtek be, életükön jelentősen tudtak változtatni előnyös irányban. Két terápia-megszakítás (drop-out) fordult elő, bár mindkét BN-s betegünkről vannak további adataink: ambivalensek a további kezelés vállalásával szemben, tüneteik változatlanok. A két pszichogén vomitussal rendelkező beteg tünetei rendeződtek, egyikük terápiája még folyik, mert komoly intrafamiliaris problémák kerültek felszínre, családterápiát tervezünk.

Néhány terápiás tapasztalat

A pszichoszomatikus betegek - így az evészavarban szenvedők is - általában tagadják panaszaik lelki eredetét. Az AN-sok még életveszélyes sovány ság esetén sem tartják betegnek magukat. A BN-sok általában bizarr, rossz szokásnak tartják tüneteiket, nem fordulnak velük orvoshoz. Betegeink többsége vagy a család, vagy közeli ismerős unszolására vállalta a kezelést. A terápia így felkészítő, szocializációs folyamattal kezdődik. Ekkor találkozunk a legnyilvánvalóbb ellenállásokkal: késés, hallgatás, bőbeszédűség stb. Terápiából való kilépés csak ebben az időszakban fordult elő.

A csoportterápia programunkban kiemelt jelentőségű. A csoportfejlődés első fázisa a csoportnorma kialakítása volt. A csoporttagok megpróbálták felmérni, hogy milyen viselkedések fogadhatók el. A vezetők felelőssége ebben az időszakban nagy. A csoporttagok eligazítást és támogatást vártak. Ebben az időszakban a függőség volt a jellemző: az interakciók zöme a vezetők felé irányult, omnipotensnek tartva őket. A csoportüléseket kezdetben két női terapeuta, majd nő - férfi terapeuta páros vezette. Előfordultak a terapeutákat megosztó kísérletek, követték az elsődleges családjukból vett tranzakciós mintákat. Ennek sikertelenségét tapasztalva kezdődött a csoportfolyamat második szakasza. Igyekeztek ellenállni a csoportszerkezet kialakulásának. A kommunikáció jelentős része a tagok között zajlott, de a személyes, vagy személyközti problémákat kerülték. Sok volt az ellenállás, rendszeressé vált a késés. Rivalizálás, új csoporttag érkezésekor féltékenykedés kezdődött. Az új tag

bevezetését a csoportba egy régebbi beteg vállalta. A vezetők feladata ekkor a tolerancia, elfogadás, másrészt a fokozatos tudatosítás, értelmezés volt. Ezek segítették elő, hogy kialakult a csoportfolyamat következő fázisa. Feszültségeik csökkenése lehetővé tette, hogy a közös tünetet, az evészavart háttérbe szorítva konfliktusaikról, érzelmeikről beszéljenek. A tagok egymástól figyelmet kaptak, önértékelésük nőtt. Az egy éve tartó csoportfolyamatban jelenleg az együvé tartozás élménye dominál. A tagok nyitottak egymás problémái iránt, sokat javult verbális és nonverbális kommunikációjuk. Fontosnak tartottuk a társas készségek fejlesztését, a személyes hatékonyság fokozását is.

Az evészavaros betegek csoportjának irányítása a vezetők részéről nagy aktivitást igényelt, a passzívabb tagok bevonását a vezetők önfeltárása is segítette. Igen hasznos volt a nehezen verbalizálható tartalmak kifejezésére a kreatív terápia. Egy bulimarexiás betegünk például hosszú időn át nem tudta verbálisan megfogalmazni problémáit, rajzaiban viszont bőséges explorációs anyagot nyújtott. Hasonló szerepet játszott alkalmanként az imaginatív terápiák felhasználása.

Az evészavarok tüneteinek kontextuális megértéséhez a családterápiát alapvetőnek találtuk. Egy 16 éves, rövid kórelőzménnyel rendelkező restriktív (diétázó-koplaló) AN-s lány tünetei mögött az az igény állott, hogy a megromlott családi kommunikáció, melyben apja italozásának is volt szerepe, javuljon. A család képes volt a változásra, a beteg hat családterápiás ülés után visszanyerte régi testsúlyát (ez 19 kg-os hízást jelentett). Ebben az esetben a családi kohézió erősítése volt a cél. A 18 évesnél idősebb betegek esetében a legfontosabb feladat a szeparáció-individuáció folyamatának elősegítése, ezért a generációs határokat erősítjük, például külön üléseket tartunk a szülői és testvéri alrendszerrel. Példa: egy 24 éves, négy éve bulimarexiás nőbetegünk 27 kg-osan (!) került osztályunkra. Terápiájában az hozott fordulatot, hogy a családterápiás ülésen nyíltan ki tudta fejezni önállósodási vágyát. Testvérei - akikkel külön üléseken foglalkoztunk - segítőkészek voltak. A beteget otthonában is meglátogattuk. Otthoni élettere jól tükrözte testsúlyát (vagy fordítva): 13 éves, egyre kövéredő húgával közös szobában lakik, s húgáé a szoba kétharmada (és a szülők jóval nagyobb figyelme). A látogatás jobban informált bennünket a család valódi belső erővonalairól, mint máskor több pszichoterápiás ülés. Ha a családtagok ellenállása megakadályozza a családterápiát, akkor is szükség van a családtagokkal folytatott támogató beszélgetésekre.

Az egyes terápiás modalitások között lehetetlen fontossági sorrendet felállítani, a fennálló zavart minden lehetséges szinten oldani kell. Előfordul, hogy gyermekkori traumatikus élmények kerülnek felszínre, melyek szerepe igen valószínű a tünetek keletkezésében (például egy BN-s nőt gyermekkorában gyakran megvert a mostohaapja), de a viselkedés-korrekció, a tüneti változás ezek feldolgozásával nem párhuzamos és automatikus. A fordítottja is előfordul: gyors tüneti változás után hónapok múltán derül ki traumatikus élmény, patogén családi script stb. Egy betegünk bulimiás epizódjai drámaian csökkentek aktív-éber hipnózis és az expozíció plusz válaszprevenció módszereinek segítségével, de csak félév után derült ki apjának legénykori kalandja, melyből lánygyermek született - ez tabu volt a családban, a beteg is véletlenül tudta meg féltestvére létezését, s ez igen rossz emléke volt. Ezek után

érthetőnek látszik, hogy a beteg bulimiás epizódjai nemkívánatos terhességével kezdődtek.

Megbeszélés

Az evészavarok iránt megnövekedett érdeklődést magyarázza a problémakör mérete, azaz az evészavarok különböző formáinak gyakori volta, valamint az okozott distress mértéke és a súlyos következmények (Slade, 1991). Nem csupán tudományos divatról van szó; hazánkban is számolni kell e zavarokkal. Ha nincs is olyan arányú problémáról szó, mint egyes észak-amerikai felmérések szerint, melyek alapján a középiskolás - egyetemista tanulók körében lányok között a 20 %-os gyakoriságot is elérik egyes patológiás táplálkozási viselkedések (Greenfeld és mtsai, 1987), fel kell készülnünk az evészavarok fogadására. Az összpopulációban nagyobb áttekintések szerint a BN prevalenciája 1 % körüli (Fairburn és Beglin, 1990), ez is eléggé nagy arányt jelent. Rossz az evészavarok prognózisa is, a legjobb evészavar-klinikákon is csak mintegy a betegek felén tudnak segíteni. Az AN halálozása néhány éves utánkövetés alapján 8 % körüli (Halmi, 1991). A BN is lehet halálos, bár jóval ritkábban (főleg gyomor-ruptura, cardialis okok és suicidium miatt). Megemlítendő az is, hogy az evészavarok spontán is gyógyulhatnak.

Többen szorgalmazzák a hosszútávú követések végzését. Nagy csalódások érhetik a klinikust, sok a visszaesés. Saját betegeink állapotában is meglehetős hullámzást láttunk. A kórképek átalakulhatnak egymásba, azaz nemcsak statikus kontinuum létezik az evészavarok formái között, hanem dinamikus is (Rathner, 1990).

Az evészavarok terápiája sok nehéz kérdést vet fel. Bár a biológiai kutatások sok értékes eredménnyel jártak, mint például az éhség - telítettség szabályozásában szereplő anyagok, így egyes pancreas-oligopeptidek hatásának vagy a szerotonin szerepének vizsgálata (Morley és Blundell, 1988), nincs meggyőző biológiai modell és gyógymód. Ez nem jelenti azt, hogy nem lehet szerepük biológiai tényezőknek - bizonyosan van, de nem kizárólagos. E vonatkozásokban egy érdekes adat: AN-ban az ikerkutatások alapján a genetikai faktorok szerepe nagyobb, mint BN-ban (utóbbiban nem volt szignifikáns különbség egy- és kétpetéjű ikrek konkordanciájában két vizsgálat alapján).

A pszichoterápiák jelentősége evészavarokban a fentiek alapján érthető. Vannak, akik egyes módszerek előnyeit hirdetik, legyen az hipnózis (Baker és Nash, 1987), pszichodinamikusan orientált csoportterápia (O'Neil és White, 1987), vagy kognitív-viselkedésterápia (Fairburn, 1988). Ezzel szemben Cox és Merkel (1989) 32 közlést nézett át, melyben valamilyen pszichoterápiás eljárás evészavarokban talált hatásosságát vizsgálták. Csupán három közlemény volt jó színvonalú, s nem mutattak ki felsőbbrendű terápiás modalitást.

Egyre több specializálódó osztály jön létre, melyek kiemelten törődnek egy betegségtípussal, ez a tendencia várhatóan terjedni fog. Az utóbbi években az integratív terápiák kerültek előtérbe, mi is azt valljuk, hogy szemléletváltásra van szükség. A rendszerszemlélet igen fontos, s ez már túlmutat az evészavarok

kérdéskörén, általános pszichoszomatikus vonatkozásai vannak. Az AN-t ilyen szempontból paradigmatikus betegségnek tartják. Saját terápiás rendszerünkben néhány megközelítés eléggé centrális: a pszichodinamikus orientáció, a viselkedésváltoztatás szintje, a csoportterápia, a családterápiás szemlélet. Ez utóbbira itt ismét felhívjuk a figyelmet, bár a hazai irodalomban már olvasható néhány jó áttekintés vagy esetismertetés e témáról (Erdős, 1990; Geiger, 1988; Herman, 1987; Rátay, 1987; Wildmann és Túry 1992). Ezek mellett jó áttekintés nyújt az AN általános vonatkozásairól Vetró és Engels (1984), Hajnal (1987), Altomare és Riskó (1989), a BN-ról pedig Altomare és Riskó (1989), Pethő(1989), Tölgyes és Simon (1989), Simon és Tölgyes (1990), Túry és Szabó (1989).

Eredményeink jobbak a vártnál, de a hosszútávú követés biztosan csalódást is hoz. Hangsúlyoznunk kell, hogy a kimenetel értékelése komplex legyen, nem elég a testsúlyt vagy a markáns tünetek fennállását tekinteni. Különbségek lehetnek az intrapszichés vagy interperszonális fejlődés és a tüneti szint alakulása között. Nehézségeink leginkább a részleg osztályunkba történő integrálásában jelentkeztek. A legfőbb probléma pedig az, hogy az evészavaros betegekkel való foglalkozás nehéz, hiszen gyakran élet-halál kérdésről van szó, de nem könnyű a borderline személyiségtípusú betegekkel való foglalkozás sem (márpedig ők egyre nagyobb számban jelennek meg az evészavaros betegek között). Sokszor előfordul a kiégési (burn-out) szindróma is az evészavarokkal foglalkozók között. Ez ellen a rendszeres értékelés az egyik védekező eszköz (a jelen munka ily módon ezt a célt is szolgálja...).

Mit lehet tenni az evészavarok megelőzése érdekében? A primer prevenció (az incidencia csökkentésére tett erőfeszítések egy közösségen belül) a szociokulturális és családi kockázati faktorok elleni küzdelmet jelenti. Nagy a tömegkommunikáció szerepe a karcsúság-ideál terjesztésétől kezdve a felvilágosító munkáig. A szekunder prevenció (a zavarok prevalenciáját csökkentő lépések a fennálló betegségek tartamának rövidítésével, tehát a mind jobb gyógyító munka) eszközei a korai diagnózis, a felkutatás, a gyors és hatékony kezelés. A felkutatásra egy példa: a titkolt BN-t gyakran fogorvosok diagnoszkálják (ha ismerik a kórképet), ezért fontos a fogorvos-pszichiáter kapcsolat (Simmons és mtsai, 1986). Erre a fogorvosok figyelmét fel kell hívni: gondoljanak a BN-ra, ha zománchiányos, rossz fogazatú egyetemista (korú) lányt kezelnek. A felkutatást epidemiológiai vizsgálatok is segíthetik. Az önsegítő csoportok ilyen irányú tevékenysége is fontos. A tercier prevenció (a hatékony rehabilitáció útján a zavarból eredő károsodás csökkentésére tett erőfeszítések) szerepe az evészavarokban nem jelentős.

Konklúzióképpen: célszerű lépéseket tenni az evészavarok felkutatása és felismerése érdekében. Elsősorban a veszélyeztetett populációkban, a középfokú és felsőfokú tanintézetekben végzett szűrővizsgálatok segíthetnek. A felvilágosító-ismeretterjesztő munka igen hasznos lenne, minden szinten, a pedagógusoktól a diákokig, az egészségügyi intézményektől az ifjúsági klubokig - kiemelkedő a tömegkommunikáció szerepe. Az egészségügyben szakmai továbbképzés szükséges az ápolóktól kezdve az orvosokig, pszichológusokig. Nem csupán a pszichiátria érintett: a belgyógyászati, nőgyógyászati osztályok (menses-zavarok!), a fogászati ellátás intézményei sokszor az evészavarokkal való találkozás első színhelyei lehetnek.

A pszichiátrián belül a következők tűnnek lényegesnek: a pszichoterápiás háttér, képzettség és struktúra biztosítása, az általános pszichoterápiás kultúra növelése - ezek nem csupán evészavar-specifikus igények. Szemléletváltás szükséges az integratív, rendszerszemléletű betegség- és gyógyító modellek felé. Kiemelendő a hosszútávú követés és az utógondozás szerepe.

Köszönetnyilvánítás

Köszönetet mondunk betegeinknek - sokat tanultunk tőlük.

A kézirat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. augusztus 10.

IRODALOM

Altomare Gy., Riskó Á. (1989). Anorexia és bulimia a mai pszichiátriai gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica, 4*, 187-199.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition-Revised.* Washington, D.C. APA.

Baker, E.I., Nash, M.R. (1987). Applications of hypnosis in the treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Clinical Hypnosis, 29*, 185-193.

Bányai É. I., Hilgard, E. R. (1976). A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. *Journal of Abnormal Psychology, 85*, 218-224.

Béki G. (1986). Az elhízás társadalmi tényezőiről. *Egészségnevelés, 27*, 159-162.

Cox, G. L., Merkel, W. T. (1989). A qualitative review of psychosocial treatments for bulimia. *Journal of Nervous and Mental Disease, 177*, 77-84.

Erdős A. (1990). Enni vagy nem lenni. In: Füredi J. (szerk.), *Pszichoterápiás esettanulmányok*. Budapest, OTE, 41-52.

Fairburn, C. G. (1988). The current status of the psychological treatments for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research, 32*. 635-645.

Fairburn, C. G., Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry, 147*, 401-408.

Geiger Á. (1988). Új tapasztalatok az anorexia nervosa diagnosztikájában és terápiájában. In: Gerő Zs. (szerk.), *Klinikai gyermekpszichológiai tanulmányok*. Budapest, Akadémiai Kiadó, 161-169.

Greenfeld, D., Quinlan, D. M., Harding, P., Glass, E., Bliss, A. (1987). Eating behavior in an adolescent population. International *Journal of Eating Disorders, 6*, 99-111.

Hajnal Á. (1987). Az anorexia nervosa pszichopathológiai, pszichodinamikai, pszichoterápiás sajátosságai és problémái. *Orvosképzés, 62*, 459-469.

Halmi, K.A. (1991). Long-term outcome of anorexia nervosa. In: *Eating Disorders International Symposium*. Abstract Book. Paris, 3.

Herman E. (1987). Anorexia nervosa. *A MÁOTE és a MPT Pszichoszomatikus Szekciójának Közleményei, 14.* Budapest.

Honthy K., Kovács F. (1984). Zeneterápia az anorexia nervosa komplex kezelésében. *Gyermekgyógyászat, 35,* 509-514.

Leitenberg, H., Rosen, J. C. (1988). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa. In: Hersen, M., Eisler, R. M., Miller, P. M. (eds), *Progress in Behavior Modification.* Newbury Park, Sage Publications, 11-35.

Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: A population-based study. *American Journal of Psychiatry, 148,* 917-922.

Miller, S. G. (1984). Family therapy of the eating disorders. In: Powers, P. S., Fernandez, R. C. (eds), *Current treatment of anorexia nervosa and bulimia.* Basel, Karger, 92-112.

Morgan, H. G., Hayward, A. E. (1988). Clinical assessment of anorexia nervosa. The Morgan - Russell Outcome Assessment Schedule. *British Journal of Psychiatry, 152,* 367-371.

Morley, J. E., Blundell, J. E. (1988). The neurobiological basis of eating disorders: Some formulations. *Biological Psychiatry, 23,* 53-78.

O'Neil, M. K., White, P. (1987). Psychodynamic group treatment of young adult bulimic women: Preliminary positive results. *Canadian Journal of Psychiatry, 32,* 153-155.

Pethő B. (1989). Noosomaticus zavarok. In: Pethő B. (szerk.), *Részletes psychiatria II. Functionalis betegségek és zavarok.* Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1084-1092.

Pettinati, H. M., Horne, R. L., Staats, J. M. (1985). Hypnotizability in patients with anorexia nervosa and bulimia. *Archives of General Psychiatry, 42,* 1014-1016.

Powers, P. S., Fernandez, R. C. (1984). *Current treatment of anorexia nervosa and bulimia.* Basel, Karger.

Pyle, R. L., Halvorson, P. A., Neuman, P. A., Mitchell, J. E. (1986). The increasing prevalence of bulimia in freshman college students. *International Journal of Eating Disorders, 5,* 631-647.

Rátay Cs. (1987). Újabb törekvések az anorexia nervosa pszichoterápiás kezelésében. *Psychiatria Hungarica, 2,* 201-208.

Rathner, G. (1990). Aspects of the natural history of normal and disordered eating and some methodological considerations. In: Herzog, W. W., Deter, H. C., Vandereycken, W. (eds), *The course of eating disorders: Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa.* Berlin, Springer.

Russell, G. F. M., Szmukler, G. I., Dare, C., Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry, 44,* 1047-1056.

Simmons, M. S., Grayden, S. K., Mitchell, J. E. (1986). The need for psychiatric-dental liaison in the treatment of bulimia. *American Journal of Psychiatry, 143,* 783-784.

Simon L., Tölgyes T. (1990). A bulimia nervosa II. *Ideggyógyászati Szemle, 43,* 484-500.

Slade, P. (1991). Is prevention possible? In: *Eating Disorders International Symposium.* Abstract Book. Paris, 151.

Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T. (1991). To be or not to be in DSM-IV: Binge-eating disorder. *International Journal of Eating Disorder, 10,* 627-629.

Szemes G. (1991). Serdülőkorúak kóros lesoványodásának (anorexia nervosa) pszichoterápiája. *Vasi Szemle, 45,* 36-48.

Torem, M. S. (1986). Eating disorders and dissociative states. In: Larocca, F. E. F. (ed.), *Eating disorders: Effective care and treatment.* Ishiyaku EuroAmerica, St. Louis, 141-150.

Tölgyes T., Simon L. (1989). A bulimia nervosa I. *Ideggyógyászati Szemle, 42,* 397-407.

Túry F. (1990). A táplálkozási zavarok hipnobehavioralis kezelése. *Ideggyógyászati Szemle, 43,* 128-134.

Túry F., Kollár M., Szabó P. (1991). Táplálkozási attitűdök középiskolások között. *Ideggyógyászati Szemle, 44,* 173-181.

Túry F., Szabó P. (1989). A táplálkozászavarok pszichoszomatikája, különös tekintettel a bulimia nervosára. *A MÁOTE és a MPT Pszichoszomatikus Szekciójának Közleményei, 24,* Budapest.

Túry F., Szabó P., Szendrey G. (1990). Evészavarok prevalenciája egyetemista populációban. *Ideggyógyászati Szemle, 43,* 409-418.

Vandereycken, W. (1987). The management of patients with anorexia nervosa and bulimia - basic principles and general guidelines. In: Beumont, P. J. V., Burrows, G. D., Casper, R. C. (eds), *Handbook of eating disorders.* Part I. Amsterdam, Elsevier Science Publishers, 235-253.

Vandereycken, W., Depreitere, L., Probst, M. (1987). Body-oriented therapy for anorexia nervosa patients. *American Journal of Psychotherapy, 41,* 252-259.

Vandereycken, W., Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment.* Berlin, De Gruyter.

Vandereycken, W., Vanderlinden J. (1983). Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders, 2,* 101-107.

Vandereycken, W., Vanderlinden, J., van Werde, D. (1986). Directive group therapy for patients with anorexia nervosa or bulimia. In: Larocca, F. E. F. (ed.), Eating disorders: Effective care and treatment. Ishiyaku EuroAmerica, St. Louis, 53-69.

Vanderlinden, J., Vandereycken, W. (1991). Guidelines for the family therapeutic approach to eating disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics, 56,* 36-42.

Vetró Á., Engels, R. (1984). Az anorexia nervosa pathogenesise, diagnosztikus kritériumai és terápiás lehetőségei, különös tekintettel a magatartásterápiára. *Ideggyógyászati Szemle, 37,* 221-228.

Wildmann M., Túry F. (1992). A családterápia szerepéről evészavarokban. *Ideggyógyászati Szemle, 45,* 170-179.

Willi, J., Giacometti, G., Limacher, B. (1990). Update on the epidemiology of anorexia nervosa in a defined region of Switzerland. *American Journal of Psychiatry, 147,* 1514-1517.

FÜGGELÉK

A Morgan-Russell Terápiás Értékelő Kérdőív

A következő skálákból és alskálákból áll:

Skála	Alskála
A. Táplálékfelvétel	A-1: A táplálékfelvétel megszorítása
	A-2: A testképpel való foglalkozás
	A-3: Testsúly
B. Menstruáció	B-1: Menstruációs adatok
C. Mentális állapot	C-1: A mentális állapot zavarai
D. Pszichoszexuális állapot	D-1: Szexuális dolgok iránti attitűd
	D-2: Célok szexuális téren
	D-3: Nyílt szexuális viselkedés
	D-4: A menstruáció iránti attitűd
	(külön skála: ha visszatért,
	külön skála, ha nem tért vissza)
E. Szocioökonómiai állapot	E-1: Viszony a családdal
	E-2: Emancipáció a családban
	E-3: Társas kapcsolatok a családon kívül
	E-4: Társas aktivitás a családon kívül
	E-5: Foglalkoztatottsági adatok

A végső pontátlag: (A+B+C+D+E)/5

Az egyes skálák értékeit az alskálák átlaga adja, az összpontszám maximális értéke 12 lehet.

A skálák szerkezete

G. Skála: A saját javulás pontozása (a beteg és más személy részéről)

Kategória:	Rosszabb	Változatlan	Javult	Gyógyult
Pontszám:	0	1	2	3

Ezt a skálát nem használják az átlagpontszám kiszámításához

A. Skála: Táplálékfelvétel

A-1 alskála: Táplálkozási megszorítás, diétázás
Kérdés: *"Diétázik, vagy diétázott valamikor az elmúlt hat hónapban?"*

Kategória:	Mindig	Az időszak több mint felében	Kb. az időszak felében	Az időszak felénél ritkábban	Soha
Pontszám:	0	3	6	9	12

Kódolási utasítás: a csekély szénhidrát megszorítást nem kell figyelembe venni, ha csak arról van szó, hogy valaki ügyel a cukor vagy kenyér mennyiségére, mert ilyen attitűd köznapi a normális egyénekben is. Csak valóban az átlagos szint alá csökkentett táplálékfelvétel vehető figyelembe a pontozáskor.

A-2 alskála: Aggódás a testsúly vagy a külső miatt
Kérdés: *"Aggódott-e a súlya vagy a külseje miatt valamilyen módon az elmúlt hat hónap folyamán bármikor?"*

Kategória:	Mindig	Az időszak több mint felében	Kb. az időszak felében	Az időszak felénél ritkábban	Soha
Pontszám:	0	3	6	9	12

A-3 alskála: Testsúly

Kategória:	Mindig elegendően nagy eltérés ahhoz, hogy aggódást okozzon	Mindig eltért, de csak néha annyira, hogy aggodalmat okozzon	Rendszerint csaknem átlagos (+15%-on belül az átl. súlyhoz képest, de néha annyira eltér, hogy aggodalmat okoz)	Mindig átlag-közeli
Pontszám:	0	4	8	12

Kódolási utasítás: nehézségek erednek az aggodalom okozásához elegendőnek tekintett súlyeltérés mértékének az értelmezéséből. A beteg véleménye e tekintetben természetesen nagyon megbízhatatlan; néha a túlságosan aggódó rokonok szintén nagyon eltérhetnek ebben a kérdésben. A pontozás ezért az előző hat hónap súlyingadozásai és az interjúkészítéskor mért súly alapján történik. Átlag-közeli súlynak tekinthető az átlagos testsúly ± 15-on belüli érték.

B. skála: Menstruáció adatai (az előző hat hónapban)

Kategória:	Nem volt menses az időszak alatt	Átmeneti, alkalmi menses mely nem ciklusos	Rendszertelen menses némi ciklusos jelleggel	Rendszeres és ciklusos végig
Pontszám:	0	4	8	12

C. skála: Mentális állapot (az interjú idején és az előző hat hónap során bármikor előfordult abnormitások alapján)

Kategória:	Durván abnormális pszichotikus téveseszmékkel és hallucinációkkal	Jelentős zavar, de nem pszichotikus	Enyhe zavar	Normális
Pontszám:	0	4	8	12

Kódolási utasítás: ez a skála az interjú alatti mentális állapot értékelésén és az előző hat hónapról szóló információkon alapszik. A "jelentős" és az "enyhe" zavar közötti különbségtevés az általános aktivitással való interferencia alapján történik: így azok a tünetek, melyek megakadályozzák a beteget munkája végzésében a hat hónapos időszak alatt bármikor, "jelentősnek" minősülnek. Ha a tüneteket észlelik és lényegesnek értékelik (kivéve a táplálékkal kapcsolatos jelentős túlértékeléseket), mégsem interferáltak a normális aktivitással, akkor "enyhé"-nek pontozzuk.

D. skála: Pszichoszexuális állapot

D-1 alskála: Szexuális dolgok iránti attitűd

Kérdés: "*Hogyan viszonyul a szexuális dolgokhoz?*"

Kategória:	Aktív viszolygás vagy érdektelenség	Változékony viszolygás	Érdektelenség	Örömteli
Pontszám:	0	4	8	12

D-2 alskála: Szexuális kapcsolatokról hangoztatott célok

Kategória:	Nem akar megházasodni	Megházasodna, de fél tőle	Hozzámenne egy megfelelő de nem akar gyermeket	Határozottan meg akar házasodni gyermeket akar, vagy már így is tett
Pontszám:	0	4	8	12

D-3 alskála: Nyílt szexuális viselkedés

Kategória:	Kerüli a hetero-szexuális kontaktusokat	Alkalmi, felületes viszonyok örömteli szexuális kapcsolat nélkül	Szerelmi kapcsolatok örömteli szexuális viszonnyal (beleértve azt is, hogy házas és gyermekei vannak)
Pontszám:	0	6	12

D-4 alskála: A menstruációhoz való viszony (ha már visszatért)

Kategória:	Aktív viszolygás	Változó: viszolygás vagy érdektelenség	Érdektelenség	Örül, hogy visszatért
Pontszám:	0	4	8	12

D-5 alskála: A menstruációhoz való viszony (ha még nem tért vissza)

Kategória:	Örül, hogy nem tért vissza	Változó: örül vagy érdektelen	Érdektelen	Sajnálja, hogy még nem tért vissza
Pontszám:	0	4	8	12

E-Skála: Szocioökonómiai állapot

E-1 alskála: A nukleáris családdal való kapcsolat
Kérdés: "*Hogyan értékeli szüleivel (és testvéreivel) való kapcsolatát?*"

Kategória:	Nagyon elégedetlen	Elégedetlen	Közömbös	Elégedett
Pontszám:	0	4	8	12

Kódolási utasítás: tekintve, hogy a kapcsolat változó lehet a család különböző tagjaival, a legalacsonyabb egyéni pontszámot kell figyelembe venni, akár szülőkről, akár testvérekről van szó. Ha a betegen kívül egy másik adatközlő is jelen van, a végső pontozás e pontszám átlaga legyen.

E-2 alskála: Emancipáció a családban (a felnőtt autonómia mértéke dependencia nélkül)

Kategória:	Sok nehézség. Nem látja, hogy lesz eléggé független	Mint a 0 pontnál, de néha úgy érzi, a nehézségek legyőzhetők	Vannak nehézségek, de legyőzhetők	Nincsenek nehézségek
Pontszám:	0	4	8	12

E-3 alskála: Személyes kapcsolatok (eltekintve a családtól vagy partnertől)

Kategória:	Nincs	Kevés és felszínes	Sok, de felszínes	Sok közeli és sok felszínes barát
Pontszám:	0	4	8	12

E-4 alskála: Társas aktivitás (az állapotnak megfelelően)

	Semmi a családon kívül	Magányos a családon kívül	Változó: főleg magányos, de némi társas aktivitás is van a családon kívül	Adekvát csoportos aktivitás: jó társas kapcsolatok a családon kívül
Pontszám:	0	4	8	12

E-5 alskála: Foglalkoztatottsági állapot (az előző hat hónapban)

Kategória:	Nincs fizetett alkalmazásban	Az időszak 50%-ánál kevesebb ideig fizetett alkalmazásban áll vagy alkalmi fizetés nélküli munkát végzett	Az időszak több mint felében fizetett al-kalmazásban áll, de nem az idő 100%-ában	Rendszeres, teljes munkaidejű fizetett alkalmazás hiányzások nélkül
Pontszám:	0	4	8	12

Forrás: Morgan, H.G., Hayward, A.E. (1988). Clinical Assessment of Anorexia Nervosa. The Morgan-Russel Outcome Assessment Schedule. *British Journal Psychiatry, 152*, 367-371.

SUMMARY

An integrative therapeutic approach in the treatment of eating disorders - one year's experience

Túry, Ferenc and Wildmann, Márta

The authors first review the causes of an increased interest in eating disorders, then discuss treatment methods from somatic therapies and psychotherapies to integrative therapeutical systems. Experience gathered in a one-year period of an eating disorder unit is demonstrated and therapeutic methods combined to form an integrative, change-oriented set, based on a multi-dimensional pathogenetic model reviewed. In the program, psychodymanically oriented individual therapy, behavioural and cognitive therapy, group and family therapy are of central importance. Hypnotherapy, imaginative therapy, creative and body-oriented therapy, self-made programs and somatic therapy are also involved. Main results obtained in thirteen inpatients and eight outpatients treated during the one year period are analyzed. Two of the patients were restrictive anorectics, three bulimarectics, seven bulimics, there were two obese, two binge-eating disorder patients, and two sufferers of psychogenic vomiting, and two patients with somatic disorders. The authors present the Morgan-Russell Scale used in the assessment of therapeutical outcome. Some important therapeutic experience, especially the group-therapeutic process are also discussed.

A "KREATÍV IMAGINÁCIÓS SKÁLA" MAGYAR VÁLTOZATÁNAK ISMERTETÉSE ÉS HAZAI ALKALMAZÁSÁNAK KEZDETI TAPASZTALATAI*

VARGA KATALIN

ELTE, BTK, Kísérleti Pszichológiai Tanszék

A tanulmány bemutatja a Barber és Wilson (1977, 1978-79) által publikált "Creative Imagination Scale", megengedő stílusú standard szuggesztiósor magyar változatát: az eljárás menetét, szövegét, pontozását. Hazai mintán végzett vizsgálat adatait összevetve az eredeti vizsgálatok normatív adataival megállapítható, hogy a Kreatív Imaginációs Skála néven közölt magyar változat jelen formában nem tér el az angol nyelvű változat legfontosabb pszichometriai adataitól. Jelen tanulmány kitér a skála kapcsán felvett szubjektív élményekre is, és szorgalmazza az eljárás magyar változatának hazai kísérleti és klinikai alkalmazását.

A "Kreatív Imaginációs Skála"[1]

Mind a képzeleti tevékenység, mind a szuggesztiókra való reagálás kontrollált vizsgálatában érdeklődésre tarthat számot az a standardizált eljárás, amelyet a hetvenes évek végén S. C. Wilson és T. X. Barber dolgozott ki, amellyel a hipnotikus szuggesztiókat kísérő kreatív képzeleti tevékenységet kívánják mérni (Barber és Wilson, 1977, 1978-79, Wilson és Barber, 1978-79). A "Creative Imagination Scale", az angol nyelvű szakirodalomban rövidített nevén, "CIS"-ként emlegetett szuggesztiósor, a hipnózissal kapcsolatos standardizált szuggesztibilitásmérő skálák zömétől eltér (l.

* A fordítás és a publikálás az American Journal of Clinical Hypnosis szíves engedélyével készült, amelyért ezúton mondunk köszönetet. Köszönet illeti továbbá Dúll Andreát és Mády Krisztinát a vizsgálatok lefolytatásában, Mérő Lászlót a statisztikai elemzésben nyújtott segítségéért.

A vizsgálat az "Alapítvány a Magyar Felsőoktatásért és Kutatásért", valamint a — Bányai Éva vezetésével folyó — I/3 2168. számú OTKA pályázat támogatásával készült.

[1] A magyar változatnál az eredeti elnevezés magyar fordítását használjuk, mégis érdemes hangsúlyozni, hogy az eljárás jelen neve félrevezető lehet, mert a skála által MÉRT jelenség sokkal inkább tekinthető "szuggesztív", vagy "hipnotikus" jelenségnek, semmint "kreatívnak" vagy "imaginációsnak". Mind a képzelet, mind a kreativitás tekintetében gazdag anyagot nyújthat ugyan a skála (ld. pl. a későbbi szubjektív beszámolókat), de ezek egyikét sem MÉRI valójában.

pl. Weitzenhoffer és Hilgard, 1959, Shor és Orne 1962 stb.). A CIS ugyanis nem közvetlenül a viselkedéses válaszkészséget, s nem is a hipnózis alatti általános szubjektív élményeket méri (sőt, mint látni fogjuk, a hipnózistól teljesen függetlenül is alkalmazható). Azt kérik ugyanis a kísérleti (vagy vizsgálati) személyektől, hogy képzeljék el, hogy végrehajtanak egy meghatározott viselkedést vagy átélnek egy bizonyos élményt, és utólag standard válaszlapon ítéljék meg, hogy mennyire tűnt úgy számukra, mintha a szuggesztióban megfogalmazott jelenség ténylegesen előállt volna, vagyis az élmény mennyire volt valósághű.

A skála faktoranalízises vizsgálata azt mutatta, hogy minden tétele lényegében ugyanazt, a "hipnózisszerű (hypnotic-like) szuggesztibilitásnak" elnevezett dimenziót méri (Barber és Wilson, 1978-79).

A CIS szövegezése kevésbé direktív, mint a hipnábilitás hagyományos viselkedéses válaszkészségre koncentráló szuggesztibilitásmérő skáláié, így az utóbbiak direkt-megengedő stílusa helyett a CIS - mint kevésbé direkt stílusú standardizált szuggesztió-sor - elősegíti a személyek kreatív képzeletének kibontakozását. A szerzők szerint ennélfogva jobban illeszkedik a klinikai gyakorlatba, szándékosan mentes olyan "kellemetlen" tételektől, mint pl. a kihívó szuggesztiók, verbális gátlás, test-mozdíthatatlanság, stb.

A CIS tehát alkalmazható mind egyéni, mind csoportos felvételre; valamint klinikumban és laboratóriumi közegben egyaránt.

A CIS felépítése

A CIS felvétele három fő részre tagolódik:

a. Előkezelés

A CIS fontos jellemzője, hogy nem feltétlenül kötődik hipnózishoz: szövegezésében sehol nem szerepelnek közvetlen hipnózisra utaló jegyek (pl. sem maga a "hipnózis" szó, sem "álmosság"-ra vagy "mélység"-re való utalás stb.).

A CIS felvételének céljától függ, hogy a CIS 10 standard szuggesztióját megelőzően milyen előkezelést alkalmazunk, azaz hogyan vezetjük be a fő eljárást.

Emiatt természetes módon alkalmas arra, hogy "hipnózis" közegbeli, illetve attól független alkalmazását vethessük össze, valamint tisztán nem-hipnózis helyzetben is felvehessük a CIS-t. A CIS fő szuggesztiósorának szerkezete olyan tehát, hogy akár hipnózis-indukciót követően, akár anélkül, esetleg másfajta instrukcióval egyaránt felvehető.

A skála kidolgozói javasolnak egy standardizált előkezelést (ún. "think with", vagy "ráhangoló" instrukciót), amelyben a CIS fő próbáiban megfogalmazott szuggesztiók kedvező átélésére buzdítják a vizsgált személyeket. Ezt egyrészt azzal teszik, hogy az eljárás során átélhető élményeket érdekesnek, értékesnek állítják be, pozitív és aktív hozzáállást hívnak elő a vizsgálati személyben, valamint a vizsgálat vezetője maga is modellezi, hogyan lehet a legkedvezőbb hatást elérni a

szuggesztiósoron. Ezen standardizált előkezelési forma magyar nyelvű, magázó változatát az *1. mellékletben* közöljük.

b. A szuggesztiósor

Az eljárás lényegi része 10 próbából áll. A próbák szövegét folyamatosan olvassa fel a vizsgálatvezető. (A CIS magyar nyelvű, magázó változatát ld. a *2. mellékletben*. A szöveg olvasásával kapcsolatos instrukciók - ütemezés, időtartam stb. - a szövegbe ágyazottan találhatók meg):

A CIS próbái:

1. karnehezedés (három nehéz könyv elképzelése a kinyújtott kézben),
2. karlevitáció (annak elképzelése, hogy erős vízsugár nyomja felfelé a v.sz. tenyerét),
3. ujj-érzéketlenség (Novocain injekció hatásának elképzelése),
4. víz-hallucináció (vízivás érzékletes élménye),
5. szaglási-ízérzési hallucináció (képzeletbeli narancs szaglása és evése),
6. zene-hallucináció (gyönyörű zene hallgatásának újraélése),
7. hő-hallucináció (annak elképzelése, hogy napsütés melegíti a v.sz. bőrét),
8. időérzék-torzulás (az idő lelassulásának elképzelése),
9. korregresszió (iskoláskori élmények újraélése),
10. szellemi-testi ellazulás (annak elképzelése, hogy a v.sz. teljes lazaságban fekszik a napsütötte vízparton).

A CIS tehát tételeiben túlnyomórészt kognitív, pusztán két tisztán motoros-jellegű próba van benne (az első kettő), azonban ezekre sem kell feltétlenül viselkedéses választ adni. Amint kitűnik, a kognitív tételek különféle perceptuális modalitásokat, illetve azok kombinációit mozgósítják. A testi-lelki lazaság tétele utolsóként szerepel, aminek kutatási szempontból van jelentősége: hiszen ez a tétel esetleg önmagában hipnózist indukálhat, amit adott esetben éppen el akarnak kerülni a kísérletezők.

c. A válaszlap kitöltése

A CIS pontozása kizárólag a vizsgálati személyek szubjektív megítélésén alapul. A standard szuggesztiósor végeztével a vizsgált személyek önértékelési lapot kapnak, amelyet az átélt élményeik szerint töltenek ki. (A válaszlap magyar nyelvű, magázó változatára közlünk mintát a *3. mellékletben*).

A CIS mind a 10 próbáját egyenként ítélik meg a vizsgált személyek aszerint, hogy azok átélése mennyire tűnt valósághűnek. Amennyiben az "egyáltalán nem volt valósághű" választ jelöli meg a vizsgált személy, 0 pontot kap az adott próbára, ha a "csaknem teljesen ugyanolyan volt" választ, akkor 4 pontot kap, a közbülső válaszlehetőségek egyre emelkedő pontot kapnak 0 és 4 között. A 10 próbára összegezzük az egyes próbákban elért pontszámot, ekképp 0-40 pont érhető el a CIS-en.

A felvétel körülményei

A CIS felvétele nyugodt, csendes körülmények között történik. Biztosítani kell, hogy a terembe ne jöjjön be senki a vizsgálat megkezdése után, annak időtartama alatt. A vizsgált személy ül, lehetőség szerint fotelben, de közönséges szék is alkalmazható (bár ez természetesen kényelmetlenebb). A vizsgálat megkezdése előtt érdemes a lazító gyakorlatoknál általában szokásos "óvintézkedéseket" megtenni (rágógumit, kontaktlencsét vetessünk ki, szoros övet lazíttassunk meg stb.).

Csoportos felvétel esetén a vizsgált személyek kellő távolságra üljenek egymástól (kb. kartávolságnyi szabad hely legyen közöttük), ne legyen előttük asztal vagy más tárgy. Amint említettük, a CIS standard szuggesztiója nem kíván meg mozgásos válaszadást, mégis van, aki élénk motoros reakciókat ad (pl. a kezét emeli a 2. próbában, vagy "hámozza" és "eszi" a narancsot, "issza" a vizet, stb.) - ezek szabad végrehajtására kellő helyet kell biztosítanunk.

A CIS standard változatánál a vizsgálat vezetőjén és a vizsgált személy(ek)en kívül nem kell részt vennie másnak. Nagyobb létszámú csoport esetén javasolt azonban a vizsgálatvezető mellett egy másik képzett szakember jelenléte, aki abban az esetben közbe tud lépni, ha a csoport valamely tagjánál probléma, zavar, esetleg rosszullét merül fel, így a vizsgálatvezető a csoport többi részével folytathatja a CIS felvételét.

A vizsgálatvezető jó, ha járatos hipnózis-indukciók és szuggesztiók terén. Különösen figyeljünk az egyes próbák feloldására: amennyiben a standard feloldó szuggesztiók nem elegendőek, hosszabb kivárással és további feloldó szuggesztiókkal érjük el a kellő hatást. Érdemes szem előtt tartani, hogy a CIS-en nincs "dehipnózis" rész, tehát a mély testi-lelki lazaságot szuggeráló 10. próbát követően szinte minden átmenet nélkül kell felébredniük a vizsgált személyeknek. Ebben az esetben természetes, hogy kis ideig kábaság, álmosság jelentkezhet náluk. A teljes ébredést ébresztő szuggesztiókkal, mozgással, nyújtózkodással segíthetjük elő.

A CIS pontozásához minden vizsgált személy űrlapot (és a kitöltéshez szükséges írószert) kap. A válaszlap kitöltése közvetlenül a szuggesztiósor elhangzása után történik anélkül, hogy az élmények megbeszélésébe kezdenénk. A válaszlapon található instrukción kívül más eligazítás nem szükséges.

A CIS felvétele kb. 25 percet vesz igénybe, amennyiben hosszadalmasabb előkezelést alkalmazunk, több időre van szükség (a "think with" - "ráhangoló" - instrukció standard formája pl. 18 perces). A válaszlap kitöltésére 8-10 perc elegendő.

Klinikai alkalmazás

Klinikai alkalmazás esetén érdemes a CIS próbáinak sorrendjét módosítani. Éppen amiatt, mert a 10. próba önmagában felfogható hipnózis-indukcióként, érdemes ezt a tételt első helyre tenni, annál is inkább, mert a vizsgálatok szerint ez a legkönnyebben átélhető próba, és mindezek alapján növeli a vizsgált személyek (páciensek) motiváltságát, elvárásait. Ebben az esetben a tételek javasolt sorrendje (a

legkönnyebben végrehajthatóktól a nehezedők felé): 10., 9., 6., 1., 5., 4., 8., 7., 2., 3. (Barber és Wilson, 1978-79).

A CIS terápiás lehetőségeiről számolt be Fodor Judit és Boncz István (Fodor és Boncz, 1990). Hipnózis indukcióból átvett elemekkel mélyített autogén tréning helyzetben alkalmazták sikerrel a CIS-t az imaginációs készség, illetve az érzelmek kifejezésének fejlesztésére.

A CIS-sel kapcsolatos kezdeti kutatások

A skála kidolgozói (Barber és Wilson, 1977, 1978-79, Wilson és Barber 1978-79) saját vizsgálatukban a CIS tételeire való reagálást három helyzetben, független csoportokon hasonlították össze:

(1) hagyományos hipnózis-indukciót követően, amely szemfixációt, testi lazítást, alvási metaforákat tartalmazó standard indukció volt;

(2) a "think-with" ("ráhangoló") speciális instrukciót követően;

(3) kontrollhelyzetben, ahol viszonylag semleges "igyekezzenek a legjobb képességeik szerint" instrukció után adták a CIS tételeit.

A három eltérő alaphelyzet, illetve bevezető után tehát minden csoport teljesen megegyező, standard formában szembesült a CIS-sel.

Az eredmények azt mutatják, hogy a CIS-en a (2.) "think-with" instrukciót követően érnek el a személyek legtöbb pontot (átlag 26,3), ezt követi a kontroll-helyzet (22,1), és a legkevésbé hatásos a hagyományos indukció (20,8). A 66 fős mintán tehát a "think-with" instrukció szignifikánsan magasabb átlagpontszámot eredményezett, mint akár a hipnózisos, akár a kontroll-előkezelés, amely utóbbi csoportok között nem mutatkozott szignifikáns eltérés.

Külön érdekes az az adat, hogy a "think-with" helyzetben minden személy a teljes minta átlagánál (23 pontnál) magasabb, felső övezetben helyezkedik el, szemben a hipnózis helyzettel, ahol a személyek 55 %-a az előbbi határ alá szorult, tehát itt a "gyenge" övezet is képviseltette magát. Ez abban is megmutatkozik, hogy a "think-with" helyzetben az adatok szórása (2,5) szignifikánsan kisebb, mint a hipnózisos (6,5), illetve a kontroll (6,0) helyzetben.

A tételenkénti elemzésnél azt kapták, hogy az első három tételben nincs különbség a három csoport között, a fennmaradó 7 tételben mutatkozik meg a "think with" csoport fölénye.

A CIS hazai kísérleti alkalmazása

A CIS hazai kísérleti alkalmazásának - bár szerény volumenű - legkorábbi kísérleti munkája (Bulyákiné, 1991) cigány és magyar kísérleti személyek körében vizsgálta a CIS-re való reagálást. E vizsgálat a 8-8 fős csoportok között a CIS átlagpontszámában nem talált szignifikáns eltérést (a cigányok 24 pontot, a magyarok 27 pontot értek el), viszont a vizsgálatot követően felvett szabad élménybeszámolók tartalomelemzése

érdekes eredményeket hozott a CIS által mozgósított érzékleti modalitásokat illetően. Mindkét csoport jóval több érzékleti modalitásbeli élményről számolt be, mint ami közvetlenül elhangzik a CIS szövegében, tehát pl. a 6. próba - zene hallucináció - esetén az auditív élmények mellé látási, tapintási érzékletek is felléptek, és így tovább. A magyarok szignifikánsan gazdagabb érzékleti bevonódást mutattak - vagyis többféle érzékleti élményről számoltak be -, és jóval jelentősebb volt esetükben a vizuális bevonódás, mint a cigány csoportban. A cigányok taktilis, auditív és súlyérzékelési mozgósíthatósága volt kiemelkedő.

Alább a CIS magyar változatának bevezetése és pszichometriai jellemzése céljából viszonylag nagyszámú mintával végzett vizsgálat körülményeit és eredményeit mutatjuk be. Ennek során a skála eredeti publikálásának részleteit, illetve normatív adatait tekintjük összehasonlítási alapnak: egyrészt Barber és mtsa (1977) által "kontroll" feltételben vizsgált 22 személyes csoportjának adatait, valamint Barber és mtsa 1978-79-es, 217 személyen, szintén kontroll feltételben felvett adatait.

Eljárás, vizsgálati személyek és vizsgálatvezetők

A vizsgált minta. A CIS standard, magyar nyelvű változatát összesen 129 pszichológia-, illetve tanárszakos budapesti egyetemi hallgatóval vettük fel, életkoruk - arra a 120 v.sz.-re, akik megadták a válaszlapokon az életkorukat - átlag 23,6 év (s = 5,9), 18 és 42 év közötti.

Eljárás és vizsgálatvezetők. A skálát egyetemi Általános Lélektani gyakorlat keretében alkalmaztuk, 3-20 fős csoportokban, összesen 9, egymástól független csoportban, a gyakorlati foglalkozás szokásos helyén és időpontjában (tehát a vizsgálatnak nem volt külön "kísérleti" kontextusa).
A CIS fő szakaszának tételeit különösebb előzetes eljárás nélkül alkalmaztuk, élőszóban. A gyakorlati foglalkozást vezető tanár szerepelt mint vizsgálatvezető. A skála szövegezése, valamint a válaszlapok is tegező változatúak voltak, a tanárok, illetve a hallgatók addig megszokott viszonyának megfelelően.

A skála szuggesztiósorát követően a v.sz.-ek nevük megadásával együtt kitöltötték az önértékelési űrlapot. Az önértékelési lappal összetűzve a v.sz.-ek egy olyan lapot is kaptak, amely nem része a CIS standard eljárásának. Ezen az alábbi instrukciót követően adtak szabad élménybeszámolót: "Arra kérünk, hogy ezen a lapon írd le élményeidet, gondolataidat, érzéseidet az eljárással kapcsolatban. Minden megjegyzésed fontos és értékes."
A vizsgálat így az előkészületekkel együtt kb. 30 percet vett igénybe, ezt követte az élmények, illetve az eljárás közös megbeszélése.

Minden vizsgálati személy hozzájárult adatai elemzéséhez és publikálásához.

Eredmények

A CIS pontszámok. A vizsgálati muntában szereplő 129 v.sz. közül egynek az összpontszáma nem értékelhető, mert az utolsó két próbára nem adott önértékelést (a szabad élménybeszámolója alapján ennek oka az e két tételre kiterjedő amnéziája volt). Így az alábbi elemzések a fennmaradó 128 v.sz. adatait tekintik át. A statisztikai feldolgozást a BMDP programmal végeztük el.

A vizsgált magyar mintán a CIS átlagpontszáma 21,53 (s = 7,62). Ezen értékeket összevetve Barber és mtsa 1977-es, illetve Barber és mtsa, 1978-79-es adataival, azt találjuk, hogy a magyar minta átlaga egyik angol nyelvű vizsgálatétól sem tér el szignifikáns mértékben, viszont a magyar vizsgálat szignifikánsan alacsonyabb szórást mutat, mint Barber 1978-79-es vizsgálata (részletes adatokat és az összevetést ld. az *1. táblázatban*).

1. táblázat. A CIS magyar mintán felvett eredményeinek összevetése Barber 1977 és Barber 1978-79 adataival

	Barber 1977	Barber 1978-79	Varga 1992
n=	22	217	128
x =	22.1	20.8	21.53
s =	6	8.6	7.65

Barber '77 vs. Varga '92 között:

átlagok összevetése: t= 0.33, p < 0.7 n.sz.

szórások összevetése: F= 1.62 p < 0.5 n.sz.

Barber '78-79 vs. Varga '92 között:

átlagok összevetése: t= 0.84, p < 0.3 n.sz.

szórások összevetése: F= 1.26 p < 0.05

A magyar minta adatain elvégzett varianciaanalízis szerint nem mutatkozott szignifikáns különbség a vizsgálatban résztvevő 9 csoport átlagpontszáma között (F = 1,40, p = 0,20), nem volt szignifikáns hatása a vizsgálatokat végző három vizsgálatvezetőnek sem (F = 1,21, p = 0,30), és nem különbözött az átlagos CIS pontszám aszerint sem, ha a teljes mintát "foglalkozás" szerint bontottuk három részre: 1. pszichológus hallgatók, 2. pszichológus hallgatók valamely más végzettség mellett (levelező évfolyam), valamint 3. nem pszichológus bölcsészhallgatók (F = 1,59, p = 0,20).

A magyar vizsgálatban különbséget kaptunk a minta férfi és nő tagjainak átlagos CIS pontszáma között, a nők javára (férfiak: 19,13; s = 8,22); nők: 22,47 (s = 7,2); t = 2,26, p = 0,02).

A CIS egyes tételeinek átlaga és szórása a teljes magyar mintán az alábbiak szerint alakult - l. *2. táblázat* - (összehasonlításképp Barber 1978-79-es adatait is feltüntetjük a magyar adatok mellett).

2. táblázat. A CIS végrehajtásának tételenkénti átlaga és szórása az eredeti - Barber 1978-79-es - és a magyar vizsgálatban

	Barber		Varga	
A CIS tételei:	x	s	x	s
1. Karnehezedés	2.2	1.1	2.5	1.1
2. Karlevitáció	1.5	1.2	1.8	1.2
3. Ujj-érzéketlenség	1.5	1.2	1.6	1.2
4. Víz-hallucináció	2.0	1.3	1.7	1.2
5. Szag-íz hallucináció	2.2	1.3	2.1	1.3
6. Zene-hallucináció	2.7	1.3	2.1	1.3
7. Hő-hallucináció	1.7	1.2	2.0	1.2
8. Időérzék-torzulás	1.9	1.4	2.2	1.2
9. Korregresszió	2.3	1.3	2.5	1.6
10. Teljes ellazulás	2.7	1.2	2.7	1.2

A tételek a teljes minta átlagai alapján kialakított nehézségi sorrendje közötti Spearman-féle rangkorreláció 0,74 ($p < 0,05$), tehát az eredeti, illetve a magyar vizsgálatban tapasztalt végrehajtási sorrend között szignifikáns pozitív korrelációt tapasztalunk.

A CIS összpontszáma alapján képzett övezeteket, illetve az azokba eső v.sz.-ek számát és százalékos arányát (valamint összehasonlításul Barber 1978-79 adatait) mutatja be a *3. táblázat.*

E két vizsgálatban tapasztalt gyakorisági eloszlás között - a négy fő övezetbe eső vizsgálati személyek százalékos arányát figyelembe véve - nem mutatkozik szignifikáns eltérés ($X^2 = 7,58$, d.f.= 3, $p > 0,05$).

A magyar vizsgálat adatain elvégzett konzisztenciaelemzés Carmines theta értéke 0,82, ami a magyar változat igen kedvező konzisztenciájára utal (hasonlóan Barber és munkatársai által közölt felezéses megbízhatósági értékhez, r=0.89).

A CIS eredeti publikációiban három, egymástól független, eltérő mintákon elvégzett faktoranalízis eredményét közlik (Barber és mtsai, 1978-79), amelyek mindegyike egy fő faktort mutatott ki - amit "hipnózis-szerű" szuggesztibilitásnak neveztek el. A magyar mintán végzett faktoranalízis szintén egy kiemelkedően magas

3. táblázat. A CIS összpontszáma alapján képzett övezetek, illetve az azokba eső v.sz.-ek száma (Barber 1978-79-es, illetve a jelen vizsgálat adatai)

Általános szint	Nyerspont	v.sz.-ek száma (és százaléka)	
		Barber	Varga
Magas	39 - 40	1 (1)	0 (0)
	37 - 38	4 (2)	0 (0)
	35 - 36	5 (2)	1 (1)
	33 - 34	11 (5)	3 (2)
	31 - 32	11 (5)	9 (7)
	29 - 30	7 (3)	11 (8)
Közepesen magas	27 - 28	22 (10)	15 (12)
	25 - 26	12 (6)	13 (10)
	23 - 24	20 (9)	13 (10)
	21 - 22	19 (9)	19 (14)
Közepesen alacsony	19 - 20	19 (9)	2 (2)
	17 - 18	21 (10)	6 (5)
	15 - 16	14 (6)	7 (6)
	13 - 14	13 (6)	13 (10)
	11 - 12	9 (4)	6 (5)
Alacsony	9 - 10	11 (5)	2 (2)
	7 - 8	7 (3)	3 (2)
	5 - 6	6 (3)	1 (1)
	3 - 4	3 (1)	3 (2)
	0 - 2	2 (1)	1 (1)
Összesen:		217 (100)	128 (100)

Övezetenkénti %-os megoszlás

Magas	18%	18%
Közepesen magas	34%	46%
Közepesen alacsony	35%	28%
Gyenge	13%	8%
Összesen:	100%	100%

magyarázóerejű faktort talált (3,85-ös sajátértékkel), valamint egy kevésbé erős, második faktort (1,43-as sajátértékkel). A 4. táblázat azt tünteti fel, hogy a CIS egyes tételei milyen faktorsúlyokkal esnek e két faktorba a magyar vizsgálat adatai szerint.

4. táblázat. A CIS egyes tételeinek faktorsúlya a két fő faktorban, a magyar vizsgálat adatai. (A tételek e szempont szerint vannak sorbarendezve, a 0.25-nél alacsonyabb abszolút értékű faktorsúlyokat - a BMDP nyomán - 0-nak vettük. A tételek neve előtt a bemutatási sorrendet tüntetjük fel)

		1. faktor	2. faktor
7.	Hő-hallucináció	0.72	0.00
8.	Időérzék-torzulás	0.67	0.00
3.	Ujj-érzéketlenség	0.64	0.00
2.	Karlevitáció	0.63	0.00
10.	Teljes ellazulás	0.62	0.42
1.	Karnehezedés	0.60	0.00
5.	Szag-íz hallucináció	0.00	0.78
4.	Víz-hallucináció	0.00	0.78
6.	Zene-hallucináció	0.00	0.74
9.	Korregresszió	0.38	0.62

A magyar adatok faktoranalízise tehát - a külföldi vizsgálatokhoz hasonlóan - egy olyan igen erős faktort mutatott, amely a "relaxáció, tompaság, nyugalom, könnyedség" fogalmaival leírható tételeket öleli fel. Főként testi bevonódásra, viselkedéses válaszkészségre utaló próbák ezek, amelyek valóban közel állnak a hagyományos relaxációs hipnózis jelenségvilágához. A jelen vizsgálatban kimutatott második, mellékfaktor legnagyobb súllyal a különféle modalitású hallucinációkat tartalmazza, némileg hozzájárul ehhez a teljes testi-lelki ellazulás tétele. E második, a teljes varianciából kevesebbet magyarázó, kognitív bevonódást megkívánó tételeket felölelő faktort "hallucinációs" faktornak nevezhetjük el. (Megjegyezzük, hogy az első faktorba legnagyobb súllyal eső tétel a "hő-hallucináció", bár nevében hallucinációs, szövegezésében és élményvilágában inkább a relaxációhoz sorolható, hisz kellemes napsütésben való fekvés, pihenés elképzelésére szólítja fel a vizsgált személyeket, amely közben átélik a napsütés melegét. Hasonlóképp, a 2. faktorban nagyobb súllyal szereplő "korregresszió" tétel olyan sokmodalitású képzeletet mozgósító kognitív próba, amely így érthető módon esik nagyobb súllyal a "hallucinációs" faktorba, mint az elsőbe - részletesebben e próbák szövegét l. a *2. mellékletben*).

A szabad élménybeszámolók. A CIS standard protokollján felül felvett szabad élménybeszámolók anyagából illusztrációként idézünk néhányat, egyfelől a skála

esetleges negatív élmény-velejáróit bemutatva, másrészt a kellemes, pozitív töltésű élményekből idézve.

A vizsgálatok során az eljárás alatt egyetlen csoportban sem tapasztaltunk rosszullétet vagy más kellemetlen mellékhatást, mindössze az "ébredést" követő rövid idejű bágyadtságot, kábaságot, ami természetes velejárója a relaxációs helyzeteknek. A szabad élménybeszámolók leírásakor azonban találkoztunk kellemetlen vonatkozásokkal, például:

"Rosszullét környékezett, hogy nem tudom tartani a lexikonokat."
"Fizikailag rossz volt a hirtelen újraindítás."
"Iszonyúan küszködtem azzal, hogy itt tudjak maradni, nagyon sokáig száguldó érzésem volt - ide-oda. Félelmetes volt."

Akik élményviláguk szerint nem tudtak bevonódni az eljárásba, nem tudták átadni magukat a helyzetnek, az alábbiakban jelölték meg ennek okát:

"A teszt elején némi ellenállást tapasztaltam magamban, esetenként ellentétes érzést."
"Miközben szívesen belementem a "játékba", a képzelet játékába, nem szívesen vettem, hogy engem irányítanak, és nem tudom, hova, nem tudom mindennel tudok-e azonosulni."
"Nem volt könnyű számomra teljesen idegen közegben állandóan csukva tartani a szemem"
"Egy-két pillanattól eltekintve folyamatosan éreztem a saját kontrollomat, ahogy az érzéseimet, élményeimet vizsgálgatom."
"Nem szeretem, ha bizalmaskodón, meleg hangon erőteljesen belém nyúlnak."

A CIS-sel kapcsolatos élményekben igen gazdagon találkozhatunk a módosult tudatállapot élményvilágába sorolható élményekkel (l. pl. Tart, 1972, Pekala és mtsai, 1986), ezekből néhányat idézve:

- Spontán vizuális élmények (képáramlás):

"A legnagyobb élmény, a szemem előtt megjelenő lágy, meleg, sárgás karikák voltak".
"Mozart zenét hallottam (...) és ez szinte előhívott egy álomszerű helyzetet - romantika, korabeli ruhákban egy parkban találtam magam, egy lugasban, vidám társaságban táncoltunk."

- Kontroll feladása:

"Egy gyors kocsiban ültem, és teljesen sötét volt (nem én vezettem, én elnyúltam a vezető mellett.)"

- Független kognitív stílus:

"Időnként nekem más ugrott be, mint amiről a szöveg szólt: karmelegedés - kályha, természettel való egység - erdőjárás, vízivás - ebédnél, nem forrásnál."

- Testérzések módosulása:

"Arcom, homlokom körül meleg, csurgó érzés, arcom sötét, részek nem láthatók, azok hűsítők hatása alatt vannak."

"A közepe felé mintha a plafonon ülnék, erősnek éreztem a gravitációt, vagy valamilyen centripetális (?) erőt."

"A korregresszionál (...) éreztem, hogy kinőtt a hosszú hajam, amilyen 1. osztályos koromban volt, és újra olyan jó és csöndes vagyok, mint voltam."

"Magamat sokáig kívülről néztem."

"Kívülről figyelve láttam magam, amint mindez bekövetkezik."

"Úgy éreztem, mintha egy tölcséren csúsztam volna egyre lejjebb, fokozatosan távolodva önmagamtól, szinte kilépve önmagamból."

"Úgy éreztem, nemcsak az idő lassul és a másodpercek hosszabbak, hanem én is tágulok a térben."

- Hipermnézia:

"Olyan emlékeket idéztem fel, amikről nem is tudtam, hogy még emlékszem rájuk."

- Spontán amnézia:

"Az utolsó két szakaszra egyáltalán nem emlékszem."

- Valóságellenőrzés:

"Számomra az volt a legfontosabb és legérdekesebb, hogy mennyire nehéz volt visszatérnem a valósághoz."

- Általános élmények:

"Felszabadító érzés, amely önmagammal kibékít és szembesít."

"Sötét szobában feküdtem egy szivacson, valaki simogatta az arcomat."

"A zene és az ellazulásos feladat olyan egyéb kellemes élményekkel kötődött össze nálam, amiknek abszolút át is tudtam adni magam, hogy örültem, hogy újra azt érezhetem, és nem vesztek el azok a pillanatok a múltban, hogy sírni kezdtem."

"Olyan érzés volt, mintha a testem nem is létezne, és mintha egy teljesen más világba léptem volna be."

"Végig úgy éreztem, mintha az idő megállt volna, és mintha nagyon könnyű lennék. Néha az volt a benyomásom, mintha nem lenne testem, a gondolataim, a képzeletem pedig szabadon "járkálnának" mindenfelé térben és időben kötetlenül. Az egész álomra hasonlított, semmi nem tűnt lehetetlennek."

A CIS elnevezésében megjelenő "kreatív" jelző igazolására bemutatunk néhányat egyazon próba - idő-meglassulás - sokszínű megéléséből:

"Mintha a lélegzetem, Kata (v.v.) hangja, a kinti zaj is elnyújtott lett volna."

"Az idő meglassulását a számegyenes végtelenségével hoztam kapcsolatba."

"Egy forgó tárcsa mindig nyújtotta a szemem előtt a mp-eket, narancssárga korong volt."

"Nem volt kellemes, mert úgy éreztem az idővel együtt a légzésem is lelassul, és a végén elég nehezen kaptam levegőt."

"Az időélményt egy gyorsan, illetve lassan csöpögő csap segítségével nagyon jól sikerült 'behoznom'".

"Egy lassított filmet képzeltem el, illetve mintha egy futót látnék, aki rendesen fut, de én lassabbnak, lebegőbbnek látom."

"Egy óriási rágógumi volt előttem, ami csak nyúlt és nyúlt, és már nem is láttam a végét."

"Egy Dali-képhez kötöttem."

"Az idő a sötétséggel, szinte a semmivel lett azonos, kellemes volt beleveszni ebbe a semmibe."

Megbeszélés

A fenti adatokat összegezve megállapíthatjuk, hogy a Kreatív Imaginációs Skála jelen formátumú magyar változata legfontosabb adatait tekintve megfelel az eredeti, angol nyelvű formának. A magyar változat alkalmazásával nyert adatok átlaga, tételeinek nehézségi sorrendje, az egyes övezetekbe kerülő személyek eloszlása, faktoriális elemzése, valamint a megbízhatósági mutatói lényegében egybeesnek az eredeti forma megfelelő adataival (ld. Barber és mtsa, 1977, 1978-79).

Az angol nyelvű, illetve a magyar vizsgálatok között egyrészt a CIS pontszámok szórásának eltérésével találkoztunk, valamint újdonságként merül fel a magyar mintán tapasztalt nemek közötti különbség, amire az eredeti közleményekben nem volt utalás. Szintén új fejlemény az eredetivel összecsengő, egy kiemelkedő faktor mellett megjelenő kisebb súlyú, de mégis lényegesnek tűnő második, "hallucinációs" faktor megjelenése a magyar vizsgálatban.

Érdemes szem előtt tartani, hogy mindezen adatok a CIS "kontroll" feltétel mellett kapott eredményein alapulnak - igazodva Barber és munkatársai szintén kontroll feltétel mellett felvett normatív adataihoz. Minden bizonnyal a magyar nyelvű változat is érzékeny a különféle előkezelésekre, ám erre jelen vizsgálat alapján nem kapunk választ. Elképzelhető, hogy a szórásértékekben tapasztalt eltérés az eredeti és a magyar vizsgálatok óhatatlanul is eltérő körülményeivel függ össze.

A magyar vizsgálatban a CIS standard protokollján felül felvett élménybeszámolók anyaga alapján megállapíthatjuk, hogy a skála felvétele erősen hívja a módosult tudatállapotokat jellemző élményanyagot, és általában is igen gazdag és színes szubjektív megélésről kaphatunk beszámolót ilyen egyszerű élményfeltárási módszer mellett is. Mindez arra utal, hogy érdemes a CIS hagyományos önértékelési lapját kiegészíteni ezzel, az élményekre rákérdező oldallal, így az ilymódon nyert élményanyag tartalomelemzése a standard pontozást kiegészítő adatokat nyújthat.

Mindezek alapján megállapíthatjuk, hogy a Kreatív Imaginációs Skála magyar változata az eredeti, angol nyelvű formának megfelel, így hazai vizsgálatok is bekapcsolódhatnak abba az igen gazdag és izgalmas kísérleti munkába, amelyet a nemzetközi szakirodalom a CIS-sel, vagy azt felhasználva mutat.[2] Kísérleti

---

[2] A közeljövőben kívánjuk közzétenni a skála kísérleti alkalmazásával kapcsolatos eredményeinket, ennek kapcsán adunk részletesebb ismertetést a CIS-sel kapcsolatos nemzetközi kutatásokról is.

felhasználása mellett a magyar változat, mint standard, megengedő stílusú szuggesztív eljárás egyre inkább teret nyerhet a hazai klinikai, terápiás gyakorlatban is. Ezzel remélhetőleg a Kreatív Imaginációs Skála magyar változata egyike lesz azoknak az építőköveknek, amelyek a kísérleti és klinikai irányok közötti szakadékot áthidalják.

A kézirat a szerkesztőségbe érkezett: 1993. február 4.

IRODALOM

Barber, T. X., Wilson, S. C. (1977). Hypnosis, Suggestion and Altered States of Consciousness. Experimental Evaluation of the New Cognitive-Behavioral Theory and the Traditional Trance-state Theory of Hypnosis. *Annals of the New York Academy of Sciences, 296*, 34-47.

Barber, T. X., Wilson, S. C. (1978-79). The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale: Experimental and Clinical Applications. *American Journal of Clinical Hypnosis, 21*, 84-108.

BMDP Statistical Software Manual I. and II. University of California Press. 1988

Bulyákiné Szabó I. (1991). A Kreatív Imaginációs Skála összehasonlító vizsgálata cigányok és magyarok között. Általános lélektani "mestermunka", Kézirat, ELTE BTK, Budapest

Fodor, J., Boncz, I. (1990). Imaginációs készség fejlesztése Barber-féle kreatív módszer segítségével. Előadás a 2. Magyar Hipnózis Találkozón. 1990. május 25-27, Szeged.

Pekala, R. J., Steinberg, J., Kumar, V. K. (1986). Measurement of Phenomenological Experience: Phenomenology of Consciousness Inventory, *Perceptual and Motor Skills, 63*, 983-989.

Shor, R. E., Orne, E. C. (1962). *Harvard Group Scale of Hypnotic Susceptibility, Form A.* Palo Alto, California, Consulting Psychologists Press.

Tart, C. T. (1972). *Altered States of Consciousness.* Anchor Book Doubleday and Company Inc. New York.

Weitzenhoffer, A. M., Hilgard, E. R. (1959). *Stanford Hypnotic Suscentibility Scale, Forms A and B.* Palo Alto California, Consulting Psychologists Press.

Wilson, S. C., Barber, T. X. (1978-79.) The Creative Imagination Scale as a measure of hypnotic responsiveness: applications to experimental and clinical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis, 21.*

MELLÉKLETEK

1. A ráhangoló ("think with") előkezelés standard szövege Magyar nyelvű, magázó változat

Helyezkedjenek el kényelmesen, kellően szellősen, úgy, hogy mindenki körül egy kartávolságnyi szabad hely legyen

(A vizsgálatvezető az alábbi szöveget fejből, természetes beszédstílusban mondja. Kellék: 1 inga: 20-30 cm-es fonálon vagy láncon lógó nehezék (függő, kő, gyűrű, stb.))

A következőkben olyan próbákat szeretnék bemutatni, amelyekben arra kérem Önöket, hogy irányítsák gondolataikat, kreatívan használják képzeletüket, és ezáltal bizonyos hatásokat érhetnek el, és bizonyos jelenségeket tapasztalhatnak meg.

Akkor lesz ez Önök számára érdekes, hogyha a gondolataikat az instrukciókra összpontosítják. Ha az instrukcióknak megfelelően gondolkodnak, akkor megtapasztalhatják, hogy számos érdekes és hasznos dologra lehet a tudatukat használni.

Hadd mondjak egy példát, amelyhez hasonlót fognak majd kapni.

Ha megkérném például Önöket arra, hogy csukják be a szemüket és csináljanak úgy, mintha egy TV-műsort néznének, erre sokféleképpen reagálhatnak. Például, ha valaki megkér engem arra, hogy csukjam be a szemem és képzeljem el, hogy egy TV-műsort nézek, egyik mód, hogy erre válaszoljak, hogy becsukom a szemem és azt mondom magamban: "Ez nem egy TV-képernyő. Nem látom a TV-műsort. Nevetséges ez az egész. Egy nagy hülyeség. Nem tudom megcsinálni."

Nyilván, ha ilyen negatív attitűddel állok a dologhoz és negatív módon ítélem meg ezt magamban, semmi sem fog történni. Nem fogom a TV-képernyőt magam elé képzelni és nem fogom úgy érezni, mintha TV-műsort néznék, és nem lesz ez az egész érdekes és fáradtságot megérő élmény számomra.

Van egy másik válaszlehetőség is, amiből szintén nem fogok hasznot húzni. Becsukom a szemem és passzívan várom, hogy megjelenjen a TV-képernyő. Megint nem fog történni semmi, mert kizárólag a saját gondolataim képesek a lelki szemeim előtt egy TV-képernyőt megjeleníteni. S ez nem fog magától, varázsütésre megtörténni.

A harmadik válaszlehetőség, amelyből a legtöbb élményt szerezhetem, hogyha valaki azt mondja nekem: "Csukd be a szemedet és képzeld el, hogy egy TV-műsort nézel", ha csak hagyom, és egy olyan TV-műsorra gondolok, amely tetszik nekem vagy amire emlékszem, mint például az ONEDIN CSALÁD, akkor becsukom a szemem *(v.v. becsukja a szemét)* és azt mondom magamban, hogy látom Onedin kapitányt a lelki szemeim előtt. Elképzelem, amint belép a hajókabinba, a kinti vihartól nedves kabátját felakasztja az ajtó melletti fogasra és odaszól feleségének, Elisabethnek, hogy már csillapodik a vihar és leül a kedvenc foteljébe. Valóban úgy érzem magam, mintha látnám a műsort *(v.v. kinyitja a szemét)* és nagyon érdekesnek találom ezt az élményt. Ugyanezen a módon elérhetem, hogy úgy érezzek, mintha híreket, focimeccset vagy bármilyen más TV-műsort néznék.

Saját magam alakítom ki és látom ezeket a lelki szemeim előtt.

A képzeletem kreativitása segítségével, és azzal, hogy a TV műsorra gondolok, magam hoztam létre az élményt, és így láthattam a lelki szemeim előtt. Ezt mindenki meg tudja csinálni, habár kevesen teszik

ezt meg. Néhányan saját maguk állítják le negatív attitűddel, például, ha azt mondják magukban, hogy ez butaság és semmi sem fog történni, vagy passzívan várják, hogy valami magától történjen.
Mondok még egy példát, amely szintén előfordulhatna a tesztben. Ha megkérném Önöket arra, hogy tartsanak a kezükben egy ingát, mint ez és gondoljanak arra, hogy ide-oda mozog, megint többféleképpen reagálhatnak erre.

Például, ha valaki azt mondja nekem: "Tartsd ezt az ingát *(v.v. tartja az ingát és modellezi, hogy hogyan képzeli ezt el)* és gondolj arra, hogy ide-oda mozog. Gondolj arra, hogy egyre gyorsabban mozog, ide-oda, gyorsabban és gyorsabban, előre és hátra, és nézd addig, amíg valóban elkezd mozogni." Ha az instrukciónak megfelelően arra gondolok, hogy az inga mozog, azt fogom találni, hogy az inga valóban megmozdul *(a v.v. megállítja az ingát)*. Ebben a mozgásban semmi varázslatos és misztikus nincs.

A saját gondolataim idézték elő az inga mozgását. Ha a gondolataimat arra összpontosítom, hogy az inga előre hátra mozog, ez finom apró mozgást hoz létre az ujjaim izmaiban. Ez a mozgás tudattalan olyan értelemben, hogy nem érzékelem, hogy az izmaim mozognak.

Az inga mozgása felerősödik és úgy tűnik nekem, mintha az inga magától mozogna. A pszichológiában ezt ideomotoros mozgásnak nevezzük: izmaink, testünk és tudatunk működése olyan szorosan kapcsolódik egymáshoz, hogy lehetetlen lenne, hogy ha élénken elképzeljük az inga ide-oda mozgását, az izmainkban ne lépnének fel apró mozgások.

Ez az a dolog, amire utalok, amikor azt mondom Önöknek, hogy azáltal, hogy ha csak hagyják, hogy a gondolataik az instrukciókra hangolódjanak, akkor érdekes tapasztalatokat szerezhetnek, és láthatják hogyan és milyen csodálatos és hatékony módon függ össze a tudatuk és testük működése.
Az inga ide-oda mozgásának elképzelésére szóló instrukcióra sokféleképpen reagálhatnak. Blokkolhatják is, de ebből nem szerezhetnek érdekes tapasztalatokat. Mondhatják, hogy ez egy nevetséges dolog, nem mozog az inga ide-oda. Természetesen ilyen negatív attidűddel nem fog történni semmi.

Másik mód, amikor szintén nem fog bekövetkezni semmi, ha arra várnak, hogy az inga magától megmozdul anélkül, hogy az ide-oda való mozgásra gondolnának. Nem fog varázsütésre bekövetkezni semmi, mivel csak a saját tudatuk képes mozgást létrehozni.

Nos, ezekhez hasonló próbákat fognak kapni. Bár az előbb vázoltak bármelyike szerint reagálhatnának, én szeretném, ha olyan módon válaszolnának a próbákra, amelyekből a legtöbb tapasztalatot szerezhetik és ahogy a legjobb képességeiknek megfelelően tudják összpontosítani a gondolataikat és a képzeletüket. Ha a kreatív képzeletüket és a gondolataikat az instrukcióknak megfelelően működtetik, akkor élhetik át legteljesebben azokat az érdekes és hasznos dolgokat, amelyeket a tudatuk képes véghezvinni.

Forrás: T. X. Barber; S. C. Wilson: Hypnosis, Suggestion and Altered States of Consciousness. Experimental Evaluation of the New Cognitive-Behavioral Theory and the Traditional Trance-state Theory of Hypnosis. Annales of the New York Academy of Sciences, 1977:296, 34-47.

Megjegyzés: Az angol nyelvű eredetihez képest némi változtatást jelent, hogy a szövegben eredetileg szereplő TV-sorozatot Magyarországon ismert, és viszonylag kedvelt sorozattal váltottuk fel, és ebből vettük a példában megfogalmazott részleteket.

Az instrukció szelleme szerint javasolt mindig a vizsgálat idején épp aktuális, kellően ismert, de általában nem ellenségesen fogadott TV sorozatra hivatkoznunk, és annak megfelelően kidolgozni a konkrét részleteket.

2. A Creative Imagination Scale (Kreatív Imaginációs Skála) magyar nyelvű, magázó változata

A 10 próba mindegyikének idejét feltüntetjük a szövegben, ezek az értékek, valamint az egyes próbákban előforduló különleges utasítások (!!!-el jelölve) tájékoztatnak a szöveg olvasásának tempójáról.

1. Karnehezedés

Ha gondolataikkal követik, amit mondok, és figyelik az érzéseiket, akkor hamarosan nehéznek fogják érezni a karjukat. Kérem, csukják be a szemüket és nyújtsák ki a bal karjukat vállmagasságba, úgy, hogy a tenyerük felfelé nézzen.

(Időmérés kezdődik)

Most képzeljék el, hogy egy nagyon nehéz lexikont helyeztünk el a bal tenyerükre. Csak hagyják, hogy kezük érezze a nehezedést. Ha arra gondolnak, hogy egy nehéz könyv van a kezükben, akkor valóban nehéznek fogják érezni. Maguk idézik fel a nehezedés érzését, ahogy erre a súlyos könyvre gondolnak.

No most képzeljék el, hogy egy másik nehéz könyvet helyeztünk az előző tetejére.

Érzik most, hogy mennyire nehéz lett a karjuk, amint tartják a lexikonokat.

Tartják a lexikonokat és közben arra gondolnak, hogy milyen nehezek, figyeljék meg, hogy a karjuk egyre nehezebb, és nehezebb. Képzeljék el, hogy a két nehéz lexikon tetejére egy harmadik kerül és most a karjuk nagyon nehéz lesz.

Csak érezzék, mintha három nehéz lexikon nyomná a kezüket, ami nehéz, egyre nehezebb ... nehezebb ... nehezebb lesz.

Érezzék, hogy karjaik egyre nehezebbek ... nehezebbek és nehezebbek ... nagyon ... nagyon ... nagyon nehezek ... súlyosak ... súlyosak ... nagyon súlyosak.

(Körülbelül 1 perc 20" az időmérés kezdete óta)

Jól van ... most lazuljanak el, és mondják magukban, hogy ismét a megszokott érzés van a karjukban és hagyják, hogy karjuk visszatérjen eredeti helyzetébe.

2. Karlevitáció

Hogyha a jobb karjukra figyelnek, észlelhetik, hogy az könnyű lesz és emelkedni fog, erőkifejtés nélkül. Tartsák továbbra is csukva a szemüket és nyújtsák ki a jobb karjukat vállmagasságban és tenyerüket fordítsák lefelé.

(Időmérés kezdődik)

Képzeljenek el egy szökőkutat, amelynek erős vízsugara nyomja felfelé a jobb tenyerüket. Gondoljanak erre az erős vízsugárra, amint nyomja felfelé a jobb kezüket.

Engedjék át magukat annak az érzésnek, hogy a vízsugár nyomja felfelé a jobb tenyerüket. Engedjék, hogy a vízsugár ereje nyomja felfelé a tenyerüket, érezzék a jobb tenyerükön ezt a nyomást, gondoljanak arra, hogy a vízsugár nagyon erős, és ahogy erre gondolnak hagyják, hogy emelkedni kezdjen a kezük. Ahogy így az erős vízsugárra gondolnak, érzik, hogy a kezük emelkedni kezd, mind feljebb és feljebb, mind magasabbra és magasabbra.

Mondják magukban, hogy erős vízsugár nyomja fel, egyre feljebb a kezüket, egyre magasabbra és magasabbra emeli a karjukat, ahogy az erős vízsugár nyomja felfelé, emeli és nyomja ... és csak nyomja felfelé, egyre feljebb.

(1 perc 10")

Most mondják magukban, hogy mindez csak a képzeletükben volt, és hagyják, hogy karjuk visszatérjen az eredeti helyzetébe és lazuljanak el.

3. Ujj-érzéketlenség

Gondolataik összpontosításával az ujjaik érzéstelenedését idézhetik elő. Helyezzék a bal karjukat az ölükbe, tenyérrel felfelé. Továbbra is tartsák csukva a szemüket, így teljesen azokra a testi érzésekre tudnak figyelni, ami a bal kezük ujjaiban bekövetkezik.

(Időmérés kezdődik)

Most próbálják meg elképzelni és érezni, hogy egy Lidocain érzéstelenítő injekciót kaptak a bal kezükbe, a kisujj felőli oldalba. Ennek hatására úgy érzik, mintha kisujjuk érzéketlenné válna. Figyelmüket most erre az ujjukra irányítsák.

Észreveszik a legkisebb testi változást is, amint arra gondolnak, hogy a Lidocain lassan kezd szétáramlani és felszívódni. Figyeljenek arra az enyhe változásra, ami a kisujjukban zsibbadást és érzéstelenedést okoz.

A kisujjuk valóban zsibbadt lesz, ahogy arra gondolnak, hogy az érzéstelenítő szétáradt.

Most gondoljanak arra, hogy az érzéstelenítő a szomszédos gyűrűsujjba is felszívódik a véráramon keresztül. Mondják magukban, hogy a gyűrűsujj egyre jobban elérzéstelenedik, mind jobban és jobban elzsibbad, ahogy az érzéstelenítő kezdi kifejteni hatását.

Most képzeljék el, hogy érzéketlenek az ujjaik, mintha gumiból lennének.

Ahogy arra gondolnak, hogy az érzéstelenítő egyre inkább árad szét, az ujjaik egyre érzéketlenebbek és érzéktelenebbek lesznek ... egyre zsibbadtabbak ... érzéktelenek és zsibbadtak. Ha arra gondolnak, hogy az érzéstelenítő hatni kezd, a két ujjukat egyre érzéketlenebbnek és érzéktelenebbnek találják ... mind zsibbadtabbnak egyre zsibbadtabbnak ... Zsibbadt és érzéketlen lesz.

Ha a hüvelykujjukkal megérintik a két ujjukat: akkor érezni fogják, mennyire érzéketlenek és zsibbadtak.

Ahogy megérintik a két ujjukat a hüvelykujjukkal, észreveszik, hogy mennyire érzéketlen, mind zsibbadtabb és zsibbadtabb ... Zsibbadt és érzéketlen lesz ... Zsibbadt, tompa és érzéketlen lesz.

(1 perc 50")

Most mondják magukban, hogy mindez csak képzeletükben volt, és ujjaikba visszatér az eredeti érzés. Hozzák vissza a természetes érzést az ujjaikba.

4. Víz-hallucináció

Továbbra is tartsák szemüket csukva. Képzeletük segítségével felidézhetik a hideg friss víz ivásának az érzését.

(Időmérés kezdődik)

Először képzeljék el, hogy a tűző napon feküdtek órákig, és nagyon, ... nagyon szomjasak lettek, annyira, hogy a szájuk is kiszáradt.

Most képzeljék el, hogy egy tisztavízű hegyi patak mellett vannak ... és egy pohárral mernek ebből a hideg friss ivóvízből. Ahogy gondolnak arra, hogy kortyolnak a vízből, érezhetik, hogy milyen élvezetes, amint nyelik le a torkukon ... csodálatos ... hideg, ... finom és élvezetes.

Ahogy megkóstolják, érezhetik, hogy milyen hűsítő és finom. Most gondolják el, hogy még egy kortyot isznak a vízből, ami szétárad a szájukban és megnedvesíti az ajkaikat ... és lemegy a torkukon át egészen a gyomrukig.

Ha tovább kortyolnak a vízből, érezhetik mennyire hideg, frissítő és élvezetes ... olyan jó hideg ... hűsítő ... frissítő és élvezetes.

Ha tovább isznak, érzik, amint a hideg víz szétáramlik a szájukban a nyelvük körül, lemegy a torkukon keresztül a gyomrukba ...

Olyan finom ... hideg ... csodálatos ... nagyon élvezetes.

(1 perc 30")

5. Íz- és szaghallucináció

Továbbra is tartsák csukva a szemüket, képzelőerejük segítségével a narancs ízét és illatát érezhetik.

(Időmérés kezdődik)

Képzeljék el, hogy kézbevesznek egy narancsot és hámozni kezdik. Ahogy elképzelik a narancsot, és hámozni kezdik, érzik és látják a narancs külső héját, és a puha fehér részt a héj belsején ... Ahogy folytatják a hámozást, előtűnik a lédús illatos gyümölcs. Érezzék a narancs kellemes illatát. Az illata megcsapja az orrukat és egyre erősebben érzik ezt a kellemes narancsillatot.

Most képzeljék el, hogy egy vagy két gerezdet lefejtenek belőle ... Válasszanak le pár gerezdet, és harapjanak bele. Kellemes üdítő ízt éreznek a nyelvük körül és a narancs zamata szétárad a szájukban.

Érezzék a nedvét és a gyümölcs húsát, ahogy még egyet harapnak belőle. Csak érezzék a narancs illatát és ízét, és figyeljék meg, mennyire finom. Csak érezzék, mennyire finom ... kellemes ... zamatos. Igen kellemes ... lédús narancs ... teljesen finom ... csodás.

Továbbra is érezzék a narancs üdítő ízét, és ha képzeletükben még egyet harapnak bele, még erősebben érezhetik az illatát és az ízét.

(1 perc 30")

6. Zene-hallucináció

Tartsák továbbra is csukva a szemüket!

(Időmérés kezdődik)

Gondoljanak vissza arra az időre, amikor valahol egy kellemes, csodálatos muzsikát hallottak ... bárhol lehetett ez, és ahogy visszagondolnak rá, szinte tökéletesen hallhatják képzeletükben.

Maguk idézték fel, és olyan élénken át tudják élni, mintha valóban hallanák.

Ez a muzsika teljesen magávalragadó lehet, erőteljes ... tökéletes ... testüknek minden pórusában vibrál ... minden pórusába behatol ... egész lényüket áthatja.

Ez a legszebb ... legtökéletesebb ... legkellemesebb, ... leginkább magával ragadó zene, amit valaha is hallottak.

No most hallgassák ezt a képzeletükkel felidézett zenét.

(Az időmérés kezdete óta 45")

(!!!15" kivárás!!!)

No most már ne gondoljanak tovább a muzsikára.

7. Hő hallucináció

Tartsák továbbra is csukva a szemüket, kezeiket kényelmesen tegyék az ölükbe, tenyérrel felfelé. Gondolataik összpontosításával a jobb karjuk melegségérzését idézhetik elő.

(Időmérés kezdődik)

Most képzeljék el, hogy a jobb kezükre süt a nap és érezzék a melegét. Ahogy erre a ragyogó napsütésre gondolnak érezhetik, hogy a meleg fokozódik, szinte átmelegíti a bőrüket, átjárja a kezüket.

Gondolják el, hogy valóban meleget éreznek ... egyre melegebbet. Érzik, hogy a meleg egyre erősödik. A napsugárzás nagyon, nagyon forró lesz, amint átjárja a kezüket ... egyre melegebb lesz.

Mondják magukban, hogy a napsütés és a melegség egyre erősödik, ... egyre melegebb egyre forróbb lesz ... érzik, hogy a meleg áthatol a bőrükön. Érzik, hogy a meleg egyre mélyebbre hatol a bőrükben. Ahogy arra gondolnak, hogy a napsugárzás erősödik, ... egyre melegebb és melegebb lesz. Érezhetik, hogy a kezük átforrósodik a napsugárzástól. Kellemes érzés, ahogy a meleg átjárja a kezüket ... meleg, kellemesen meleg, ahogy most átjárja a kezüket. Ez egy kellemes meleg érzés.

(1 perc 15")

Most mondják magukban, hogy mindez csak a képzeletükben történt és térjen vissza az eredeti, természetes érzés a kezükbe.

8. Idő-meglassulás

Továbbra is tartsák csukva a szemüket. Gondolataik szabályozásával előidézhetik az idő meglassulásának élményét.

(!!! A következő szöveget fokozatosan lassulva kell olvasni. Minden szót lassítva kell kiejteni és az állítások közt 2-6 mp-es szüneteket kell tartani!!!)

(Időmérés kezdődik)

Gondolják el, hogy hosszú,.. hosszú idő telik el minden másodperc között. Az idő megnyúlik, és hosszú idő telik el ... egyre több idő telik el a másodpercek között. Minden másodperc megnyúlik ... egyre jobban megnyúlik, ... meghosszabbodik ... olyan sok idő van ... meghosszabbodik az idő. Minden másodperc megnyúlik, ... sok idő telik el a másodpercek között.

Mindenki magának idézze ezt elő, magának lassítsa le az időt.

(Az időmérés kezdete óta kb. 1 perc 40")

(!!! A következőket normális beszédtempóban kell olvasni !!!)

Nos, most mondják magukban, hogy az idő ismét a megszokott sebességgel telik, ahogy mindenki visszahozta azt az eredeti tempóba.

9. Életkor-regresszió

Továbbra is tartsák csukva a szemüket, gondolataikat irányítva fel tudják idézni azokat az élményeiket, amikor az általános iskola első, második, harmadik, negyedik, ötödik osztályába jártak.

(Időmérés indul)

Gondoljanak arra, hogy időben visszamentek az általános iskolás korig, és egyre kisebbnek és kisebbnek kezdik érezni magukat.

Engedjék át magukat annak az érzésnek, hogy kezeik, lábaik, és testük egyre kisebb lesz.

Ahogy mennek vissza időben, úgy érzik, hogy egy nagy iskolapadban ülnek.

Figyeljék meg az osztály padlóját, tapintsák meg a pad tetejét. Lehet, hogy ez egy sima hideg felszín, de az is lehet, hogy vannak rajta karcolások, bevésések. Lehet, hogy van a padon egy bemélyedés, ahol a ceruzákat lehet tartani, ... az is lehet, hogy épp van benne egy nagy sárga ceruza. Lehet, hogy a pad alsó részére rágógumit tapasztottak.

Figyeljék meg a körülöttük lévő osztálytársakat, a tanárt ..., a táblát ..., a katedrát ..., a fogasokat, az ablakokat.

Érezzék a radír és a krétapor illatát.

Talán hallják a többi gyerek zsivalyát és a tanár magyarázatát. Csak nézzék és figyeljék meg, hogy mi történik maguk körül.

(1 perc 20")

(!!! 15 mp szünet után azt mondjuk!!!):

Most mondják magukban, hogy mindez csak a képzeletükben történt ... és térjenek vissza a jelenbe.

10. Testi-lelki ellazulás

Tartsák a szemüket továbbra is csukva. Ha gondolataikkal követik, amit mondok, teljes testi és lelki ellazulást érhetnek el.

(!!! Az alábbi szöveget lassan mondjuk !!!)

(Időmérés kezdődik)

Képzeljék el, hogy egy gyönyörű, meleg nyári napon a vízparton fekve napoznak.

Éljék át, hogy puha, kellemes homokban vagy puha törölközőn fekszenek. Engedjék át magukat annak az érzésnek, hogy a nap kellemesen süt, és kellemes szellő simogatja a nyakukat és arcukat.

Képzeljék el a szép kék eget ... a lassan úszó bárányfelhőkkel. Érezzék, hogy a nap kellemesen süt, és melege áthatja a testüket.

Testileg és lelkileg teljesen ellazulnak, nyugodtak és kikapcsolódnak.

Megnyugodva, ellazulva, kényelmesen ... nyugodtan, megkönnyebbülve, kibékülve a világegyetemmel ... teljesen ellazulva ... ellazulva ... békésen ... lustán ... nyugodtan ... megnyugodva ... kényelmesen.

Testileg és lelkileg teljesen ellazult állapotban vannak ... teljesen ellazultak ... békésen megnyugodva, egyesülve a világmindenséggel.

(2 perc 5")

Nos, ha majd kinyitják a szemüket továbbra is ilyen ellazult állapotban maradnak, mégis teljesen ébernek érzik magukat ... ébernek ... nyugodtnak ... és ismét a megszokottnak. Nos, most nyissák ki a szemüket.

Forrás: BARBER, T. X. and S. C WILSON (1978/79): The Barber Suggestibility Scale and the Creative Imagination Scale: experimental and clinical applications. The American Journal of Clinical Hypnosis 21(2/3), 84-108.

3. Önértékelési lap

Név: ..... Kor: ..... Foglalkozás: .....

Kérjük, ezen a lapon jelölje be azt, hogy mennyire érezte valódinak az átélt élményeket. A próbák alatt átélt élmények mennyire hasonlítottak a mindennapi életben valóban átélt tapasztalataihoz? Karikázza be azt az állítást, amely az átélt élményt a legjobban kifejezi!

1. KARNEHEZEDÉS

Arra kértük, hogy képzelje el, hogy három nagy lexikon nyomja lefelé a bal karját, amit ennek hatására nehéznek érez. Az átélt élmény mennyiben közelítette meg a valódit, mintha valóban a kezében lettek volna a lexikonok?

2. KARKÖNNYEBBEDÉS

Arra kértük, hogy képzelje el, hogy egy szökőkút vízsugara felfelé nyomja a kinyújtott jobb kezét, ennek hatására könnyebb lesz a karja. Az átélt élmény mennyiben közelítette meg a valódit, tehát amikor a vízsugár valóban nyomja felfelé a karját?

egyáltalán nem hasonlított	kicsit hasonlított	közepesen hasonlított	nagyon hasonlított	csaknem teljesen ugyanolyan volt

3. UJJZSIBBADÁS

Arra kértük, hogy képzelje el, hogy érzéstelenítő injekciót adtunk a bal kezébe, és ez a két ujját elzsibbasztotta. Az átélt érzés mennyiben közelítette meg a valódi élményt, tehát amikor az érzéstelenítő injekció hatására elzsibbad a két ujja?

egyáltalán nem hasonlított	kicsit hasonlított	közepesen hasonlított	nagyon hasonlított	csaknem teljesen ugyanolyan volt

4. VÍZIVÁS

Arra kértük, hogy képzelje el, hogy friss, hideg forrásvízből iszik. Az átélt élmény mennyiben közelítette meg a valódi élményt, tehát azt, hogy valóban friss forrás vizet ivott volna?

egyáltalán nem hasonlított	kicsit hasonlított	közepesen hasonlított	nagyon hasonlított	csaknem teljesen ugyanolyan volt

5. NARANCSEVÉS

Arra kértük, hogy képzeljen el egy narancsot, érezze az illatát és kóstolja meg. Az átélt élmény mennyiben közelítette meg a valódit, tehát azt, ha tényleg érezte volna a narancs illatát és megkóstolta volna?

egyáltalán nem hasonlított	kicsit hasonlított	közepesen hasonlított	nagyon hasonlított	csaknem teljesen ugyanolyan volt

6. ZENEI ÉLMÉNY

Arra kértük, hogy emlékezzen vissza egy nagyon szép zenére. Hasonlítsa össze, hogy az átélt érzés mennyiben közelítette meg a valódi élményt, tehát azt, ha tényleg érezte volna a narancs illatát és megkóstolta volna?

egyáltalán nem hasonlított	kicsit hasonlított	közepesen hasonlított	nagyon hasonlított	csaknem teljesen ugyanolyan volt

7. KÉZMELEGEDÉS

Arra kértük, hogy képzelje el, hogy a nap süti a jobb kezét és átmelegíti. Az átélt érzés mennyiben közelítette meg az eredeti élményt, tehát amikor a nap valóban sütötte és átmelegítette a kezét?

egyáltalán nem hasonlított	kicsit hasonlított	közepesen hasonlított	nagyon hasonlított	csaknem teljesen ugyanolyan volt

8. IDŐMEGLASSULÁS

Arra kértük, hogy képzelje el, hogy az idő meglassul. Kérjük jelölje meg, hogy mennyire érezte az idő meglassulását!

egyáltalán nem hasonlított	kicsit hasonlított	közepesen hasonlított	nagyon hasonlított	csaknem teljesen ugyanolyan volt

9. KOR REGRESSZIÓ

Arra kértük, hogy képzeletében menjen vissza arra az időre, amikor általános iskolába járt. Kérjük jelölje meg, hogy az átélt érzés mennyiben közelítette meg az eredeti élményt, tehát azt, amikor valóban iskolás volt!

egyáltalán nem hasonlított	kicsit hasonlított	közepesen hasonlított	nagyon hasonlított	csaknem teljesen ugyanolyan volt

10. ELLAZULÁS

Arra kértük, hogy képzelje el, hogy a vízparton teljesen ellazult állapotban fekszik. Hasonlítsa össze, hogy az átélt érzés mennyiben közelítette meg a valódi élményt, tehát azt, amikor valóban a vízparton ellazulva feküdt!

egyáltalán nem hasonlított	kicsit hasonlított	közepesen hasonlított	nagyon hasonlított	csaknem teljesen ugyanolyan volt

SUMMARY

The Hungarian version of the "Creative Imagination Scale" and the preliminary results concerning its application

Varga, Katalin

The paper introduces the Hungarian version of the "Creative Imagination Scale", a standardized scale of non-authoritarian suggestions, originally published by Barber and Wilson (1977, 1978-79). The procedure, the verbatim text and the scoring of the Hungarian version is presented. The comparison of the data of the Hungarian application of the scale with the original normative data revealed that the present version of the scale is not significantly different from most important psychometric features of the original scale. The present article deals with the phenomenological data regarding the scale, and the clinical as well as the experimental application of the Hungarian version is recommended.

KONCEPCIONÁLIS KÉRDÉSEK A TANULÁSI ZAVAR FOGALOM KÖRÜL*

SARKADY KAMILLA és ZSOLDOS MÁRTA

Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézet

A 60-as évektől kezdődően számos tudományág tesz kísérletet a nemzetközi szakirodalomban szinonimaként ismeretes tanulási zavar, illetve specifikus tanulási zavar fogalom meghatározására. Közleményünkben a jelenség gyógypedagógiai, pszichológiai szempontú definiálására vállalkozunk. A fejlesztő pedagógiai, a neuropszichológiai, a perceptuális, illetve szenzomotoros elméleti és pszicholingvisztikai elemzéseket áttekintve felállítjuk a tanulási zavar diagnózisának kritériumrendszerét. Ebben az intelligenciához való viszonyt, a kóreredetet, a kognitív pszichológiai tünetegyüttest és a magatartásképet véljük döntő jelentőségűnek. Felsoroljuk az iskolai teljesítményekben megjelenő tüneteket. Elhatároljuk a jelenséget más tanulási sikertelenségtől. Meghatározzuk helyzetét a fogyatékosságok körében. Mindezek szintéziseként megfogalmazzuk a tanulási zavar gyógypedagógiai pszichológiai szemléletű diagnózisát.

Számos tudományág tesz kísérletet a tanulási zavar jelenségének leírására saját nézőpontja szerint. Közleményünkben megpróbáljuk tisztázni a fogalmat szemléletünknek megfelelően, gyógypedagógiai-pszichológiai megközelítésből. Kritériumokat jelölünk meg a tanulási zavar körülhatárolására, elkülönítjük más tanulási sikertelenségtől. Határozottan állást foglalunk a fogyatékosságokhoz való viszonyáról.

Az utóbbi években a dyslexia mint a tanulási zavar egy formája nem csupán szakmai érdeklődést váltott ki, hanem az érintett gyermekek és családjaik szaporodó száma miatt a téma túlnőtt a professzionalitás körén. Szülői kezdeményezésre számos érdekvédelmi szövetség alakult Magyarországon - így pl. a Nehezen Nevelhető Gyermekek Szülő Érdekvédelmi Egyesülete, illetve a Dyslexia Szövetség -, és napjainkban tervezik a Dyslexia Kutató és Módszertani Központ megalakítását is. A jelenség nem új, hiszen a 60-as években az Egyesült Államokban főleg szülői

* A tanulmány "Gondolatok a (specifikus) tanulási zavarról" címmel kisebb tartalmi változtatással megjelent a szerzők által írt Szűrőeljárás óvodáskorban a (specifikus) tanulási zavar lehetőségének vizsgálatára: Meeting Street School Szűrőteszt című főiskolai jegyzetben, amely a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola kiadványa.

szervezetek motivációjára indult el az az időigényes szakmai tevékenység, amelynek célja a tanulási zavar meghatározása és befolyásolása volt. Áttekintve a jelenség leírását megkísérlő számos próbálkozást, nemegyszer a szakmai, illetve a szülői érdekek ütközésének lehetünk szemtanúi. Sokféle és különböző mélységű definíció és számtalan, többségében leíró szintű megfogalmazás született. A nemzetközi szakirodalomban ma is gyakran felváltva használják a tanulási zavar, illetve a speciális tanulási zavar fogalmakat (specific learning disability, developmental disorder/disability, Lernstörung). Így pl. a Warnock Report "speciális tanulási zavarokról" ír, meghatározza ezek enyhe, közepes és súlyos mértékű megjelenési formáit. A Betegségek Nemzetközi Osztályozásának (BNO) 1978-ban revideált változata a "sajátos fejlődési elmaradottság", a DSM-III-R pedig a "specifikus fejlődési zavar" gyűjtőfogalmat használja (Warnock, 1978; BNO, 1978; Szakács, 1990).

Érthető módon Magyarországon sem egyöntetű a terminológia, és eltérő a definíciók értelmezése. Félő, hogy a terminológiai probléma tisztázásának folyamata itthon is hosszadalmas lehet, és ezáltal csökkenhet a gyakorlati munkára irányuló figyelem.

Az alábbiakban javaslatot teszünk a tanulási zavar fogalmának tisztázására a koncepciónknak megfelelően csoportosított tünetegyüttes ismertetésével, ily módon elkülönítve a jelenséget más teljesítménybeli sikertelenségtől. Mindehhez sokéves, a Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Gyógypedagógiai Pszichológiai Intézetében folytatott diagnosztikus tevékenységünk tapasztalata ad alapot.

A tanulási zavar különböző aspektusú értelmezése

Ha a nemzetközi szakirodalom alapján elemezni kívánjuk a meghatározások sorát, jól megfigyelhető, hogy mely szakág felől, milyen módon közelítettek a tanulási zavar leírásához. Így az alábbi főbb területek emelhetők ki: (1) fejlesztő pedagógiai gyakorlat, (2) neuropszichológia, (3) perceptuális, illetve szenzomotoros elméletek és (4) pszicholingvisztika.

(1) *Gyakorlati igény* motiválta irányzatra jó példa az Egyesült Államokban a 60-as években kibontakozó áramlat. A mielőbbi megsegítés szükségletét középpontba helyező, közel 20 éves, terápiás és fejlesztő pedagógiai folyamat során a tanulási zavar definícióinak sokasága született (Kirk, S. A., 1962; Kirk, W. D., 1975; Myklebust, 1967; Cruickshank, 1981; Federal Register, 1977; Hammill és mtsai, 1981; cit. Kirk and Kirk, 1983; Coles, 1987; McLeskey, Waldron, 1991; Kamphaus és mtsai, 1991).

A végső meghatározás megalkotása körüli bizonytalanság több tényezőre is visszavezethető. Sokáig adott vitára okot a tanulási zavar és a különböző fogyatékosságok kapcsolata. A szülői érdekvédelmi szervezetek határozottan kiálltak amellett, hogy ne tekintsék értelmi fogyatékosságnak a tanulási zavart. Azért harcoltak, hogy gyermekeik ne a fogyatékosok iskoláiban tanuljanak, hanem speciális nevelési szükségletet kielégítő integrált oktatási körülmények között. Nehézséget jelentett az is, hogy a terminus technicust államonként eltérő módon értelmezték. A

tünetek csoportosításában sem volt egység, a pszichológiai, a tanulási és a viselkedéses szimptómák sajátos keveréke fordult elő a meghatározásokban.

A definíciók tartalma az eltelt idő alatt lényegesen változott. A kezdeti értelmezések karakteresebbé, konkrétabbá váltak. Például az első meghatározás - amely a "Kivételes gyermek oktatása" című, Kirk által 1962-ben írt könyvben jelent meg - a beszéd-, az írás-, az olvasás- és a számolási készség zavarát cerebrális diszfunkcióra, illetve emocionális vagy viselkedési problémára vezeti vissza. A tanulási zavar fogalmából kategorikusan kizárja az értelmi elmaradást, a szenzoros deprivációt, illetve a szociokulturális hátrányt mint oki lehetőséget. Egy jóval későbbi, a 80-as években született definíció már radikálisan kitágítja a tanulási zavar meghatározását, mivel azt tartja, hogy mentális és érzékszervi sérülés, valamint emocionális és szociális hátrány mellett is megjelenhet (A Tanulási Zavar Nemzeti Egyesületi Bizottsága, 1981, USA; cit. Kirk and Kirk, 1983).

(2) A *neuropszichológia* a pszichológiai tünetek és az agy lehetséges sérülései és érési vagy funkcionális zavarai között keres összefüggést a tanulási zavar magyarázatára. Máig használatos diagnosztikus kategória a minimális cerebrális diszfunkció (MCD). A jelenséget 1962-ben írták le egy amerikai gyermekpszichiátriai kongresszuson. Lempp (1964) szerint MCD-nek tekinthető minden olyan exogén noxa okozta kisfokú agyi károsodás, amely a velősödés periódusában keletkezik és pszichopatológiai tünetekben jelentkezik, de nem jár durva neurológiai eltéréssel vagy értelmi fogyatékossággal (cit. Erdélyi, Huba, 1984). Clements (1966) is ép intellektushoz köti a jelenséget. Megállapítja, hogy a szakirodalomban közel 100 tanulási és viselkedési tünetet tulajdonítanak közvetlenül az MCD-nek (Chapman, Boersma, 1980; P. Balogh, 1988). Ő ezek tükrében a minimális agyi károsodás diagnózisát a 10 leggyakrabban előforduló szimptómára szűkítette, melyek kognitív pszichológiai és neurológiai karakterűek.

Ugyanakkor a neuropszichológiai klinikai osztályozás az MCD-t egységesen "soft" neurológiai tünetnek írja le (Gaddes, 1985). Az ilyen szemléletű medicinális felosztás elkülöníti a tanulás zavarhoz vezető agyi funkcionális elváltozásokat és a fogyatékosságokat okozó durva organikus cerebrális léziót.

A legújabb hazai gyermekpszichiátriai megközelítés az agy két féltekéje közötti integrációs működés zavarára helyezi a hangsúlyt. Az MCD-t kutató magyar munkacsoportok részleges érési elmaradásnak tekintve a jelenséget, a befolyásolás lehetőségeit keresik (Farkas, 1985; Sebestyén, Buczkó, 1985; Duka, 1985; Kardos, Weiss, 1985; Csapó és mtsai, 1991; Balázs, Boros, 1991).

Elfogadott és alkalmazott a parciális teljesítményzavar elnevezés is, amely semleges nómenklatúra a medicinális, a kórkép patológiai eredetét hangsúlyozó, illetve a pszichológusok, logopédusok tüneteket kiemelő eljárásával szemben. Eszerint a teljesítményzavart az idegrendszer egy vagy több strukturális rendszerének organikus károsodása és/vagy funkciózavar hozza létre (Palotás, 1991). Mindezeken kívül az utóbbi években újra életre kelnek azok a nézetek, amelyek - szemben az organikus kóreredet kizárólagosságát hirdetőkkel - a környezeti hatások szerepének is jelentőséget tulajdonítanak (Fritz, 1984).

(3) Külön iskolát képviselnek azok a szakemberek, akik a *perceptuális*, illetve a *szenzomotoros készségek diszfunkciójából* következtetnek a tanulási zavarra. Az alaklélektan képviselői már a 30-as években meglátták az összefüggést a figura-háttér nem megfelelő észlelése és az organikus sérülés között (Goldstein, 1934; Werner, Strauss, 1941; Wewetzer, 1959; cit. Illyésné, 1987). Ez a gondolkodásmód a tanulási zavar kutatásának termékeny területévé vált a szenzomotoros impulzusok és a motoros válaszok integrációjának elemzésével. Többen - pl. Kephart (1960) és Frostig (1970) - a tanulást megalapozó kognitív képességek fejlődésében döntő jelentőségűnek vélték a motoros készségek és a percepció egymásra hatását. Modellek születtek az észlelés mechanizmusának magyarázatára. Affolter sémája (1972) pl. a percepció folyamatában elkülöníti az intramodális és szupramodális szakaszokat, feltételezve, hogy már egy modalitás sérülése is nehezíti a magasabb szintű, szupramodális integrációt.

Ayres (1984) az észlelés és mozgás körfolyamatának modelljében azt hangsúlyozza, hogy az adaptív motoros reakciók csak zavartalan szenzoros integráció jelenlétében jöhetnek létre (cit. Marton, 1990). A tanulási zavar és a perceptuális, illetve a szenzomotoros készségek összefüggését kiemelő nézetnek számos további képviselője vált ismertté. Az általunk említett szakembereket azért tartjuk kiemelkedőknek, mert munkájukat az elmélet és a gyakorlat szoros összefonódása jellemezte.

(4) A *pszicholingvisztika* mint a beszédtevékenység legtágabban értelmezett elmélete a "kognitív sémát" és a "kulturális mintát" kapcsolja össze (Pléh, 1980). A "kulturális minta" elsősorban a nyelv által közvetíthető az oktatás folyamatában. A "kognitív séma" zavara esetén a tudás megszerzésének eszköze veszélyeztetett. Így érthető, hogy a pszicholingvisztika indikálta irányvonal a nyelvi fejlettség hatását helyezi előtérbe a tanulás mechanizmusában. A fonológia, a szintaxis vagy a szemantika szintjén megjelenő deficit a tanulási zavar oka lehet. A verbális kultúrára erőteljesen építő iskolai világban a Luchsinger-féle beszédgyenge gyermek teljesítménykudarca nyilvánvaló és logikus következmény. Viszonylag új hazai kutatási terület a beszédészlelés akadályozottsága. Ez, mint a nyelvi képesség egy diszfunkciója, alapja lehet a tanulási nehézségnek (Gósy, 1991).

Javaslatunk a tanulási zavar fogalmának meghatározására

Véleményünk szerint a definíciónak elég tágnak kell lennie ahhoz, hogy ne csak az ép értelműekre és ép érzékszervűekre legyen érvényes, ugyanakkor elég szűknek kell lennie ahhoz, hogy ne vonatkozzék minden tanulási sikertelenségre.

A (specifikus) tanulási zavar diagnózisának kritériumai

1. A tanulási potenciál és a tanulási eredményesség, azaz az intelligenciaszint és az iskolai teljesítmény közötti *eltérés* (Myklebust, 1967; cit. Gaddes, 1985).

A különbség mértéke határozza meg azt, hogy egy átlagosnál gyengébb iskolai teljesítmény az egyik esetben tanulási zavarnak minősül, a másik esetben nem. A diszkrepancia ténye ad magyarázatot arra is, hogy miért lehetséges specifikus tanulási zavar az enyhe fokban értelmi fogyatékosoknál.

2. Kóreredete mindig *neurológiai* deficit, még akkor is, ha csak áttételesen mutatható ki, pl. neuropszichológiai vizsgálattal. Ez a gondolat Cruickshanktól származik, aki PPD-nek (Perceptual Processing Deficit) nevezi a jelenséget, mert a percepció deficitjéből kiindulva értelmezi a tanulási zavart (Cruickshank, 1981).

Véleményünk szerint nem sorolható ebbe a kategóriába az a sikertelen iskolai eredmény, amely emocionális alapon, szociokulturális hátrány vagy sok hiányzás következtében jön lére.

3. A tanulási zavar jellegzetes *kognitív* pszichológiai tünetegyüttesben nyilvánul meg, amely kölcsönösen egymásra ható részképességek diszfunkcióját jelenti. Szétválasztásukat csak célzott neuropszichológiai vizsgálatok teszik lehetővé. A leggyakrabban előforduló kognitív pszichológiai tünetek a következők:

a) *A percepció zavara.* Ez a vizuális, az auditív, a taktilis, a kinesztéziás, a helyzet-, mozgásérzékelés és a vesztibuláris modalitások felfogásának nehézségét jelenti. Következményként diszfunkciók szövevényével találkozunk: formák, arányok, két és három dimenzióban való elhelyezés, irányok, konstanciák percipiálásának nehézsége.

b) *A beszédszerveződés, a nyelvi készség zavara.* A problémakör épp olyan összetett, mint a percepció esetében, hiszen az ide tartozó beszédészlelés, beszédmegértés, szerialitás, szimbólumképzés, szó- és jelentésasszociáció, artikuláció, motoros programozás, beszéd- és nyelvi integráció, szókincs stb. akadályozottsága mind tanulási zavarhoz vezethet.

c) *Az emlékezet gyengesége.* A memória számos fajtájának sérülése mind forrása lehet a tanulás nehezítettségének. Pl. az emlékezeti struktúra egyenetlensége, a verbális megőrzési és felidézési folyamatok disszonanciája stb. Itt is jól megfigyelhető a kognitív tünetek szoros összefüggése. Így a pontatlan percepció következtében a szenzoros tárba kevesebb információ jut; a kognitív séma bizonytalansága miatt a hosszú távú memóriában tárolt információk mennyisége kevesebb lehet.

d) *A lateralitás és/vagy a saját testen és a térben való tájékozódás akadályozottsága.* A tanulás folyamatát nehezítheti a keresztezett, illetve a kevert dominancia, mivel a saját testen való orientáció képezi a térbeli és időbeli tájékozódás alapját, a sorrendiség őrzését, az irány síkbeli észlelését és tartását.

e) *A mozgáskoordináció, a finommozgás zavara.* A mikromozgások, a tárggyal, illetve tárgy nélkül végzett finommozgások koordinációjának és transzformációjának diszfunkciója, mint bizonyos kognitív készségek zavarának egyik lehetséges oka, az alapkultúrtechnikák elsajátítását komoly mértékben nehezítheti. Így pl. az olvasás-írás tanulás során a szem mikromozgásai befolyásolják a vizuális észlelés minőségét, a finommozgás vezérlése pedig a percepció folyamatosságára hat.

4. A tanulási zavar negyedik kritériuma a sajátos *magatartási* kép. A két leggyakoribb változata: a figyelemzavar-hiperaktivitási rendellenesség és a másodlagos neurotizáció. Ez utóbbi a tanulási kudarcok következtében jön létre.

A figyelemzavar-hiperaktivitási rendellenesség elsődlegesen organikus eredetű viselkedési zavar (Szakács, 1990). Kóroka, a neurológiai deficit, a születéstől kezdve befolyásolja a tanulás folyamatát, így már a csecsemő viselkedése is megváltozhat (alvási, evési nehézségek stb.). A másképpen reagáló gyermeknél az anyával való kapcsolat a legelső időtől kezdve eltérően alakulhat. A későbbiekben még a toleráns tanári attitűd is csak kevéssé tudja ellensúlyozni azt, hogy a gyermek szembesüljön meglévő hiányaival. A kudarcok halmozódásának neurotikus tünetképződés, énkép- és önértékelési zavar lesz a következménye.

Ezt a másodlagos neurotizációt el kell különíteni az elsődleges, a milió okozta magatartási zavartól. Ugyanakkor számolni kell azzal is, hogy ez az elsődleges viselkedési zavar is kiválthat tanulási nehezítettséget, amely viszont másfajta, pszichoterápiás megközelítést igényel.

Elgondolásunk szerint a fenti 4 szempont a tanulási zavar diagnózisának kritériuma.

Tanulási zavar az iskolai teljesítményekben

Az iskolai tanulás során a zavar leggyakrabban dyslexiában, dysgraphiában, dyscalculiában, általános tanulási gyengeségben és hipermotilitásban jelenik meg. Mindezek leírása a szakirodalom egyik legkimunkáltabb része, így nem tartjuk szükségesnek a további elemzést. Fontosnak véljük azonban azt hangsúlyozni, hogy az iskolában kikristályosodó tünetek bár felnőtt korra elhalványodnak, nyomai azonban fellelhetők. A maradványtünetek mértékét befolyásolja a megfelelő időtartamú és minőségű fejlesztő terápia, amely nem csupán pedagógiai korrepetálást, hanem a kognitív és magatartási tünetek befolyásolását is jelenti.

A tanulási zavar elkülönítése egyéb tanulási sikertelenségtől

A korábbiakban már érintettük, hogy a gyenge iskolai teljesítmény több okra vezethető vissza. Az általunk tanulási zavarnak minősített képtől határozottan elkülönítjük mind az emocionális hátterű, mind a hátrányos szociális milió következtében kialakult tanulási sikertelenséget. Az elhatárolást az adekvát terápia megválasztása indokolja. Minderről korábbi tanulmányunkban már részletesen beszámoltunk (Sarkady, Zsoldos, 1992).

Tanulási zavar és fogyatékosság

A tanulási zavar különböző aspektusú értelmezésénél említettük már, hogy a szakemberek máig bizonytalanok annak eldöntésében, hogy a jelenség létezhet-e fogyatékosságok esetében is (Powers és mtsai, 1987; Roth, 1991). Sokéves diagnosztikus és kutatói munkánk tapasztalata alapján, 1986 óta több közleményben következetesen állást foglaltunk amellett, hogy enyhe értelmi fogyatékos, érzékszervi sérült és beszédhibás gyermeknél a tanulási zavar lehet társuló tünet (Sarkady, Zsoldos, 1986, 1987, 1987/88, 1988, 1990; Nagyné Réz I., Zsoldos, 1986, 1991). Ezt is (specifikus) tanulási zavarnak nevezzük, amely magából az adott fogyatékosságból eredő tanulási akadályozottsághoz képest specifikus zavarként jelenik meg. Eddigi vizsgálatainkkal egyedül az épértelmű cerebralparetikus mozgássérülteknél nem tudtuk biztonsággal kimutatni a kép speciális kognitív tüneteit - feltehetően a súlyos fokú agyi bénulás miatt (Sarkady, Zsoldos, 1988, 1991).

A tanulási zavar definíciója koncepciónk szerint

Definíciónk fogalmazásánál kiemeljük mindazokat a gondolatokat, amelyeket a tanulási zavart elemző különböző irányzatokból gyógypedagógiai-pszichológiai szemléletünk, valamint klinikai diagnosztikus munkánk alapján meghatározónak vélünk. Eszerint:

Tanulási zavarnak tekintjük azt az - intelligenciaszint alapján elvárhatónál lényegesen - alacsonyabb tanulási teljesítményt, amely neurológiai deficit vagy funkciózavar talaján jön létre, sajátos kognitív tünetegyüttessel. Ezek a részképesség-zavarok alapvetően nehezítik az iskolai tanulás során az olvasás, az írás és/vagy a matematika elsajátítását. A teljesítménykudarcok gyakran másodlagos neurotizációhoz vezetnek. A tanulási zavar a legkoraibb időszakban alakul ki és tünetei felnőttkorban is fellelhetők. Kognitív és tanulási terápiával jól befolyásolható. Társuló tünetként megjelenhet enyhe értelmi fogyatékosságnál, érzékszervi sérülésnél és beszédhibánál. Ezekben az esetekben is (specifikus) tanulási zavarról beszélünk.

A kézirat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. február 24.

IRODALOM

Affolter, F. (1972). Aspekte der Entwicklung und Pathologie von Wahrnehmungsfunktionen. *Padiat. Fortbild. Praxis, 34*, 49-55 (Kargel, Basel).

Ayres, A. J. (1984). *Bausteine der kindlichen Entwicklung. Die Bedeutung der Integration der Sinne für die Entwicklung des Kindes*. Springer, Berlin.

Balázs, J., Boros, M. (1991). Hiperaktív gyermekek új, tanári értékelő skálája (ACTeRS) a differenciáldiagnosztikában. *Magyar Pediáter, 25*, 26-31.

Betegségek Nemzetközi Osztályozása. 1978. Az 1975. évi revízió, I. kötet. Medicina Könyvkiadó, Budapest.

Chapman, J. W., Boersma, F. J. (1980). *Affective Correlates of Learning Disabilities*. Swets and Zeitlinger, Lisse.

Clements, S. D. (1966). Minimal Brain Dysfunction in Children. *NINDB Monograph No. 3. Public Health Service Bulletin. No. 1415*. U.S. Department of Health, Education and Welfare. Washington.

Coles, G. (1987). *The Learning Mystique. A Critical Look at "Learning Disabilities"*. Fawcett Columbine, New York.

Cruickshank, W. (1981). *Schwierige Kinder und Jugedliche in Schule und Elternhaus*. Marhold Verlagsbuchhandlung, Berlin.

Csapó Á. és mtsai (1991). A részleges érési zavar (MCD) szűrése és kivizsgálása ötéves korban. *Magyar Pediáter, 25*, 24-26.

Duka E. (1985). Sensomotoros korrekció az MCD terápiájában. *Magyar Pediáter, 19*, 73-75.

Erdélyi P., Huba J. (1984). A minimális cerebrális diszfunkció. *Ideggyógyászati Szemle, 37*. 1-18.

Farkas G. (1985). Az MCD gyógyszeres kezelése. *Magyar Pediáter, 19*, 70-73.

Federal Register, 1977. Department of Health, Education and Welfare. Office of Education: Part III. December.

Fritz, A. (1984). Kognitive und motivationale Ursachen der Lernschwache von Kindern mit einer minimalen cerebralen Dysfunktion. *Sonderpedagogische Manuskripte*. C. Marhold-Verlag, Berlin.

Frostig, M. (1970). *Movement education: Theory and Practice*. Chicago.

Gaddes, W. H. (1985). *Learning Disabilities and Brain Function. A Neuropsychological Approach*. Second Edition. Springer-Verlag, New York.

Goldstein, K. (1934). *Der Aufbau des Organismus*. Martinus Nijhoff, Den Haag (363).

Gósy M. (1991). A beszédészlelés időzítési zavarainak következményei az olvasás elsajátításában. Cit.: Gósy, M. és mtsai (szerk.): *Studia in honorem Andreae O. Vértes oblata a collegis et discipulis*. Magyar Tudományos Akadémia Nyelvtudományi Intézete, Budapest, 1991. 52-61.

Hammill, D. D., Leigh, E., McNutt, G., Larsen, S. E. (1981). A New Definition of Learning Disabilities. *Learning Disability Quarterly, 4*, 336-342.

Illyés GY.-né és mtsai (szerk., 1987). *Gyógypedagógiai Pszichológia*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Kamphaus, R. W., Frick, P. J., Lahey, B. B. (1991). Methodological Issues and Learning Disabilities Diagnosis in Clinical Populations. *Journal of Learning Disabilities, 24*, 613-618.

Kardos M., Weiss M. (1985). Későn diagnosztizált dyslexiás gyermek secundaer tüneteinek kezelése. *Magyar Pediáter, 19*, 19-81.

Kephart, N. C. (1960). *The Slow Learner in the Classroom*. Columbus, Ohio.

Kirk, S. A. (1962). *Educating Exceptional Children*. Houghton Miffin, Boston.

Kirk, S. A., Kirk, W. D. (1983). On Defining Learning Disabilities. *Annual Review of Learning Disabilities, 1*, 17-18.

Kirk, W. D. (1975). The Relationship of Reading Disabilities to Learning Disabilities. *The Journal of Special Education, 9*, 133-137.

Lempp, R. R. (1964). Die Bedeutung der frühkindlichen Hirnschadigung für die Neurose im Kindesalter. *Acta Paedopsychiat, 31*, 152.

Marton K. (1990). Halmozottan sérült, beszédükben súlyosan akadályozott gyermekek egyéni kommunikációs fejlesztésének lehetőségei. Bölcsészdoktori disszertáció, ELTE, BTK.

McLeskey, J., Waldron, N. L. (1991). Identifying Students with Learning Disabilities. The Effect of Implementing Statewide Guidelines. *Journal of Learning Disabilities,24*, 501-506.

Myklebust, H. R. (1967). Learning Disabilities: Definition and Overview. In: Myklebust, H. R. (ed.), *Progress in Learning Disabilities. Vol. 1*. Grune and Stratton, New York. 1-15.

Nagyné Réz I., Zsoldos M. (1986). Dysphasiás hallássérültek intelligencia struktúrájának összefüggései. *Gyógypedagógiai Szemle, XIV*, 173-178.

Nagyné Réz I., Zsoldos M. (1991). Hallássérültek tanulási zavarának diagnosztikus kérdései a Hiskey-Nebraska Tanulási Alkalmasság Teszt tapasztalatai alapján. *Magyar Pszichológiai Szemle, XLVII*. 393-403.

P. Balogh K. (1988). A tanulási képességet meghatározó pszichikus funkciók fejlődése, a tanulási nehézségek korai felismerésének lehetőségei, a fejlesztés perspektívái. In: P. Balogh K. (szerk.), *Iskolapszichológia*. Tankönyvkiadó, Budapest.

Palotás G. (1991). Parciális teljesítményzavarok a logopédiai gyakorlatban. Cit.: Gósy M. és mtsai (szerk.): *Studia in honorem Andreae O. Vértes oblata a collegis et discipulis*. Magyar Tudományos Akadémia Nyelvtudományi Intézete, Budapest. 123-131.

Pléh Cs. (1980). *A pszicholingvisztika horizontja*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Powers, A., Elliot, R., Fundenburg, R. (1987). Learning Disabled Hearing-impaired Students: Are They Being Identified? *The Volta Review*. Febr.-Marc. 99-105.

Roth, V. (1991). Students with Learning Disabilities and Hearing Impairment: Issues for the Secondary and Postsecondary Teacher. *Journal of Learning Disabilities, 24*, 391-397.

Sarkady K., Zsoldos M. (1986). Épértelmű és enyhe értelmi fogyatékos dyslexiások összehasonlító vizsgálata. *Gyógypedagógiai Szemle. XIV*, 170-173.

Sarkady K., Zsoldos M. (1987). A kisegítő iskolások olvasás-írás akadályozottságának kérdéséről. *Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola Évkönyve.* 203-209.

Sarkady K., Zsoldos M. (1987-88). Az enyhe értelmi fogyatékosok dyslexiájának kognitív pszichológiai megközelítése. *Magyar Pszichológiai Szemle, XLIV-XLV.* 150-155.

Sarkady K., Zsoldos M. (1988). A különböző tesztek jelzőértéke a tanulási zavar diagnosztizálásában épértelműeknél és enyhe értelmi fogyatékosoknál. *Gyógypedagógiai Szemle, XV,* 45-49.

Sarkady K., Zsoldos M. (1988). A cerebrálparetikus kisiskolások olvasás-íráskészségének differenciáldiagnosztikus megközelítése. *Gyógypedagógiai Szemle, XV,* 168-176.

Sarkady, K., Zsoldos, M. (1990). Vergleichsuntersuchungen für die Ergründung des kognitiven psychologischen Hintergrundes bei Lern- und Lesestörungen für die verschiedenen Typen der Geschadigten. In: Bachmann, W., Mesterházi, Zs. (Verf.) *Trends und Perspektiven der gegenwartigen ungarischen Heilpadagogik.* Justus-Liebig-Universitat Giessen. 173-185.

Sarkady K., Zsoldos M. (1991). Épértelmű cerebralparetikusok tanulási zavarának kognitív pszichológiai háttere. *Magyar Pszichológiai Szemle, XLVII,* 262-268.

Sarkady K., Zsoldos M. (1992). A tanulási sikertelenségek esetelemzések tükrében. *Új Pedagógiai Szemle, 4,* 75-78.

Sebestyén Sz., Buczkó I. (1985). Az MCD diagnózisa, komplex kezelése. *Magyar Pediáter, 19,* 8-70.

Szakács F. (szerk.), 1990). *A csecsemő-, gyermek- és serdülőkori pszichikus zavarok diagnosztikája (DSM-III-R).* Tankönyvkiadó, Budapest.

Warnock, M. H. (1978). Special Educational Needs. *Report of the Committee of Enquiry into the Education of Handicapped Children and Young People.* Her Majesty's Station, London.

Werner, H., Strauss, A. A. (1941). Pathology of Figure-Background Relation. *Child. J. Abnorm. Soc. Psychol., 35,* 236-248.

Wewetzer, K. H. (1959). *Das hirngeschadigte Kind.* Thieme, Stuttgart.

SUMMARY

Conceptual questions concerning learning disabilities

Sarkady, Kamilla and Zsoldos, Márta

Since the 60s many disciplines have made attempts at the determination of learning disabilities (in other words, specific learning disabilities).

In the present publication, we try to define this phenomenon from special pedagogical and psychological point of view.

Based on the analyses of pedagogy and special pedagogy, neuropsychology, perceptual and/or sensomotor theories and psycholinguistics, diagnostic criteria of learning disabilities are suggested. We suppose that emphasis should be given to the relationship with intelligence, aethiology, cognitive psychological symptoms and behavioural symptoms.

A list of signs observed in the academic achievement is provided and the learning disabilities are distinguished from other learning failures. Learning disabilities are compared to different other kinds of handicaps.

Finally - as a synthesis of the above - we give a definition of learning disabilities from a psychological and special pedagogical point of view.

GYERMEKKORI HIPERAKTIVITÁS I.

Korai értelmezések, leíró jellemzők, genetikai vonatkozások*

KULCSÁR ZSUZSANNA

ELTE, Személyiség és Klinikai Pszichológiai Tanszék

A tanulmány a hiperaktivitás kutatásának történetét tekinti át; a korai idegélettani modellekkel (alacsony- és magas-arousal értelmezés; Wender neurokémiai modellje; a hiperaktivitás szelektív figyelemzavarként való értelmezése), terminológiai kérdésekkel, majd a hiperaktivitás leíró jellemzőivel, elsősorban a kognitív funkciók és a viselkedésszabályozás problémájával foglalkozik. Elemzi a gyermekkori hiperaktivitás felnőttkori következményeivel, illetve a genetikai háttérrel, végül a szindróma előfordulásával kapcsolatos adatokat, hangsúlyozva a fiúk túlsúlyát a hiperaktív gyermekek között. A cikk összefoglalója megjelöli a tanulmány II. részének célkitűzéseit.

Bevezetés

A gyermekkori hiperaktivitást, újabb megjelölése szerint 'hiperaktivitással járó figyelemzavar kórképet' - Gorenstein és Newman (1980) nyomán - a *dezinhibíciós pszichopatológia* szindrómái közé soroljuk. Ezzel a gyermekkori hiperaktivitást a *pszichopátiával* kapcsoljuk össze, magát a dezinhibíciót pedig, mint a kontrollfunkciók zavarát, fejlődés-pszichobiológiai nézőpontból közelítjük meg. Korábbi munkánkban hasonló igénnyel elemeztük a pszichopátia problémakörét (Kulcsár, 1991), anélkül azonban, hogy ez utóbbi személyiségzavar gyakori előzményére, a gyermekkori hiperaktivitás szindrómára részletesebben kitértünk volna. Ezt a hiányt kívánjuk a kétrészes tanulmánnyal pótolni. A tanulmányok célja a hiperaktivitás-kutatás történetének áttekintése mellett a kórképpel kapcsolatos újabb, főként biológiai szempontú kutatások összefoglalása és olyan modell bemutatása, amely a dezinhibíció életkor-specifikus formáit a kontrollfunkciók fejlődésének kontextusában helyezi el. A szöveg helyenként szokatlanul részletező, talán tananyagszerű. Ezzel a minőségével a lap explicit, továbbképzési célját kívánja szolgálni.

* A tanulmány az OTKA-III. (ny.sz. 2261) pályázat támogatásával készült.

Történeti vonatkozások, korai idegélettani értelmezések

A gyermekkori hiperaktivitás első leírását egy német orvosnak, Heinrich Hoffmannak (1845) tulajdonítják (Cantwell, 1972; Levine és Melmed, 1982), aki verses, képes mesekönyvet írt 'Rosszcsont Ferkó' kalandjairól. Hoffmann doktor meséjét manapság elmarasztalják, amiért Rosszcsont Ferkót vidám gyereknek ábrázolta. Ma úgy vélik, hogy a hiperaktív gyerek *boldogtalan kalandor* (Levine és Melmed, 1982). Bizonyos távolságból szemlélve persze a hiperaktív gyerek mulatságosnak tűnik: gyakorló gyermekpszichológusok és tanárok tanúsíthatják ezt.

> Álljon itt ízelítőül egy gyermekpszichológus esettárából két epizód: az egyik egy elsős kisfiúról szól, aki meglehetősen testes igazgatónője látogatását az osztályban hangosan így kommentálta: "Ki ez a kövér dög?" Ugyanennek a kolléganőnek a praxisában fordult elő az a kisfiú, aki szakfelügyelői látogatás alkalmával felkötötte magát a fogasra. A hiperaktív gyerek szokványos módszerekkel szinte kezelhetetlen. A pedagógus számára életkérdés, hogy kezeléséhez segítséget kapjon.

A hiperaktivitás, mint gyermekkori pszichiátriai kórkép első szakmai igényű leírása sokak szerint *Still*-től származik (1902, l. pl. Ross and Ross, 1976), aki azt tapasztalta, hogy gyermekkorban bármely agyi károsodás hiperaktivitással társul. A hiperaktivitás pszichológiai kísérőjeként Still a *morális kontroll és az akaratlagos gátlás defektusát* emelte ki.

A hiperaktivitás és az agyi károsodás összefüggését erősítették meg azok a megfigyelések is, amelyek szerint az 1918-as enkefalítisz járványon átesett gyermekeknél *katasztrofális* személyiségváltozás következett be (Hohman, 1922; Ebaugh, 1923, l. Levine és Melmed, 1982), amely ritkán járt kifejezett kognitív defektussal. A betegségen átesett gyermekek hiperaktívvá, irritabilissá, elterelhetővé, sokszor kezelhetetlenné váltak.

Az agyi károsodás és a hiperaktivitás összefüggésének korai tapasztalata alapozta meg azt a kutatási irányt, amely a gyermekkori hiperaktivitás hátterében álló *biológiai tényezőkre* helyez hangsúlyt. Ezt a megközelítést erősítette meg *Bradley* (1937 id. Ross és Ross, 1976) korszakalkotó felfedezése, aki elsőként alkalmazott - sikerrel - *pszichoaktív drogot* hiperaktív gyermekek kezelésében. Bradley hiperaktív gyermekeket fejfájás ellen kezelt *amfetaminnal*, feltételezve, hogy a fejfájás alacsony vérnyomás következménye (az amfetamin katekolamin - KA - agonista, amelynek elsődleges hatása a vérnyomásemelés). Drámai viselkedés-javulást tapasztalt. Emellett a gyerekek jobb közérzetről és feltűnő mértékben fokozott intellektuális hatékonyságról számoltak be. A gyógyszert a kis páciensek *számtan-tablettának* nevezték: úgy találták ugyanis, hogy a számtan-feladatokat sokkal könyebben tudják megoldani a gyógyszer hatása alatt. Bradley megfigyelése óriási kihívást jelentett a kutatók számára, hiszen paradox hatást jelzett: stimuláns, az aktivitást normál körülmények között *fokozó* gyógyszer bizonyult hiperaktív gyermekeknél nyugtató hatásúnak.

Hiperaktivitás és arousalfunkciók. Alacsony vagy magas arousal?

A gyermekkori hiperaktivitás hátterében álló agyi folyamatokról egy sor - egymásnak ellentmondó - hipotézis született. A kutatók a zavar okát az arousal-szervezés mechanizmusaiban keresték és kétfajta következtetésre jutottak. Első közelítésben az az elgondolás kínálkozott, hogy a hiperaktív gyerekekre voltaképpen a *csökkent központi idegrendszeri arousal* jellemző (*underarousal* modell), amelyet a gyermek nyugtalan, ingerkereső viselkedéssel és elsősorban magából a mozgásból adódó proprioceptív szenzoros inputtal igyekszik kompenzálni (pl. Satterfield és Dawson, 1971; Stewart, 1970 stb.). Levine és Melmed (1982) a gyakran tapasztalt kitartáshiányt, azt a megfigyelést, hogy a gyerekek a megkezdett feladatokat félbehagyják, arousal csökkenésnek tulajdonítják, annál is inkább, mivel az imperzisztencia eseteiben a gyerekek ásítoznak, nyújtózkodnak, és a *kognitív kiégés* más jeleit mutatják. A feltűnően gyors elterelődéssel, ami a szellemi kifáradás benyomását kelti, látszólag szemben áll az a megfigyelés, hogy a hiperaktív gyerekek nehezen alszanak el. Közelebbről megvizsgálva azonban ez az esti élénkség is paradox jelenségnek bizonyul. Érdemes idézni egy anya szavait, aki gyermekét így jellemezte: "rohangál fel-alá, mint egy őrült, közben olyan, mintha ezzel próbálná magát ébren tartani, mivel folyton ásítozik" (Levine és Melmed, 1982, 109. o.). A pszichostimuláns amfetamin jó hatása az alacsony arousal értelmezéssel természetesen összhangban van: a pszichostimuláns az arousal emelésével voltaképpen a motoros nyugtalanságot teszi fölöslegessé.

Az alacsony arousal értelmezés kezdetben döntően bőr-elektromos jelenségek vizsgálatára épült: Satterfield és mtsai (Satterfield, 1978; Satterfield és Dawson, 1971; Satterfield, Hoppe és Shell, 1982) 6-9 év közötti hiperaktív fiúgyerekeknél mind a nyugalmi bőr-vezetés, mind a spontán bőrellenállás-fluktuáció, mind a hangingerre adott bőr-válaszok terén jelentősen alacsonyabb értékeket kaptak, mint kontroll gyermekeknél. Megjegyezzük, hogy hasonló jelenségeket írtak le pszichopátiában is (Hare, 1978, l. Kulcsár, 1991). Ugyancsak Satterfield (1973) mutatta ki, hogy a hiperaktív gyerekek egy csoportjánál az auditoros kiváltott potenciál mintázata alacsony arousalre utal.

A hiperaktivitás alacsony-arousal elméletének gondolatmenetében könnyű felismerni Eysenck (1967) extraverzió hipotézisét, amely szerint a normál extravertált ingerkeresése és szociabilitása hátterében is alacsony arousal és csökkent arousibilitás áll. Eysenck feltételezése, amely szerint az extraverzió alacsony kérgi arousallal és a retikuláris rendszer aktivitásának magas küszöbével társul, számos közvetett bizonyíték szerint csak az extraverzió impulzivitás komponensének köszönhető (pl. Eysenck és Levey, 1972), így szorosan kapcsolódik a dezinhibíciós szindrómákhoz.

Megfogalmazódott azonban az a feltevés is, amely szerint a hiperaktivitás hátterében nem alacsony, hanem *magas arousal* áll oki tényezőként. Eszerint a pszichostimuláns drogok hiperaktivitás esetén azért lehetnek hatékonyak, mert az egyébként is emelkedett arousalt tovább emelve visszacsapási (rebound) hatást váltanak ki, és ezzel serkentik a központi idegrendszer gátlófunkcióinak működését (Anisman, 1975). Ehhez a gondolathoz csatlakozott Porges (1976) híres hiperaktivitás kutatása, amelyben a *reaktív* és *fenntartott* figyelem szívritmus korrelátumait

tanulmányozta hiperaktív gyermekeknél. Porges hiperaktivitás esetén *szimpatikus* idegrendszeri túlsúlyra utaló szív-válaszokat kapott. Eredményei szerint a *reaktív* figyelemmel, így az *orientációval* járó szívritmuscsökkenés, csakúgy, mint a *fenntartott* figyelemmel járó szívritmus-variabilitás-csökkenés vagus mediált, azaz paraszimpatikus túlsúly mellett valósul meg. Ebből adódóan a figyelmi funkciók hiperaktív gyermekeknél jelentkező zavarát Porges szimpatikus idegrendszeri túlműködéssel hozta összefüggésbe. Érvelését - és Anisman koncepcióját - alátámasztotta az az eredménye, amely szerint amfetamin kezelés hatására hiperaktív gyerekek figyelmi feladatban mutatott szívritmus-válaszai a paraszimpatikus túlsúly irányába tolódtak el. Már itt jelezzük, hogy Porges érvelése szerint a *felnőtt pszichopaták* - a hiperaktív gyermekekkel szemben - *fokozott paraszimpatikus* és csökkent szimpatikus idegrendszeri aktivitással jellemezhetők, azaz náluk is az autonóm idegrendszer egyensúlyzavara áll fenn, ez azonban a hiperaktív gyermekekéhez képest ellenkező előjelű. Ezt az adatot akkor fogjuk majd értékelni, ha már megismertük a hiperaktivitás-pszichopátia kapcsolatáról szóló irodalmat és azokat az adatokat, amelyek drasztikus funkcióváltásra utalnak a később pszichopátiás jegyeket mutató hiperaktív gyerekek idegrendszeri fejlődésében.

A hiperaktivitás hátterében Laufer és Denhoff (1957) is emelkedett arousal-funkciókat feltételezett. Vizsgálataikban hiperaktív gyerekeknél stroboszkópos (ritmikus) fényingerlésre metrazol hatása alatt könnyebben (kisebb dózisok mellett) jelentek meg EEG hiperszinkron jelenségek és izomrángások, mint kontroll gyermekeknél, és a görcsküszöböt a hiperaktívaknál az amfetamin csökkentette. Az alacsonyabb görcsküszöböt a szerzők emelkedett arousal következményének tekintették.

Wender modellje

Az egymásnak látszólag szögesen ellentmondó elképzelések és adatok nyilván csak egy komplexebb, több-dimenziós arousal-modell keretében értelmezhetők. Az első ilyen modell Wender (1971) nevéhez kapcsolódik. Az alábbiakban látni fogjuk, hogy az arousal-modellek közül Wender (1971) komplex elképzelése áll legközelebb ahhoz a képhez, amelyet a hiperaktivitással kapcsolatos legújabb kutatatások eredményei sugalmaznak.

Wender abból a feltevésből indult ki, hogy az agyi monoamin - ezen belül a katekolamin - aktivitás az agy különböző területein eltérő, és az aktivitási szintek mintázata a központi idegrendszer érésével változik. Feltételezte ugyanakkor, hogy az agy különböző területein a monoaminok aktivitásának viselkedéses hatása is eltér egymástól, sőt adott esetben ellentétes. Így például számos bizonyíték szól amellett, hogy a dopaminerg (DA) aktivitás a neostriátumban, ezen belül a nukleusz kaudátuszban (n.k.) a viselkedésre gátló hatást gyakorol: a DA neuronokban gazdag n.k. léziója több vizsgálat szerint hiperaktivitást eredményez (l. Wender, 1971, 179. o.). Ebből az a következtetés adódik, hogy a gyermekkori hiperaktivitás egyes eseteit a n.k. dopaminerg rendszerének alacsony működési szintje jellemzi. Mivel hiperaktivitás

nemcsak a n.k. léziója esetén jelentkezik, hanem számos más agyi rendszer, így a frontális kéreg, a szeptohippokampális rendszer, vagy a ventrális tegmentális área léziója után is (l. alább), a n.k. működési deficitje a hiperaktivitásnak elégséges, de nem egyedüli lehetséges feltétele. Ugyanakkor észre kell venni, hogy a hiperaktivitásban involvált agyi rendszerek neuroanatómiai és funkcionális kapcsolatban vannak egymással, így az egyik léziója degenerációhoz vezet a másik területén.

Míg a n.k. dopaminerg rendszere a motoros viselkedésre gátló hatást gyakorol, addig a formáció retikulárisz dopaminerg neuronjainak aktiválása - pl. amfetaminnal vagy metilfenidáttal - a motoros viselkedést serkenti. Eszerint *a központi idegrendszerben egymással ellentétes viselkedéses hatású* (gátló, illetve serkentő) *monoaminerg rendszerek működnek.* Wender mindkét rendszert *arousal-rendszernek* tekinti (i. m. 186. o.), és feltételezi, hogy az amfetaminnak a viselkedésre gyakorolt hatása a két rendszer viszonylagos működéskészségétől függ.

Az ellentétes hatású monoaminerg rendszerek feltételezése mellett Wender modellje két további fontos gondolatot tartalmaz: az egyik a serkentő és gátló rendszerek *aktiválhatóságával*, a másik a *KA rendszerek érésével* van kapcsolatban. Állatkísérleti és humán adatokból arra következtet, hogy a serkentő monoaminerg rendszer működése a monoaminerg aktivitás fokozódásával egyenes arányban emelkedik, míg a gátló rendszer működése meredek emelkedés után aszimptotikus értéket ér el. Feltételezi továbbá, hogy kisfokú centrális monoaminerg aktivitás mellett a serkentő hatás dominál a gátló fölött, majd a monoaminerg funkció fokozódásával a viszony megfordul és a gátló tevékenység válik uralkodóvá. Igen magas általános KA aktivitási szinten azután ismét a serkentő hatások érvényesülnek. Mindebből az következik, hogy van a monoaminerg aktivitásnak egy olyan - közbülső - szintje, amely mellett az amfetamin hatása a gátló funkciók erősödéséhez és dominanciájához vezet, míg magas monoaminerg aktivitás esetén az amfetamin a viselkedéses aktivitást emeli, a gátlást viszont nem befolyásolja. Mivel, amint a szerző rámutat, a monoaminerg aktivitás általános szintje a korral, illetve a nemi érés során fokozódik, érthető, hogy a gyermekkori hiperaktivitás viselkedéses megnyilvánulásai a korral csökkennek, miközben az amfetamin hatása gátlóból serkentőbe vált.

A modell logikájából adódóan Wender egy magas monoaminerg aktivitási szinttel jellemzett hiperaktív típust is feltételez, amelynek képviselői amfetaminra atípusos választ adnak: a hiperaktív csoport szokványos reakciójától eltérően további aktivitás-emelkedéssel reagálnak. A tapaszalat a feltevésnek ezt a részét is igazolta. A modell érdeme még, hogy implikációja szerint *a gáltó funkciók* a serkentőkhöz viszonyítva *későbbi életszakaszban válnak éretté.* Ez az implikáció az agyi fejlődés ma is érvényes elképzeléseivel és tényeivel összhangban áll (l. alább). Mindazonáltal a szerző hangsúlyozza elképzelése tentatív, spekulatív jellegét.

A dopamin-deficit és a hiperaktivitás közötti összefüggésre vonatkozóan Shaywitz, Yager és Klopper (1976) korai munkája meggyőző adatokat közölt. E szerzők alakították ki a gyermekkori hiperaktivitás (a *minimális agyi diszfunkció*, l. alább) első állat-modelljét, amely a szelektív agyi DA deficit és a hiperaktivitás kapcsolatának feltevésére épül. Az összefüggést később több kutatás lényegében igazolta, így a Robinson csoport kutatásai (Robinson és mtsi, 1975, Robinson és Coyle,

1980; Pearlson és Robinson, 1981; Robinson és Justice, 1986; Dewberry és mtsi 1986), Spear és Brake (1983), valamint Roeltgen és Schneider (1991) tanulmánya, amelyekkel az alábbiakban részletesebben foglalkozunk.

Hiperaktivitás és ingerszelekció

A hiperaktivitás és az organikus agyi károsodás összefüggését feltételezve Strauss és munkatársai is kísérletet tettek a hiperaktivitás komplexebb pszichofiziológiai modelljének kialakítására (Strauss és Lehtinen, 1947). A szindrómát *szelektív figyelmi zavarnak*, szűrési deficitnek tekintették (láttuk, hogy a figyelemzavar gondolata áll Porges elemzésének hátterében is): a hiperaktív viselkedést a szűrési deficitből eredő túlingerlésre adott válaszként értelmezték. Úgy vélték, hogy ha az inputot a központi idegrendszer nem szervezi, akkor szervezetlen, kaotikus lesz a viselkedés is.

A szűrési deficitre is utalnak köznapi megfigyelések. Levine és Melmed (1982) pl. egy hiperaktív gyerek beszámolóját idézik, aki elmondta, hogy "olykor jobban hallom a távoli, mint a közeli hangokat" (i. m. 107. o.). Ebben a panaszban figura-háttér elkülönítés zavara fogalmazódik meg. Az alábbiakban, saját vizsgálatunk ismertetésénél is látjuk majd, hogy a hiperaktív gyermekek valóban rosszul teljesítenek az ingerszelekciót vizsgáló *beágyazott forma* tesztekben.

A *beágyazott forma teszt* csakúgy, mint a *rúd és keret teszt* a Witkin-féle *mezőfüggés-mezőfüggetlenség* dimenzió vizsgálómódszerei. A hiperaktív gyermekek több korai vizsgálat eredményei szerint mindkét tesztben *mezőfüggőnek* bizonyultak (l. Stamm és Kreder, 1979, 126-127. o.).

A szűrési deficitet összefüggésbe hozzák a hiperaktív gyerekek *elterelhetőségével* is. A gyermek szeme állandóan jár, minden újdonságot megragad. A szülők szerint a gyereket mindig valami más érdekli, mint amivel éppen foglalkoznı kell, ezért sohasem elégedett.

A súlyos mértékű elterelhetőség kivédésére Strauss és Lehtinen kezelési javaslatot dolgoztak ki: a *környezeti ingerlés maximális csökkentésétől* vártak javulást. Terápiás elképzelésüket *inger-redukciós elvnek* nevezik (l. Zental, 1975). Az elképzelés gyakorlati megvalósítását Cruickshank és mtsi (1961; Cruickshank, 1977) kezdeményezték, akik konkrét tervet dolgoztak ki ingerszegény iskolai környezet megvalósítására. Ebben pl. azt javasolják, hogy a falak, a padló, a bútorok színe legyen azonos, opálüveg ablakok tegyék lehetetlenné a kilátást, a tanteremben minél kevesebb bútort helyezzenek el, a gyerekek egyszemélyes fülkékben üljenek a tanórákon, mivel maga a csoporthelyzet is túlzottan ingergazdag lehet.

Cruickshank és mtsi az ingermegvonásos kezelés hatását hosszú, longitudinális vizsgálatban elemezték. Bár próbálkozásuk nem hozott igazán meggyőző eredményeket, kitartottak amellett, hogy a módszer hatékony (Zental, 1975).

Megemlítjük, hogy azt a felfogást, amely szerint a hiperaktivitás legfőbb kísérőjelensége, sőt oki tényezője a szelektív figyelem zavara, még inkább az ebből adódó terápiás elvet a szindróma egyik legnevesebb kutatója, Virginia Douglas élesen bírálta. "Arra a következtetésre jutottunk - írja Douglas -, hogy azok a kísérletek,

amelyek a gyerekek iskolai teljesítményét redukált ingerkörnyezetbe helyezéssel kívánják javítani, nemcsak, hogy sikertelennek bizonyultak, hanem egyes vizsgálatok szerint a normális ingerkörnyezettől való megfosztás fokozta a gyerekek aktivitási szintjét" (Douglas, 1983, 291. o.).

Douglas számos, a szelektív figyelem teljesítményeit tesztelő kutatást idéz, amelyekben azt vizsgálták, hogyan befolyásolja hiperaktív és kontroll gyermekek célingerekre adott válaszait zavaró ingerek jelenléte. Memóriafeladatokban például a hiperaktív gyerekek több tanulmány szerint kevesebb cél-szóra emlékeztek attól függetlenül, hogy tanulás közben volt-e jelen zavaró inger, vagy nem. Eszerint a memóriateljesítményt nem a szelektív figyelem zavara rontotta le.

Hangingerek alkalmazásával, kiváltott potenciál vizsgálatokban (Loiselle és mtsi (1980) viszont azt az érdekes ereményt kapták, hogy míg a kontoll csoport tagjai a célingerre a figyelmi funkciót jelző P300 komponens jelentős (háromszoros) amplitudó emelkedését mutatták a nem-figyelt - zavaró - ingerre adott válaszmutatóhoz képest, hiperaktív gyermekeknél a cél- és a zavaró ingerekre adott kiváltott potenciál P300 amplitudója között nem volt különbség. Douglas értelmezése szerint a két csoport nem a szelektív figyelem teljesítményében tért el egymástól, hanem abban, hogy míg a kontroll-gyerekek képesek voltak extra-erőfeszítést tenni a célingerekre való koncentrálásban, a hiperaktív gyerekek nem fektettek be extra figyelmi energiát. Nehéz belátni, hogy ez az értelmezés miért zárja ki a szelektív figyelem szerepét.

Douglas is elismeri azonban, hogy vannak olyan helyzetek, ahol a hiperaktív gyerekek komoly szelektív figyelmi zavart mutatnak. Akkor, amikor a zavaró inger a célingernél vonzóbb, vagy fizikai sajátságai miatt feltűnőbb, a hiperaktív gyerekek fokozottabban elterelődnek, mint a kontroll csoport tagjai (Douglas, 1983, 295-296. o.).

Az ingerszűrési deficitről szóló elképzelést egyébként az újabb kutatások is alátámasztják. Lou és mtsi (1989), mint látni fogjuk, a regionális agyi véráramlás vizsgálatával hiperaktív gyerekeknél a primer szenzoros területek fokozott, míg az ingerszűrésben involvált neostriatális területek csökkent véráramlását mutatták ki, amit - értelemszerűen - az adott területek csökkent működésével hoztak kapcsolatba. Mindazonáltal, amint Douglas eredményei mutatják (l. Douglas, 1983), a hiperaktív gyermekek teljesítménye *ingerszegény környezetben* - az ingerdús helyzethez viszonyítva - sokszor nem javul, hanem *romlik*, és ez a tény a Strauss modell gyakorlati alkalmazása elé komoly akadályt gördít. (A teljesítményromlás oka, mint majd látjuk, minden bizonnyal az aktivációs-motivációs rendszer adaptációjának zavara. Ez a szűrési deficithez hozzáadódó tényező).

Az elterelhetőséggel kapcsolatban további fontos adatként említjük meg Strauss és Lehtinen (1947) feledésbe merült észrevételét, amely szerint a hiperaktív gyermekeket nagyon vonzzák a *mozgó ingerek*. Ezeket a gyerekeket hosszú időre le tudják kötni olyan játékszerek, amelyeket mozgatni lehet, és a mozgókép, az autó, illetve a járművökön való utazás. A hiperaktív gyerekek kevéssé elterelhetők akkor is, ha TV-t néznek (l. Zental, 1975). Eszerint nem általánosítható az a feltevés, hogy a hiperaktív és elterelhető viselkedés szenzoros ingerlés alatt fokozódik. Saját

olvasatunkban ezek a megfigyelések az ingerkeresés egy speciális formájára: *vesztibuláris ingerkeresésre* utalnak (Kulcsár, 1983). Ezt az összefüggést a patomechanizmus értelmezésében fogjuk hasznosítani.

A figyelmi funkció zavarát egy további fontos *kognitív stílus* dimenzió, a *reflektivitás-impulzivitás* mentén mutatott teljesítmények is jelzik. Ezt a stílus-jegyet az *Ismerős Ábra Illesztési Teszttel* (Matching Familiar Figures Teszt: MFF) vizsgálják: a gyermeknek egy tárgy képét mutatják, amelyet az ugyanazon a táblán ábrázolt 6 alternatívával kell összevetnie. A feladat annak eldöntése, hogy a hat közül melyik az az egyetlen egy, amely pontosan azonos az alap-ábrával (Kagan és mtsi, 1964). Az impulzivitás gyors válaszokban és magas hibázási arányban nyilvánul meg, a reflektív gyerekek lassan, megfontoltan, kevés hibázással teljesítenek.

A reflektivitást Kagan és mtsi (1964) úgy definiálják, mint az alternatív megoldások mérlegelését olyan helyzetben, ahol számos válaszlehetőség áll rendelkezésre. A hiperaktív gyerekek a reflektivitás-impulzivitás tesztben erősen impulzívnak mutatkoznak (hivatkozásokat l. Stamm és Kreder, 1979, 126. o.).

Könnyű belátni, hogy az ábrailleszési teljesítmény a vizuális keresési stratégiák függvénye. A megoldáshoz olyan stratégia vezet, amelyben a személy szisztematikus vizuális letapogatással vizsgálja végig az alap- és az alternatív ábrákat. Stamm és Kreder feltételezik, hogy a fenti kognitív stílus-sajátosságok szemmozgás-koordinációs zavarokkal vannak összefüggésben. Már itt jelezzük, hogy az irányított vizuális figyelem zavara parietális - elsősorban jobbféltekei - funkciózavarral hozható kapcsolatba (Lynch és mtsi, 1977). A funkcióban természetesen résztvesznek frontális mechanizmusok is (pl. Rizzolatti és mtsi, 1983).

A terminológia kérdése

A hiperaktivitás-kutatás korábbi eredményeinek és főbb modelljeinek bemutatása után rátérünk a kórkép terminológiájának korántsem egyszerű problémájára.

A hiperaktivitással járó komplex gyermekkori szindrómát többféle terminussal illették. A terminológia természetesen tükrözi a kórkép értelmezési keretét, sőt a patogenezisről kialakított elképzelésre is utal. Laufer, Denhoff és Solomons (1957) a szindrómát *hiperkinetikus impulzív kórképnek* keresztelte. Chess (1960) vezette be az általunk is használt *hiperaktív gyermek szindróma* megjelölést.

Nagy karriert futott be Clements (1966) *minimális agyi diszfunkció* (minimal brain dysfunction: MBD) terminusa (l. Stamm és Kreder, 1979). Ehhez sokan ma is ragaszkodnak.

Az American Psychiatric Association (APA) az 1968-as DSM (Diagnostic and Statistical Manual) II.-ben a *Gyermekkori Hiperkinetikus Reakció* (Hyperkinetic Reaction of Childhood) megjelölést javasolta. Újabban az APA a *Figyelem Deficittel Járó Kórképek* (Attention Deficit Disorders: ADD) megjelölést alkalmazza (DSM III, 1980). Ezen belül hiperaktivitással járó és azzal nem társuló formákat különböztet meg. Rácz (1987) a magyar nyelvű szakirodalomba a *Figyelemzavar Hiperaktivitással*

(FZH) és *Figyelemzavar hiperaktivitás nélkül (FZHN)* terminusokat vezette be (az alábbiakban ezt a megjelölést is átvesszük).

A mai felfogás számol a két tünet: a hiperaktivitás és a figyelemzavar disszociációjának lehetőségével. Viszonylag kevés munka foglalkozik azonban azzal a kérdéssel, hogy a meghatározónak tekintett figyelemzavar milyen tényezők függvényében társul vagy nem jár együtt hiperaktivitással. E kérdéssel az alábbiakban részletesebben foglalkozunk. Itt csak egy tanulmányra hivatkozunk: Hynd és mtsi (1991) közleményére, akik azt találták, hogy a *hiperaktivitás nélküli* figyelemzavar matematikai és olvasási feladatokban *gyengébb teljesítménnyel* társult, mint a hiperaktivitással járó figyelemzavar. Érdemes felvetni azt a lehetőséget, hogy a hiperaktivitás kompenzatórikus, öngyógyító próbálkozás, amely a figyelemzavarhoz képest másodlagosan jelentkezik.

A hiperaktivitás leíró jellemzői

A fentiekben már számos leíró jellemzővel megismerkedtünk. Ehelyütt ezek szisztematikusabb elemzésére vállalkozunk. Mindenekelőtt az életkori vonatkozások kérdését kell azonban tisztáznunk.

Életkori vonatkozások. A hiperaktivitás tünetei az életkorral csökkennek, illetve idősebb korban a nyílt viselkedésben kevésbé érhetők tetten. Ez a szempont a kórkép fejlődési aspektusára hívja fel a figyelmet, és interakciót sejtet a normális agyi fejlődés és egy komplex (dezinhibíciós típusú) patológia között (l. alább).

A szindróma 7 éves kor előtt kezdődik, előzményei sokak szerint már csecsemőkorban megjelennek. Comly (1962 id. Baxley és LeBlanc, 1976) pl. leírja, hogy a hiperaktív gyerekek totyogó korukban nehezen kezelhetők, keveset alszanak, kimásznak a bölcsőből, járókából, sokszor teszik ki magukat fizikai veszélyhelyzeteknek. Ezek a jellemzők emlékeztetnek Thomas és Chess (1977) *nehéz gyerek* (difficult child) leírására, és megintcsak a kórkép fejlődési vonatkozására utalnak.

Bár a hiperaktív szindróma nem minden előzmény nélkül jelenik meg és viszonylag ritkán tűnik el nyomtalanul, típusos tüneteit leggyakarabban (legalábbis fiúknál) a kisiskolás, preadoleszcens, azaz - pszichoanalitikus terminológiával - a latencia korban mutatja. Ezt a tényt a szerzők többsége a kisiskolás gyermek elé az iskola által állított, az óvódás mértékhez viszonyítva jóval komolyabb követelményeknek tulajdonítja. Az alábbiakban ennek az egyszerű értelmezésnek ellentmondó érveket fogunk ismertetni. Már itt jelezzük, hogy a preadoleszcens kori hiperaktivitást a maga jellegzetes megjelenési formájában jelentős mértékben az agy intrinsic érési folyamatával szorosan összefüggő, külső feltételektől csak másodlagosan meghatározott jelenségnek tekintjük. Látni fogjuk, hogy a preadoleszcens kori hiperaktivitásnak megvan a szubhumán megfelelője is.

A hiperaktivitás kritikus korát a 7-11 év közötti szakaszra teszik. A kórképpel járó EEG anomáliák ebben az életszakaszban a legkifejezettebbek (l. Stamm és Kreder, 1979, 134. o.).

DSM-III. kritériumok. Bár a leíró jellemzők száma tág határok között mozog - Clements (1966) pl. 99 jellemzőt sorol fel - a DSM-III. mindössze 3 fő tünetet ír le, ezek a figyelmetlenség, az impulzivitás és a hiperaktivitás. Az összes többi megfigyelt jelenséget másodlagosnak, ezekből levezethetőnek tekinti.

A DSM-III. leírása, amelyet Rácz 1987-es tanulmánya is közöl, a dignózis felállításával kapcsolatban két fontos szempontra hívja fel a figyelmet. Egyrészt utal arra, hogy a zavar jelei kétszemélyes helyzetben hiányozhatnak, másrészt arra, hogy a tünetek olykor *új helyzetben* sem figyelhetők meg.

A DSM-III kritériumait Virginia I. Douglas, a kritériumok felállításában koordináló szerepet játszó szerző elemzése nyomán tárgyaljuk (Douglas, 1985).

A. *Figyelemzavar* (alább felsorolt jellemzői közül legalább három jelenléte):

1. (A gyermek) gyakran nem fejezi be, amit elkezdett;
2. Gyakran úgy tűnik, hogy nem figyel;
3. Könnyen elterelődik a figyelme;
4. Nehezen összpontosít az iskolai munkára vagy más, tartós figyelmet igénylő feladatokra;
5. Nehezen marad meg a játéktevékenységben is.

B. *Impulzivitás* (alább felsorolt jellemzői közül legalább három jelenléte):

1. Gyakran cselekszik, mielőtt gondolkodna;
2. Sokszor vált egyik tevékenységről a másikra;
3. Nehézségei vannak a munka megszervezésével (ezek nem kognitív zavar következményei);
4. Komoly ellenőrzésre van szüksége;
5. Gyakran szól közbe az órákon;
6. Nehezen várja ki a sorát csoportos helyzetekben, játékban.

C. *Hiperaktivitás* (alább felsorolt jellemzői közül legalább kettő jelenléte):

1. Rohangál, mindenre felmászik;
2. Nehezen ül meg egyhelyben, folyton fészkelődik;
3. Nehezen marad a helyén;
4. Alvás alatt sokat mozog;
5. Állandóan mozgásban van, mintha motor hajtaná.

Az alábbiakban kissé részletesebben foglalkozunk Douglas hiperaktivitás-értelmezésével. Elemzésünk a szerző 1983-as összefoglaló tanulmányára támaszkodik (Douglas, 1983).

Douglas kritériumai: elsődleges és másodlagos zavarok.. Douglas kutatásai kezdetén a hiperaktivitás két alaptünetét emelte ki, a *tartós figyelem zavarát* és az *impulzivitást.* Másodlagos zavarnak a *problémamegoldási deficitet*, az *iskolai teljesítményzavart*, és az *erkölcsi fejlődés zavarait* tekintette. Később két további tényezőt kapcsolt a

hiperaktivitás tüneteihez; az *arousal moduláció zavarát* és az *ingerkötöttséget*, azaz a kiugró ingerek intenzív hatását.

Az arousal-modulációval kapcsolatban azt a tételt kell felidéznünk, amely szerint minden feladatnak megvan az optimális arousal-szintje, és ezt aktív arousal-szabályozó funkció állítja be. A funkció Douglas szerint hiperaktív gyermekeknél deficites. Erre utalnak azok az eredmények, amelyek szerint a hiperaktív gyerekek versenyhelyzetben, vagy ha a gyors válaszért jutalmat kapnak, túlzott arousal-emelkedéssel reagálnak, ami rontja a teljesítményüket, míg monoton helyzetben az arousal túlzottan lecsökken, ami szintén teljesítményromlást eredményez.

A leíró jellemzőkre visszatérve: a szerző az *azonnali* (késleltetés nélküli) kielégülés keresését, azaz a késleltetési képesség deficitjét is a hiperaktivitással járó zavarok közé sorolja. A késleltetési képesség a viselkedéskontroll elsődleges mutatója, így a deficit a hiperaktivitás dezinhibíciós természetét támasztja alá (l. alább, Roeltgen és Schneider, 1991).

Douglas jelentős előrelépése, hogy kidolgozta a hiperaktivitás másodlagos tüneteinek újabb listáját, ezek közé sorolta a *metakogníció* (tanulási stratégiák), a *konceptuális sémák*, a *szociális viselkedés* és az *effektancia-motiváció* zavarát. Az első két szemponttal voltaképpen a hiperaktív szindróma kognitív-pszichológiai megközelítését vezette be, míg az utóbbival a biológiai kutatások számára nyújtott támpontot: az effektancia motiváció zavara nem megfelelően hatékony célképzettel, az akarati kontroll zavarával egyenértékű, így - a késleltetési képesség gyengeségével együtt - frontális kérgi deficitre utal.

A kognitív zavarok lényege Douglas szerint a *rossz szemantikus kódolás*, amit többek között az jelez, hogy ezek a gyermekek - a kontrollhoz képest - memóriafeladatokban nem emlékeznek jobban az egymással szemantikus kapcsolatban lévő szavakra, mint az egymástól független jelentésűekre. Ezt a deficitet amfetamin kezelés sem javította, a szer csak az akusztikusan feldolgozott (akusztikusan hasonló) szavakra való emlékezést fokozta. Mindez arra utal, hogy a hiperaktív gyermekek nem rendelkeznek megfelelően szervezett kognitív struktúrákkal. Ez a tény nyilvánvalóan károsan befolyásolja az iskolai tanulás teljesítményét.

A Wisconsin Kártyaszortírozó Tesztben (WCST), ahol három dimenzió, szín, forma, illetve szám egyike szerint kell a kártyákat egymáshoz rendelni, a hiperaktív gyermekek a szám-dimenziót többnyire kihagyják: e dimenzió felismerése nagyobb intellektuális erőfeszítést igényel, mint a szín és a forma. Ebben a feladatban a minden helyes választ követő (100 %-os) megerősítés jelentősen javítja a hiperaktív gyerekek teljesítményét, míg az 50 %-os (részleges) megerősítés a teljesítményt erősen rontja.

Jelentősnek tartjuk a kognitív funkciók vonatkozásában azt a vizsgálatot, amelyben barkohba-szerű feladatot adtak hiperaktív és kontroll gyermekeknek. Kiderült, hogy az előbbiek kevesebb dimenziót használnak, illetve elejtik a már megtalált dimenziót. A hiperaktív gyerekek teljesítménye akkor sem javult, ha nem maguknak kellett kérdéseket generálni, hanem a felkínáltakból kellett a helyes következő kérdést kiválasztaniuk (Tant és Douglas, 1982). A szerzők szerint a hiperaktív gyerekek képtelenek problémamegoldó, vagy *metakognitív attitűd* felvételére. Mindez arra figyelmeztet, hogy erősen kétséges, vajon fenntartható-e az a

nézet, amely szerint a hiperaktivitás az intellektuális funkciók fejlődését nem érintő rendellenesség.

Az intellektuális funkciók jellegét illetően Baxley és Le Blanc (1976) korai összefoglalóját idézzük, amely szerint a Gyermek Wechsler Teszt és a Stanford-Binet intelligencia-teszt hiperaktív gyermekeknél több vizsgálatban viszonylag jobb verbális, mint a performációs intelligenciát jelzett (V>P minta).

Fontos megfigyelés, hogy az FZH-s gyermekek teljesítménye erősen fluktuál, állapotfüggő; feladatmegoldásaikban a belátásos attitűd próba-szerencse jellegű megoldásokkal váltakozik (l. Baxley és Le Blanc, 1976).

Visszatérve Douglas (1983) eredményeire: e szerző szerint a hiperaktív gyermek intellektuális fejlődése a magasabbrendű sémák, fogalmak, kognitív stratégiák figyelemzavar és hiperaktivitás által okozott, másodlagos deficitje miatt megfelelő beavatkozás nélkül súlyosan elmaradhat az átlagtól.[1]

A leíró jellemzőkből kiindulva Douglas számos terápiás próbálkozást kezdeményezett: munkacsoportjában *kognitív, viselkedés-modifikációs, önkontroll és kontingencia-szabályozási* eljárásokat dolgoztak ki. Terápiájuk jelmondata: Állj meg, nézz, fülelj és - gondolkozz! ('Stop, look, listen and - think!'). A terápiás módszer vázlatát a tanulmány függelékében mutatjuk be.

Összefoglalva: Douglas szerint a hiperaktivitás a *figyelmi-, gátlási-, arousal- és megerősítési* mechanizmusok működészavarával értelmezhető. E mechanizmusok egymással szoros kapcsolatban vannak, elsődleges és másodlagos (kognitív) tüneteket határoznak meg, végül a metakogníció zavarát eredményezik.

Hiperaktivitás és viselkedésszabályozás. Barkley (1985) kutatásai a hiperaktivitásnak azokra a jellemzőire hívják fel a figyelmet, amelyek alapján hiperaktív gyermekeknél a viselkedésszabályozás zavaraira következtethetünk. Barkley rámutat arra, hogy a hiperaktív gyermekek nem impulzívabbak a kontrollnál, ha feladatvégzés után a megerősítés 100 %-os (azaz nem részleges) és nem késleltetett. Eszerint a gyermek állandó kontrollt igényel, önkontroll-funkciója gyenge. Az önkontroll a Douglas-féle kontingencia-szabályozási és ön-instrukciós eljárásokkal fejleszthető. Mivel *a szabályok nem megfelelően hatékonyak a viselkedés kontrolljában*, az instrukciókat gyakran meg kell ismételni ahhoz, hogy a gyermek betartsa azokat. Barkley ez utóbbi összefüggésben Luria (1969) ismert megállapítását idézi a frontális betegeknél tapasztalható egyik legsúlyosabb deficittel kapcsolatban; a viselkedés verbális vezérlésének a zavarát. Ezzel, implicit módon, a gyermekkori hiperaktivitás és a frontális működészavar összefüggését ismeri el. Újabban Roeltgen és Schneider (1991) hangsúlyozzák a *válaszkivitelező funkciók* deficitjét, mint a hiperaktivitásra jellemző változót. A *viselkedéstervezés*, az aktivitás gazdaságos szervezése, a nem megfelelő válaszok *gátlása*, a figyelem és a motoros *aktivitás fenntartása* és gyors *váltása* hiperaktív gyermekeknél nehezen megvalósítható teljesítmények. Ezek hátterében *frontális* kérgi és *neostriatális* mechanizmusok szerepe igazolt. A válaszkivitelező

[1] A hiperaktivitás-kutatás egy új iránya (Shaw, 1992) Douglassal ellentétben a pozitív, elsősorban a kreativitást fokozó tényezőket hangsúlyozza az intellektuális tényezők között.

funkciók illetve a frontális kéreg és az intellektus szoros összefüggését könnyű belátni, így a Barkley, valamint a Roeltgen és Schneider-féle megközelítés összhangba hozható Douglas elemzésével.

Barkley álláspontjának lényege az, hogy az FZH-s gyermeknek több megerősítésre van szüksége a szabálykövető viselkedés elsajátításához, mint a kontrollnak. Ehhez az is hozzájárul, hogy a szindróma a megerősítők hatékonyságának csökkenésével jár. Az utóbbi lehetőséget - azaz a megerősítővel való gyors telítődés (szatiáció) jelenségét, amely tapasztalati tény - Barkley szerint korábban nem vizsgálták.

Barkley a következő általános deficitekből vezeti le a FZH szindróma leíró jegyeit: 1. a szabály-irányított viselkedés, önkontroll zavara; 2. a részleges és késleltetett megerősítés hatástalansága és 3. a megerősítőkkel (a viselkedés konzekvenciáival) való gyors telítődés. Ezek a tényezők felelősek szerinte az éretlen szociális viselkedésért, az önzésért (azonnali megerősítés igénye), a jövőre irányultság hiányáért (önkontroll zavara), és a morális viselkedés problémáiért. Fontos szempont: mindezek fejlődési visszamaradást jeleznek, ami azonban *nem jelenti azt, hogy a hiperaktivitás kinőhető.*

A hiperaktivitás felnőttkori következményei.
Hiperaktivitás és a dezinhibíciós szindrómák

A hiperaktivitás késői következményeit számos nyomonkövetéses vizsgálatban tanulmányozták, amelyek arra a szomorú következtetésre vezettek, hogy a gyerekkori hiperaktivitás és a felnőttkori pszichopátia között statisztikailag szignifikáns összefüggés van.

A hiperaktivitás és a pszichopátia kapcsolatát sokan hangsúlyozzák. Robins (1966) kimutatta, hogy a hiperaktivitással járó tünetek a pszichopátia legfőbb gyermekkori előzményei. E szerző 30 éves nyomonkövetéses vizsgálatai szerint pl. az impulzívnak, iskolakerülőnek, nehezen kezelhetőnek, felelőtlennek minősített gyerekek mintegy harmada lesz felnőttkorban pszichopátiás, és viszont, a felnőtt pszichopaták 35-80 %-a volt a fenti gyermekkori tünetekkel jellemezhető (l. Satterfield, 1978). Gorenstein és Newman (1980) munkáját, amelyben a két kórképet (emellett a hisztériát és az alkoholizmust) a dezinhibíciós pszichopatológia kategóriájába sorolják, már idéztük. E szerzők Mendelson, Johnson és Stewart (1971) tanulmányára hivatkozva utalnak arra, hogy a hiperaktív gyerekekből gyakran lesznek bűnöző fiatalok.

A két kórkép kapcsolata szempontjából jelentősek azok a vizsgálatok, amelyekben hiperaktív gyerekek *rokonai* között nagy számban találtak felnőtt pszichopatákat (Cantwell, 1972; Morrison és Stewart, 1971), ami a két kórkép genetikai kapcsolatára utal. Cantwell pl. 50 hiperaktív és 50 kontroll-gyermek szüleit, illetve elsőfokú rokonait mérte fel - az utóbbiakat a szülőkkel folytatott interjúk alapján. A hiperaktívak esetében 19 alkoholista szülőt (4 anya, 15 apa), 8 pszichopata apát és 6 hisztériás anyát diagnosztizált, a kontrolloknál 7 alkoholista apát és 2

hisztériás anyát talált. A hiperaktív csoportban összesen - az affektív kórképeket is beszámítva - 18 pszichiátriai betegségben szenvedő anya és 27 apa, a kontrolloknál 6 patológiás anya és 12 apa szerepelt.

Az elsőfokú rokonokat vizsgálva (hiperaktív gyerekek 251 nő és 263 férfi-rokonáról, kontroll-gyerekek 256 nő és 245 férfi-rokonáról sikerült adatot gyűjteni) hasonló képet nyertek. Alkoholista volt a hiperaktívak 50 férfi és 5 nő, míg a kontrollok 13 férfi rokona, szociopata a hiperaktívak 30 férfi, a kontrollok egy férfirokona, hisztériás a hiperaktívak 21 nőrokona, míg a kontrollok rokonai között nem volt hisztériás személy. Ezek az eredmények a hiperaktivitás genetikus meghatározottsága mellett szólnak.

A dezinhibíciós kórképeknek a hiperaktív gyerekek rokonságában előforduló magas száma természetesen felveti azt a lehetőséget is, hogy a hiperaktív szindróma döntően a patológiás környezet által kiváltott, tanult jelenség. Ennek kontrollálására a fent említett dezinhibíciós kórképek (alkoholizmus, pszichopátia, hisztéria) előfordulását vér szerinti és örökbefogadó szülők által nevelt hiperaktív gyerekek szüleinél is vizsgálták. (A vizsgálatok fontos kritériuma volt, hogy a gyermekeket egy hónapos kor alatt adoptálták). Morrison és Stewart (1973), valamint Cantwell (1975) egymástól független vizsgálatban azt találták, hogy a biológiai apáknál szignifikánsan nagyobb az alkoholisták és a szociopaták, a biológiai anyáknál pedig a hisztériások előfordulási aránya, mint az örökbefogadó szülőknél. A biológiai szülők anamnézisében ugyanakkor jelentősen több esetben fordult elő gyermekkori hiperaktivitás, mint az adoptáló szülők körében. Eredményeikből a szerzők arra következtettek, hogy az említett kórképek között genetikai kapcsolat van. Minthogy az alkoholizmus, a szociopátia és a hisztéria genetikai meghatározottságára nézve vannak adatok, az a tény, hogy a a gyermekkori hiperaktivitás e felnőttkori kórképekkel összefüggésben áll, az utóbbi genetikai meghatározottságát támasztja alá. Feltételezhető éppen ezért, hogy a gyermekkori hiperaktivitás a felnőttkori dezinhibíciós kórképek előfutára.

Morrison és Stewart (1973), valamint Cantwell (1975) tanulmányát McMahon (1981) módszertani alapon élesen bírálta. Elsősorban a hiperaktív gyerekek kiválogatásának diagnosztikus kritériumait nem tartotta elég szigorúnak. Bár a módszertani igényesség a kutatásban fontos követelmény, a tárgyalt tanulmányok konvergáló adatai komoly figyelmet érdemelnek. Az eredmények azért is figyelemre méltók, mert megerősítik az alább röviden tárgyalásra kerülő nyomonkövetéses vizsgálatok adatait.

A hiperaktív gyermek szindróma 'maradványtüneteivel' kapcsolatban Thorley (1984) összefoglalójára utalunk (l. Rácz, 1987 tanulmányát is), aki 17 nyomonkövetéses és 7 retrospektív vizsgálat eredményei alapján, a vizsgálatok számos módszertani problémája ellenére megkockáztatja azt a megállapítást, hogy a hiperaktív gyerekek késői adoleszcens korban és korai felnőttkorban jelentős arányban mutatnak szociális viselkedészavarokat és kerülnek összeütközésbe a törvénnyel.

Satterfield és mtsi (1982) tízéves nyomonkövetéses vizsgálatban azt találták, hogy az általuk elemzett 110 hiperaktív adoleszcens társadalmi hovatartozástól függetlenül szignifikánsan gyakrabban volt legalább egyszer súlyos kihágás miatt

letartóztatva, mint a kontroll csoport tagjai. Érdekes, hogy hiperaktivitás esetén a szocioökonómiai státusz alig befolyásolta a kriminális karriert. Míg az alacsony státuszú hiperaktív kamaszok 58 %-a, addig a középosztálybeliek 35, és magas státuszúak 52 %-a került rendőrkézre. Ugyanezek az arányok a nem hiperaktív kontroll csoportban: 11, 9, illetve 2 %. Nyilvánvaló, hogy a társadalmi státusz a nem-hiperaktív gyermekeknél jelentős védő faktor és viszont; alacsony szocioökonómiai státusz esetén a nem-hiperaktív fiatalok bűnözésében a társadalmi meghatározottság szerepe jelentős.

A hiperaktivitás és a fiatalkorú bűnözés, illetve a felnőtt pszichopátia (szociopátia) kapcsolata, mint már jeleztük, az FZH dezinhibíciós aspektusára tereli a figyelmet. Kézenfekvőnek tűnik ebben az összefüggésben Roeltgen és Schneider (1991) korábban már idézett álláspontja, akik szerint az FZH-s gyerekeket a *válaszkivitelező funkciók* deficitje jellemzi. A *viselkedéstervezés*, az aktivitás gazdaságos szervezése, *a nem megfelelő (büntetett) válaszok gátlása, a figyelem és a motoros aktivitás fenntartása és gyors váltása*, amely, mint láttuk, e szerzők szerint hiperaktív gyermeknél károsult, közvetlenül vezethet antiszociális viselkedéshez. Úgy véljük, hogy e funkciók egymáshoz való viszonyának problémája a hiperaktivitás patogenezisének és idegélettani hátterének egyik alapvető kérdése, amelynek elemzése közelebb visz a hiperaktivitás és a pszichopátia kapcsolatának értelmezéséhez is. Emellett azonban egy mechanizmusszintű elemzés azzal a reménnyel is kecsegtet, hogy közelebb visz a hiperaktív gyermekből egészségessé váló felnőttek fejlődési folyamatainak értelmezéséhez. Ne feledjük, hogy - bár a hiperaktív gyerekek közül többen lesznek pszichopaták, mint a nem-hiperaktívak soraiból - *több hiperaktív gyermek nő fel egészséges, sőt igen tehetséges felnőtté, mint ahányból pszichopata lesz.*[2]

Mielőtt azonban e kérdést az újabb idegélettani kutatások fényében elemeznénk, célszerű lesz megvizsgálnunk a *hiperaktivitás előfordulásával* foglalkozó munkákat. Látni fogjuk, hogy a háttérmechanizmusok szempontjából a kórkép nemek közötti megoszlását mutató adatok központi jelentőségű támpontot szolgáltatnak.

A hiperaktivitás előfordulása

Whalen és Henker (1980) összefoglalója szerint az iskoláskorú fiúk mintegy 5-12 %-a tekinthető hiperaktívnak. Lányoknál a szindróma sokkal ritkább (az egyes felmérések a fiúk 3-9-szeres 'fölényét' találták). Sandoval, Lambert és Sassone (1980) nagy populáción (2793 fiú és 2419 lány) végzett vizsgálatai szerint a hiperaktivitás leggyakoribb előfordulása lányoknál óvódáskorra esik (1.73 %), azonban ebben az életkorban is 4.5-szer magasabb a hiperaktív fiúk aránya. Fiúknál legmagasabb az előfordulási arány harmadik-negyedik osztályos korban (10.57, illetve 10.41 %), azaz a preadolescencia (latencia) korában, ahol - az elsős értékhez képest - a lányoknál is van némi emelkedés. A prepubertás- (latencia) kor és a hiperaktivitás összefüggésének kérdésével a második tanulmányban foglalkozunk.

---

[2] Ebben az irányban tesz lépéseket Shaw (1992) korábban idézett tanulmánya is.

Összefoglalás

A gyerekkori hiperaktivitás kutatásának a tanulmányban áttekintett eredményei meggyőzően igazolják a szindróma dezinhibíciós természetét és rokonságát a felnőttkori pszichopátiával. A korai idegélettani értelmezések azonban nem adnak magyarázatot a fiúgyerekek túlsúlyára a kórkép előfordulásában, és figyelmen kívül hagynak számos olyan tényt, amely már a korai leíró jellemzők, így az intelligencia-mutatók aránya alapján gyanút kelthet a lateralizációnak a kórképpel kapcsolatos jellegzetességeire vonatkozóan. Mindezeket az újabb kutatások már érintik, azonban nem integrálják, és nem jutnak el a patomechanizmus felől a terápiás lehetőségek kérdéseiig. Tanulmányunk második részében erre teszünk kísérletet.

A közlemény a szerkesztőségbe érkezett: 1992. május 26.

IRODALOM

Anisman, H. (1975). Time dependent variation in aversively motivated behaviors: Nonassociative effects of cholinergic and catecholaminergic activity. *Psychological Review, 82*, 357-385.

Barkley, R. A. (1985). Do as we say, not as we do: The problem of stimulus control and rule governed behavior in attention deficit disorder with hyperactivity. In J.Swanson and M. Bloomingdale (eds), *Emerging trends in research on attention deficit disorder*. New York, Lawrence and Erlbaum.

Baxley, G. B. and LeBlanc, J. M. (1976). The hyperactive child: Characteristics, treatment and evaluation of research design. In: H.W. Reese (ed.). *Advances in child development and behavior*. New York, Academic Press, 1-34.

Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *American Journal of Psychiatry, 94*, 577-585.

Cantwell, D. (1972). Psychiatric illness in the families of hyperactive children. *Archives of General Psychiatry, 27*, 414-417.

Cantwell, D. (1975). Genetic sttudies of hyperactive children: psychiatric illness in biological and adopting parents. In R. Flewe, D. Rosenthal and H. Brill (eds), *Genetic research in psychiatry*. Baltimore, John Hopkins University Press. (cit. by McMahon, 1981).

Chess, S. (1960). Diagnosis and treatment of the hyperactive child. *New York State Journal of Medicine, 60*, 2379-2385.

Clements, S. D. (1966). Minimal brain dysfunction in children: Terminology and identification. Phase one of a three phase project. *U.S. Departmet of Health, Education and Welfare*. Public Health Service Publication, No. 1415.

Comly, H. H. (1962). Clinical management of the hyperkinetic impulse disorder: Etiology, diagnostic criteria: Comparison of dextroamphetamine and

methylphenidate effects. Paper presented at the *Meeting of the American Orthopsychiatric Association*, Los Angeles, March, 1962 (cit. by Baxley és LeBlanc, 1976).

Cruickshank, W. M. (1977). *The brain injured child in home, school and community.* New York, Syracuse University Press.

Cruickshank, W. M., Bentzen, F. A., Ratzeburg, F. H., Tannhauser, M. T. A. (1961). *Teaching method for brain injured and hyperactive children.* Syracuse: Syracuse University Press.

Dewberry, R. G., Lipsey, J. R., Saad, K., Moran, T. H. and Robinson, R. G. (1986). Lateralized response to cortical injury in the rat: Interhemispheric interaction. *Behavioral Neuroscience, 100*, 556-562.

Douglas, V. I. (1983). Attentional and cognitive problems. In: M. Rutter (ed.) *Developmental neuropsychiatry*, New York, Guilford Press, pp. 281-329.

Douglas, V. I. (1985). Cognitive deficits in children with attention deficit disorder with hyperactiviy. Paper presented at the symposium 'Hyperactivity, a scientific challenge'. Groningen, The Netherlands, June 13-14, 1985.

DSM III.: *Diagnostic and Statistical Manual, Edition 3.* Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1980.

Ebaugh, F. G. (1923). Neuropsychiatric sequele of acute epidemic encephalitis in children. *American Journal of Disabled Child, 25*, 89.

Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality.* Springfield, C.C. Thomas.

Eysenck, H. J. and Levey, A. (1972). Conditioning, introversion-extraversion and the strength of the nervous system. In: Nebylytsin, V. D. and Gray, J. A. (eds), *Biological basis of individual behavior.* London, Academic Press, pp. 206-220.

Gorenstein, E. E. and Newman, J. P. (1980). Disinhibitory psychopathology: A new perspective and a model for research. *Psychological Review, 87.* 301-315.

Hare, R. D. (1978). Electrodermal and cardiovascular correlates of psychopathy. In R. D. Hare and D. Schalling (eds), *Psychopathic behavior: Approaches to research.* New York, Wiley, pp. 107-144.

Hoffmann, H. (1845). *Der Stuwwelpeter: Oder lustige Geschichten und drollige Bilder.* Leipzig, Insel Verlag.

Hohman, L. B. (1922). Post encephalitic behavior in children. *Bull. Johns Hopkins, 33*, 372. (Cit. by Levine and Melmed, 1982).

Hynd, G. W., Lorys, A. R., Semrud-Clikeman, M., Nieves, N., Huettner, M. I. and Lahey, B. B. (1991). Attention deficit disorder without hyperactivity: a distinct behavioral and neurocognitive syndrome. *Journal of Child Neurology, 6, Suppl.* S37-43.

Kagan, J., Rosman, B. L., Day, D., Albert, J. and Phillips, W. (1964). Information processing in the child: Significance of analytic and reflective attitudes. *Psychological Monographs, 78.* (Whole No. 578.)

Kulcsár Zs. (1983). Szenzoros élménykeresés. Biológiai korrelátumok és implikációk a pszichiátriai sérülékenységről. *Pszichológia, 3*, 69-85.

Kulcsár Zs. (1991). *Pszichopátia.* Budapest, Akadémiai Kiadó.

Laufer, M. W. and Denhoff, E. (1957). Hyperkinetic behavior syndrome in children. *Journal of Pediatrics, 50*, 463-474.

Laufer, M. W., Denhoff, E. and Solomons, G. (1957). Hyperkinetic impulse disorders in children's behavior problems. *Psychosomatic Medicine, 19*, 38-49.

Levine, M. D. and Melmed, R. D. (1982). The unhappy wanderers: Children with attention deficits. *Pediatric Clinics of North America, 29*, 105-120.

Loiselle, D. L., Stamm, J. S., Maitinsky, S. and Whipple, S. C. (1980). Evoked potential and behavioral signs of attentive dysfunction in hyperactive boys. *Psychophysiology, 17*, 193-201.

Lou, H. C., Henriksen, L., Bruhn, P., Borner, H. and Nielsen, J. B. (1989). Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. *Archives of Neurology, 46*, 48-52.

Luria, A. R. (1969). Speech and formation of mental processes. In: M. Cole and I. Maltzman (eds), *A Handbook of Contemporary Soviet Psychology*. New York: Basic Books.

Lynch, J. C., Mountcastle, V. B., Talbot, W. H. and Yin, T. C. T. (1977). Parietal lobe mechanisms for directed visual attention. *Journal of Neurophysiology, 40*, 362-389.

McMahon, R. C. (1981). Biological factors in childhood hyperkinesis: A review of genetic and biochemical hypotheses. *Journal of Clinical Psychology, 37*, 12-21.

Mendelson, W., Johnson, J. and Stewart, M. (1971). Hyperactive children as teenagers: A follow-up study. *Journal of Nervous and Mental Disease, 153*, 273-279.

Morrison, J. R. and Stewart, M. A. (1971). A family study of the hyperactive child syndrome. *Biological Psychiatry, 3*, 189-195.

Morrison, J. R. and Stewart, M. A. (1973). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry, 28*, 888-891.

Pearlson, G. D. and Robinson, R. G. (1981). Suction lesions of the frontal cerebral cortex in the rat induce asymmetrical behavioral and catecholaminergic responses. *Brain Research, 218*, 233-242.

Porges, S. W. (1976). Peripheral and neurochemical parallels of psychopathology: A psychophysiological model relating autonomic imbalance to hyperactivity, psychopathy and autism. In: H. W. Reese (ed.). *Advances in child development and behavior, Vol. 11*. New York, Academic Press, pp. 35-65.

Rácz J. (1987). A gyermekkori "figyelemzavar szindróma" klinikai pszichofiziológiája és patopszichológiája. *Psychiatria Hungarica, II*, 173-185.

Rizolatti, G., Matelli, M. and Pavesi, G. (1983). Deficits in attention and movement following the removal of postarcuate (area 6) and prearcuate (area 8) cortex in macaque monkeys. *Brain, 106*, 655-673.

Robins, L. (1966). *Deviant children grown up: A sociological and psychiatric study of sociopathic personality*. Baltiomore, Williams and Wilkins.

Robinson, R. G. and Coyle, J. T. (1980). The differental effect of right versus left hemispheric cerebral infarction on catecholamines and behavior in the rat. *Brain Research, 188*, 53-78.

Robinson, R. G. and Justice, A. (1986). Mechanisms of lateralized hyperactivity following focal brain injury in the rat. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 25*, 263-267.

Robinson, R. G., Shoemaker, W. J., Schlumpf, M., Valk, T. and Bloom, F. E. (1975). Experimental cerebral infarction in rat brain: Effect of catecholamines on behavior. *Nature, 255*, 332-334.

Roeltgen, D. P. and Schneider, J. S. (1991). Chronic low-dose MPTP in nonhuman primates: A possible model for attention deficit disorder. *Journal of Child Neurology, 6, Supplement*, S82-S89.

Ross, D. M. and Ross, S. A. (1976). *Hyperactivity*. New York, Wiley.

Sandoval, J., Lambert, N. M. and Sassone, D. (1980). The identification and labelling of hyperactivity in children: An interactive model. In C. K. Whalen and B. Henker, (Eds) *Hyperactive children*. New York, Academic Press. 145-171.

Satterfield, J. H. (1973). EEG issues in children with minimal brain dysfunction. In S. Walzer and P. Wolff (eds), *Minimal crebral dysfunction in children*. New York, Grune and Stratton.

Satterfield, J. H. (1978). The hyperactive child syndrome: A precursor of adult psychopathy? In: R. D. Hare and D. Schalling (eds), *Psychopathic behavior: Approaches to research*. New York, Wiley, pp. 329-346.

Satterfield, J. H. and Dawson, M. E. (1971). Electrodemal correlates of hyperactivity in children. *Psychophysiology, 8*, 191-197.

Satterfield, J. H., Hoppe, C. M. and Schell, A. M. (1982). A prospective study of delinquency in 110 adolescents with attention deficit disorder and 88 normal adolescent boys. *American Journal of Psychiatry, 139*. 795-798.

Shaywitz, B. A., Jager, R. D. and Klopper, J. H. (1976). Selective brain dopamine depletion in developing rats: An experimental model of minimal brain dysfunction. *Science, 191*, 305-308.

Shaw, G.A. (1992)). Hyperactivity and creativity: the tacit dimension. *Bulletin of the Psychonomic Society, 30*: 157-160.

Spear, L. P. and Brake, S. C. (1983). Periadolescence: Age-dependent behavior and psychopharmacological responsivity in rats. *Developmental Psychobiology, 16*, 83-109.

Stamm, J. S. and Kreder, S. V. (1979). Minimal brain dysfunction: Psychological and neurophysiological disorders in hyperkinetic children. In: Gazzaniga, M. S. (ed.), *Handbook of behavioral neurobiology, Vol. 2. Neuropsychology*. New York, Plenum Press, 119150.

Stewart, M. A. (1970). Hyperactive children. *Scientific American, 222*. 94-98.

Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet, 1*, 1008-1012; 1077-1082; 1163-1168.

Strauss, A. A. and Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain injured child*. New York, Grune and Stratton.

Tant, J. L. and Douglas, V. I. (1982). Problem solving in hyperactive, normal and reading disabled boys. *Journal of Abnormal Child Psychology, 10*, 295-306.

Thomas, A. and Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York, Brunner/Mazel.
Thorley, G. (1984). Review of follow-up and follow back studies of childhood hyperactiviity. *Psychological Bulletin, 96*. 116-132.
Wender, P. H. (1971). *Minimal brain disfunction in children*. New York, Wiley Interscience.
Whalen, C. K. and Henker, B. (1980). The social ecology of psychostimulant treatment: A model for conceptual and empirical analysis. In C. K. Whalen and B. Henker, (eds), *Hyperactive children*. New York, Academic Press, 3-51.
Zental, S. (1975). Optimal stimulation as a theoretical basis of hyperactivity. *American Journal of Orthopsychiatry, 45*, 549-563.

FÜGGELÉK

I. Conners rövidített tanuári minősítő skálája gyermekkori hiperaktivitás vizsgálatára Ross és Ross, (1976, 314. o.) nyomán

Megfigyelés	Az aktivitás mértéke			
	egyáltalán nem	kissé	eléggé	nagyon
	0	1	2	3

1. Nyugtalan és túl aktív
2. Ingerlékeny, impulzív
3. Zavarja a többieket
4. Nem fejezi be, amit elkezdett, figyelme nem tartós
5. Állandóan mocorog
6. Figyelmetlen, könnyen elterelhető
7. Kívánságait azonnal teljesíteni kell, könnyen frusztrálódik
8. Gyakran és könnyen sír
9. Hangulata gyorsan és drasztikusan változik
10. Indulatkitörésekre hajlik, robbanékony, kiszámíthatatlan

II. Douglas (1980) kognitív tréning programjának vázlata

I. szint. *A gyermekben tudatosítjuk problémája természetét, és elmagyarázzuk, hogy a tréning hogyan segíthet rajta.*

1. Magyarázatot adunk a figyelmi, a viselkedésgátlással és az arousal-szabályozással kapcsolatos problémákra.
2. Segítjük a gyermeket annak megértésében, hogy ezek a problémák hogyan befolyásolják hétköznapi életét, és hogyan sodorják bajba.

3.Meggyőzzük afelől, hogy defektusai módosíthatók, és arra motiváljuk, hogy legyen aktív részese a tréning folyamatnak.
4. Megismertetjük a gyermekkel a kognitív tréning-program alapelveit.

II. szint. *A gyermek motivációjának és problémamegoldó szerep felvételére való képességének erősítése*

1. Sikerélmények biztosítása *tréning-üléseken*, azáltal, hogy a feladatokat kis részletekre osztjuk, fokozatosan nehezebb részfeladatokat adunk, az anyagot a gyermek kapacitásához szabjuk, szisztematikusan áttekintjük a tanultakat.
2. Sikerélmények biztosítása *otthon és az iskolában*. A szülők és a tanárok segítése abban, hogy a feladatokat a gyerek képességeihez szabják, arra bíztatjuk őket, hogy a gyereket ne csak a teljesítményért, hanem magáért a kompetenciára való igényért is jutalmazzák.
3. A gyereket megtanítjuk arra, hogy milyen általános elvek szerint fogjon hozzá a feladathoz (metakogníció). Határozza meg pontosan, mit is ír elő a feladat, mérje fel, mi az, amit saját ismereteiből használni tud, és milyen külső segítséget vehet igénybe. ...
4. Lebeszéljük a passzivitásról, bátorítjuk az önálló erőfeszítést, pl. elnevezzük 'problémamegoldó úrnak'. Lebeszéljük a túlzott függésről, a papagájszerű utánzásról, saját stratégiák kitalálására, a probléma saját szavakkal való újrafogalmazására bátorítjuk. A gyermekkel magával javíttatjuk a munkáját és jutalmat is magának kell kiutalnia. Segítünk abban, hogy különbséget tudjon tenni figyelmetlenségből, és a probléma meg nem értéséből adódó hibák között.
5. Tudatosítjuk a gyermekben, hogy melyek azok a viselkedési attitüdjei, amelyek gátolják a munkában. Pl. tudatosítjuk, ha figyelme lanyhul, viselkedése lehangoltságot mutat, nem bátorítjuk a túl sok beszédet, emlékeztetjük arra, hogy a porbléma felületes megközelítésén túl kell lépnie, nem helyeseljük alacsony igényszint felállítását.

III. szint. *Specifikus problémamegoldó stratégiák tanítása.*

1. Olyan stratégiákat mutatunk be, amelyek a figyelem és a koncentráció hatékonyságát javítják. Ilyenek: Szervezett és következetes letapogató technikák; fókuszáló stratégiák; a kritikus vonások tisztázása; a lényeges információ kiemelése.
2. A gátlókontroll és az anyag szervezésének elősegítését szolgáló stratégiák tanítása, mint pl.: üljön nyugodtan, amíg át nem gondolta a lehetséges megoldásokat; felhívjuk a szülők és a tanárok figyelmét, hogy biztosítsanak helyet a segédeszközök tárolására; segítjük a gyereket abban, hogy ezeket az eszközöket adott esetben vegye elő; bátorítjuk, hogy használjon külön jegyzetfüzetet az iskolai feladatok feljegyzésére, ezt a jegyzetfüzetet speciális helyen tartsa; modellt adunk arra, hogy hogyan kell a feladatlistát használni, hogyan kell anyagot gyűjteni a feladatmegoldáshoz, hogyan kell a könyveket, ruhákat stb. elkészíteni a következő napra (!)
3. Az arousal-szint jobb kontrollálására irányuló stratégiák tanítása:
Cimkézze arousal szintjét (állapotát belsőleg tisztázza magában); serkentse vagy csillapítsa magát ön-utasításokkal; érdekes tevékenységgel kecsegtető szünetek beiktatására serkentjük a koncentrált munka közötti időszakokban - vegyük észre, hogy a gyereknek stimulációra van szüksége ahhoz, hogy leküzdje unalmát
4. Más, specifikus stratégiák tanítása, amelyeket a gyerek addig nem használt, pl. ismétlési stratégiák, mnemonikus eszközök; iskolai feladatoknál alkalmazható stratégiák, pl. hogyan írunk fogalmazást.

SUMMARY

Childhood hyperactivity I. Early interpretations, descriptive characteristics, genetics

Kulcsár, Zsuzsanna

The article describes the early neurophysiological explanations of childhood hyperactivity (low and high arousal interpretations; Wender's biochemical model; hyperactivity as a deficiency of selective attention), discusses terminological problems and the descriptive characteristics of the disorder, with an emphasis on the problem of cognitive fuctions and behavioral self control. Data on adult consequences, genetical background and prevalence of the syndrome are also analysed. The male dominance of the disorder is emphasized and a project for the second paper (same volume) is presented.

GYERMEKKORI HIPERAKTIVITÁS II.

Lateralitás, nemi vonatkozások és vesztibuláris kompenzáció*

KULCSÁR ZSUZSANNA

ELTE, Személyiség és Klinikai Pszichológiai Tanszék

A tanulmány áttekinti a gyermekkori hiperaktivitás és a jobbféltekei funkciózavar összefüggéséről szóló elképzeléseket, ezzel kapcsolatban kitér azokra a szubhumán adatokra, amelyek szerint jobbféltekei lézió csak hím állatoknál okoz hiperaktivitást. Az utóbbi, a humán hiperaktivitás kutatásban eddig figyelmen kívül hagyott adatokat relevánsnak tekinti a kórkép előfordulásában talált fiú-dominancia szempontjából. A hiperaktivitás biokémiai hátterét a preszinaptikus dopamin autoreceptorok preadoleszcens kori érésével kapcsolatos szubhumán adatok fényében értelmezi, ami módot ad a fizilógiás (normál) és a patológiás preadoleszcens hiperaktivitás elkülönítésére. A vesztibuláris ingerlésnek a hiperaktivitás, és ezzel együtt a szenzoros elhanyagolás terápiájában játszott szerepéből kiindulva, a vesztibuláris apparátus lateralizációjára vonatkozóan újabban Previc által kidolgozott elképzelést is figyelembe véve olyan modellt mutat be, amely szerint a hiperaktivitás a figyelemzavar kórképben a vesztibuláris öningerlés célját szolgáló öngyógyítási kísérlet, amely a jobbféltekei funkciózavart kompenzálja. Ez a modell értelmezi a gyerekkori hiperaktivitás és a felnőttkori pszichopátia ellentmondásos kapcsolatát, amely szerint a két genetikailag is összefüggő dezinhibíciós kórkép közül a hiperaktivitással jobbféltekei, míg a pszichopátiával balféltekei működészavar társul. Végül felhívja a figyelmet a jobbféltekei funkciókat fejlesztő korai (elsősorban vesztibuláris) terápiás beavatkozás jelentőségére, amellyel a balfélteke fejlődési elmaradása a szerző feltevése szerint kivédhető.

Bevezetés

A tanulmány első részében a gyermekkori hiperaktivitás korábbi szakirodalmát, ezen belül a korai biológiai modelleket, a leíró jellemzőket, a terminológia kérdését, az öröklctesség és az előfordulás problémáit tekintettük át. Az első rész tehát mintegy alapismereteket közölt a gyakori szindrómával kapcsolatban, kitérve - a teljesség

* A tanulmány az OTKA-III. (ny. sz. 2261) pályázat támogatásával készült.

igénye nélkül - a diagnosztika és a terápia kérdéseire is. A jelen tanulmány a szindróma biológiai hátterének értelmezésére újabban kidolgozott elképzelésekkel foglalkozik. Az újabb modelleket több ponton kiegészítjük olyan - főként állatkísérleti - eredmények bemutatásával, amelyek egy átfogóbb biológiai értelmezés szempontjából relevánsnak látszanak, azonban az elemzésekből mindeddig hiányoztak. E komplex anyag alapján, a gyakorlat kérdésére visszakanyarodva viszonylag egyszerű értelmezést adunk a gyermekkori hiperaktivitásról: a kórkép hátterében álló jobbféltekei funkciózavarból kiindulva, amely a meghatározó jelentőségű figyelemzavar hátterében áll, a hiperaktív viselkedést öngyógyítási kísérletnek fogjuk fel. Úgy véljük, hogy a hiperaktív viselkedés vesztibuláris ingerlés biztosításával elősegíti a jobbféltekei funkciók fejlődését. A gyermekkori hiperaktivitást gyakran követő felnőttkori pszichopátia kialakulása elemzésünk szerint döntően azon múlik, hogy a balféltekei funkciók fejlődése felzárkózik-e a jobbféltekéhez, azaz, hogy sikerül-e kivédeni a két összefüggő kórkép lateralizációs jellegzetességeinek az egyedfejlődés során megjelenő átfordulását.

A lateralitás problémája: hiperaktivitás és jobbféltekei funkciózavar

'Lágy' neurológiai tünetek. A hiperaktivitás diagnosztizálására már a korai kutatásokban neurológiai teszteket is bevezettek. Konvencionális neurológiai vizsgálatok nem tártak fel egyértelmű abnormitásokat, azonban minor, vagy ún. 'lágy' neurológiai jegyeket (pl. gyengébb izomkoordináció, zavarok az ügyességi mozgások kivitelezésében, pl. szökdécselésben, az alkar alternáló mozgásában, illetve vizuomotoros funkciókban) szinte minden esetben találtak (Hertzig, Bortner és Birch, 1969, - idézi Baxley és LeBlanc, 1976 - pl. az általuk vizsgált esetek 95%-ában). Millichap (1968) továbbá a *motoros perzisztenca hiányát*, a tekintet vagy posztúra fenntartására való képtelenséget írta le. E vizsgálatok terelhették a figyelmet a hiperaktivitás és a *jobbféltekei* funkciózavar lehetséges összefüggése felé, jóllehet a szerzők többnyire nem emelik ki a lateralitás szempontját.

Az ügyességi mozgások és a jobb parietális funkciók viszonya közismert. Az 50-es évektől kezdve számos tanulmányban leírták, hogy a jobbféltekei parieto-temporo-okcipitális kérgi terület károsodása a konstrukciós teljesítmény zavaraival van kapcsolatban (konstrukciós apraxia; l. De Renzi összefoglalóját, 1982, p. 241.).[1] A fentiekben említettük Baxley és Le Blanc (1976) összefoglalóját, amely szerint a gyermek Wechsler teszt és a Stanford-Binet intelligencia-teszt hiperaktív gyermekeknél több vizsgálatban viszonylag jobb verbális, mint a performációs intelligenciát jelzett (V>P minta). Ez a mintázat is felkelti a jobbfélteke viszonylagos deficitjének a gyanúját.

Kevésbé ismert az a tény, hogy a motoros perzisztencia is jobbféltekei funkciók függvénye. 'Motoros imperzisztenciát', vagyis az egyszerű motoros válaszok

[1] Megjegyezzük azonban, hogy újabban Watson és mtsi (1988) *baloldali* supplementer motoros area infarktusának eseteiben írtak le motoros apraxiát.

fenntartására való képtelenséget (pl. a szem lehúnyva tartása, dinamométer nyomva tartása azonos erővel külső visszajelzés hiányában) Fisher (1956), valamint Kertész és mtsi (1985) jobbféltekei károsodással járó neurológiai kórképekben írtak le. A motoros imperzisztencia minden esetben általánosabb patológia része volt, amelyet a kitartás hiánya jellemzett. Kézenfekvő ennek a zavarnak a figyelem zavarával való kapcsolata - az utóbbi pedig a hiperaktív szindóma meghatározó tényezője. Ezt az összefüggést támasztja alá Millichap (1968) fentebb idézett adata és Voeller és Heilman (1988) rövid közleménye, amelyben hiperaktív, figyelemzavarral diganosztizált gyerekeknél - kontrollcsoporthoz képest - a motoros perzisztencia gyengeségéről számolnak be.

A jobbfélteke szerepe a figyelmi folyamatokban általánosan elismert (pl. Heilman és Van Den Abell, 1979, 1980; Mesulam és mtsi, 1976; Weintraub és Mesulam, 1987), így a figyelemzavar ténye, amely a hiperaktív szindróma meghatározó tényezője, eleve jobbféltekei funkciózavarra utal.

A jobbféltekei funkciódeficit és a hiperaktivitással járó gyermekkori figyelemzavar lehetséges összefüggésére tudtunkkal elsőként Brumback és Staton (1982a,b) hívta fel a figyelmet. E szerzők a figyelemzavar mellett a tanulási nehézségeket és a depressziót is jobbféltekei deficittel hozták kapcsolatba. Kétféle, jobb- és balféltekei típusú tanulási nehézséget különböztettek meg, rámutatva arra, hogy az esetek 80 %-ában jobbféltekei működészavar áll a tanulási nehézség hátterében (Brumback, 1979; Weinberg, 1975, id. Brumback és Staton, 1982,b). Brumback és Staton számos szerzőre hivatkozva jelzik, hogy a gyerekkori hiperaktivitás-figyelemzavar szindróma "többnyire tanulási nehézséggel társul" (i. m. 1093-1094. o.).

A figyelemzavar és a jobbféltekei funkciózavar közötti összefüggés lehetőségét Voeller (1986) tanulmánya is felveti. Voeller vizsgálataiban computer tomográfiával kimutatott jobbféletekei károsodásban szenvedő gyermekek nagy többségénél figyelemzavart és hiperaktivitást talált. A gyermekek ugyanakkor a szociális viselkedés jelentős problémáit mutatták, ami a jobbféltekének az emocionális válaszok szervezésében és az emocionális kommunikációban (társak érzelmi állapotára való reagálásban) betöltött - ismert - szerepét erősíti meg.

Hiperaktivitás és szenzoros elhanyagolás. Heilman, Voeller és Nadeau (1991) elméleti tanulmányban fejtik ki azokat az érveket, amelyek a hiperaktivitással járó figyelemzavar és a jobbféltekei funkciózavar összefüggésére utalnak. A feltevés vizsgálatára korábbi tanulmányukban (Voeller és Heilman, 1988) egyszerű neuropszichológiai tesztet alkalmaztak: a jobbféltekei (elsősorban parietális, illetve frontális) működéskieséssel járó 'szenzoros elhanyagolás' (sensory neglect) vizsgálatára kidolgozott 'áthúzásos' feladatot adták hiperaktív gyermekek kis csoportjának. A feladat lényege - mint ismert - az, hogy betűkkel vagy jelekkel teleírt papírlapokon egy meghatározott betűt vagy jelet kell azonosítani és megjelölni (áthúzni).

Saját vizsgálatukban egy 18 lapból álló füzetet adtak a gyermekeknek, amelynek az első 6 lapján az 'A', a következő hat lapon az 'E', az utolsó 6 lapon pedig az 'I' betűket kellett

áthúzni. A cél-betűk más betűkkel random módon összekeverve voltak a lapokra írva, a lap jobb és bal oldalán egyenlő számban: 'A' betűből laponként 35, 'E'-ből laponként 24; 'I'-ből laponként 18 szerepelt).

Ismert, hogy jobbféltekei károsodás egyrészt a teljesítmény általános deficitjéhez vezet, emellett azonban jelentősen nagyobb bal-, mint jobb térfélbeli teljesítménycsökkenést eredményez (l. pl. Weintraub és Mesulam, 1987). Ez azt jeleni, hogy a jobbféltekelégiós betegek az áthúzásos tesztben a lap baloldalán kevesebb 'találatot' produkálnak (több célbetűt hagynak ki), mint a jobboldalon. Voeller és Heilman szerény vizsgálatában (mindössze 7 figyelemzavarral diagnosztizált és 5 kontroll-gyerekkel dolgozak, a gyerekek életkora 7-12 év közötti volt) a figyelemzavarral és hiperaktivitással jellemzett, illetve a csak figyelemzavarban szenvedő gyerekek a jobbfélteke-sérüléses betegekhez hasonlóan teljesítettek: amellett, hogy teljesítményük a kontroll-csoporténál gyengébb volt, a bal térfélen - a jobbhoz képest - több kihagyásos hibát vétettek.

A szenzoros elhanyagolás terápiája. DA agonisták és vesztibuláris ingerlés. Néhány érdekes vizsgálat betekintést enged a szenzoros elhanyagolás biológiai háttértörténéseibe. Fleet és mtsi (1987) két, a jobboldali fronto-temporo-parietális infarktusos, szenzoros elhanyagolás tünetét mutató betegnél a *dopamin-agonista* bromocriptin alkalmazásával javulást értek el. Hasonló hatást írtak le kortikális és szubkortikális lézió folytán szenzoros elhanyagolást mutató patkányok dopamin-agonista kezelése után is (Corwin és mtsi, 1986; Marshall és Gotthelf, 1979). Ezek az eredmények jól illeszkednek ahhoz a terápiás tapasztalathoz, amely szerint a figyelmi deficittel, ezzel együtt szenzoros negligálással járó hiperaktív szindróma pszichostimuláns gyógyszerekkel jól befolyásolható.

Jelentőségüknél fogva külön kiemeljük azokat a tanulmányokat, amelyekben a *vesztibuláris ingerlésnek* a szenzoros negligálásra gyakorolt kedvező hatásáról számolnak be (Marshall és Maynard, 1983; Rubens, 1985; Cappa, Sterzi, Vallar és Bisiach, 1987). A vesztibuláris ingerlés eszerint a viselkedés szintjén a dopamin-agonista hatással egyenértékű. Itt említünk néhány olyan tanulmányt is, amelyekben a *gyermekkori hiperaktivitás kezelésében* sikerrel alkalmaztak vesztibuláris stimulációt (Bhatara és mtsi, 1981; Arnold és mtsi, 1985). Azzal a kérdéssel, hogy milyen mechanizmusokon keresztül hathat a vesztibuláris stimuláció, és mi alapozza meg a vesztibuláris ingerlés és a dopamin-agonista (pszichostimuláns) kezelés egyenértékűségét, a tanulmány későbbi fejezetében foglalkozunk. Már itt felhívjuk a figyelmet a parietális kérgi mechanimzusok szerepére, ahová a vesztibuláris apparátus vetül (l. alább).

A vesztibuláris rendszer lateralizációjáról. A vesztibuláris ingerlés specifikusan jobbféltekei hatására vonatkozóan megemlítünk egy újabb feltevést. Previc (1991) originális elképzelése szerint a vesztibuláris rendszer alapvető szerepet tölt be mind a bazális ganglionok, mind a kéreg lateralizációjában. A szerző számos bizonyítékot mutat be arra nézve, hogy a vesztibuláris rendszer baloldalra lateralizált. Erre utal többek között a balláb magasabb izomtónusa, amelyet az azonosoldali vesztibuláris

aktivitás közvetít; az antigravitációs Hoffmann reflex rövidebb felépülési ideje a ballábon, valamint a balláb izmainak és csontjainak nagyobb súlya, amit szintén a vesztibuláris aktivitás aszimmetriájával és baloldali dominanciájával magyarázhatunk. Ha tekintetbe vesszük, hogy a baloldali vesztibuláris magvak az ellenoldali, vagyis a jobb kérgi projekciós áreákba küldenek inputot, akkor kézenfekvő az a feltételezés, hogy a dominánsan baloldali vesztibuláris aktivitás a jobbféltekét aktiválja és ezáltal a jobbfélteke fejlődését facilitálja.

A frontális kéreg és a striátum funkciózavara hiperaktivitásban. A jobbfélteke kritikus szerepe. Mivel parietális, dorzolaterális- és mediális-frontális, valamint striatális, thalamikus és mezenkefalikus (a formáció retikulárisra kiterjedő) léziók egyaránt eredményezhetnek szenzoros elhanyagolást, Heilman és mtsi (1991) felteszik a kérdést, vajon e területek közül melyik lehet felelős a gyermekkori hiperaktivitásért. Konvergáló bizonyítékokat sorakoztatnak fel a hiperaktivitással járó *frontális funkciózavar* mellett. Trommer és mtsi (1988) eredményére utalnak, akik egyszerű kísérleti elrendezés alkalmazásával (az ún. go-no go paradigmával) hiperaktiv gyermekeknél *válaszgátlási deficitet* mutattak ki. A válaszgátlás zavarait számos korábbi, frontális léziós állatokkal végzett vizsgálatban leírták. A funkció szempontjából kritikus frontális területnek az orbitális- és az inferior-laterális prefrontális kéreg bizonyult (Iversen és Mishkin, 1970). A válaszgátlás zavarát találták emellett a frontális kéreg mediális felszínének léziójánál, amely a supplementer motoros areát (SMA) is magában foglalta (Dabrowska, 1972; Drewe, 1975).

Verfaellie és Heilman (1987) a jobboldali SMA léziója esetén írtak le válaszgátlási deficitet, bal-SMA lézióval kezelt betegnél ilyen zavart nem észleltek. Ez utóbbi eredmény a jobbféltekének a hiperaktív szindrómában játszott szerepéhez vezet vissza. Ezt erősíti meg Lou és mtsi (1989) különlegesen releváns vizsgálata is, akik xenon gáz belélegeztetésével, ún. emissziós tomográfiás módszerrel vizsgálták hiperaktív és kontroll gyermekek regionális agyi véráramlását (regional cerebral blood flow: rCBF). A vizsgálatban 6 figyelemzavar-hiperaktivitással (FZH) diagnosztizált, 13 FZH mellett egyértelmű neurológiai (központi idegrendszeri) funkciózavar jeleit mutató (diszfáziás, vizuospaciális és szomatognosztikus zavarokkal diagnosztizált: FZH+) és 9 egészséges gyermek vett részt. A vizsgálat legfőbb eredménye az volt, hogy a FZH csoportban a *jobb*, az FZH+ csoportban mindkét agyfél striatális területén (nucleus caudatus és putamen) csökkent véráramlást találtak a kontroll értékekhez viszonyítva.

Érdekes eredményük volt emellett, hogy a FZH csoportban a baloldali *szenzomotoros és primer auditoros kéregben*, míg mind az FZH mind az FZH+ csoportban az *okcipitális (látó) kéregben* a kontrollnál *fokozottabb regionális véráramlást* mutattak ki. Lou és mtsi szerint ezek az eredmények a striatális területek *csökkent* működésére engednek következtetni hiperaktív szindrómában szenvedő gyermekeknél. Mivel a frontális mechanizmusok - a prefrontális és premotoros areák, így a dorzolaterális prefrontális kéreg és az SMA - a striatális területekkel, a nukleusz kaudátusszal és a putamennel szoros funkcionális kapcsolatban vannak, jogosnak látszik az a feltételezés, amely a gyermekkori hiperaktivitás hátterében a *fronto-*

striatális rendszer működészavarát tekinti oki tényezőnek (Heilman, Voeller és Nadeau, 1991). Emellett azonban, mint alább részletesebben is indokoljuk, nem elhanyagolható a parietális területek szerepe sem, amelyet a tanulmányok többsége nem tárgyal.

Lou és mtsi további eredménye, nevezetesen a primer szenzoros és szenzomotoros területek fokozott aktivitása hiperaktív figyelemzavar esetén, következményes jelenségnek tekinthető: a szerzők szerint abból adódik, hogy a striatális rendszer nem gyakorol gátló hatást a szenzoros aktivitásra.

Heilman és mtsi (1991) ezt az értelmezést elfogadják, azonban felhívják a figyelmet arra is, hogy az FZH páciensek motoros nyugtalansága nincs feltétlen összefüggésben a külső ingerléssel (ahogyan azt Strauss és Lehtinen állította - az utóbbira azonban a Heilman tanulmány nem utal). Az FZH-val járó motoros nyugtalanságot a parkinson kórban és a neuroleptikus kezelés mellékhatásaként leírt *akathísiához* hasonlítják (meghatározása szerint képtelenség az egyhelyben ülésre), amelynek hátterében a prefrontális mezokortikális rendszer dopamin (DA) deficitje áll. Le Moal és mtsi (1976), valamint Tassin és mtsi (1978) tanulmányára hivatkoznak, akik a mezokortikális és mezolimbikus DA rendszer központja, a ventrális tegmentális area sérülése után erős motoros nyugtalanságot írtak le, amely fordított arányban volt a prefrontális kérgi DA szinttel, és DA agonisták alkalmazására jól reagált. Ez az összefüggés közvetlen értelmezési lehetőséget kínál az FZH pszichostimuláns kezelésének hatásmechanizmusára is, amely azonban igen komplex jelenségnek tűnik, mivel - Lou és mtsi adatai szerint - elsősorban a *baloldali* striatális véráramlás fokozódásához vezet, így nem támasztja alá a jobbféltekének a kórképben játszott kritikus szerepét.

Mielőtt azonban a lateralitás és a neurotranszmisszió összefüggésének bonyolult kérdését tovább elemeznénk, térjünk vissza a jobbféltekei funkciózavar és a hiperaktivitás kapcsolatának kérdéséhez, amely összefüggést - váratlanul - állatkísérletekben is kimutatták.

Jobbféltekei frontális kérgi lézióval járó hiperaktivitás patkánynál

A hazai pszichológiában kevésbé ismertek azok az elmúlt néhány évben publikált eredmények, amelyek az agyi funkciók, így a *neurotranszmisszió lateralizációját* szubhumán szinteken igazolják. Glick és mtsi a 70-es évektől több publikációban számoltak be az agyi neurotranszmisszió aszimmetriáiról patkánynál (pl. Zimmerberg, Glick és Jerussi, 1974; Shapiro, Glick és Hough, 1986), valamint arról, hogy a neurotranszmisszió aszimmetriája az emberi és a patkány-agyban sok hasonlóságot mutat (Glick, Ross és Hough, 1982).

A neurotranszmisszió mellett neuronatómiai aszimmetriákat is találtak patkányagyban, így Sherman és Galaburda (1984), és korábban Diamond, Johnson és Ingham (1975) kimutatták, hogy patkánynál a jobbfélteke össz-mérete nagyobb, mint a balféltekéé. Az aszimmetria állatnál is - ahogyan az embernél - régió-specifikus. Embernél pl. több vizsgálatban kimutatták, hogy a jobbféltekei frontális kéreg

nagyobb, mint a bal (l. Geschwind és Galaburda, 1985, 435. o.). Nem meglepő éppen ezért, hogy azonos agyi területek sérülése eltérő viselkedéses tüneteket eredményez az érintett oldal függvényében.

Elsőként Robinson és mtsi (1975, Robinson és Coyle, 1980) számoltak be arról, hogy a *jobboldali frontális kéreg* léziója rágcsálóknál viselkedéses hiperaktivitást eredményez, míg baloldali frontális lézió nem okoz hiperaktivitást. Ezt az összefüggést számos további vizsgálat megerősítette (Pearlson és Robinson, 1981; Robinson és Justice, 1986; Dewberry és mtsi 1986 stb., l. alább). A kutatások érdekes eredménye volt, hogy a jobboldali agyi lézió mindkét oldali kéregben, szubsztancia nigrában és lokusz coeruleusban jelentős katekolamin (KA; noradrenalin és dopamin) koncentráció csökkenéshez vezetett, ezzel szemben azonos mértékű bal frontális lézió nem eredményezte a KA kiürülés ilyen mintázatát (l. Robinson és Justice, 1986). Érdekes továbbá, hogy míg a jobboldali frontális kéregbe adott KA neurotoxin (6-hidroxidopamin) mikroinjekciók, amelyek jelentősen csökkentették az adott terület KA aktivitását, a spontán aktivitás fokozódásához vezettek, addig ugyanez az eljárás a bal frontális kéregben alkalmazva sokkal kisebb mértékben fokozta a viselkedéses aktivitást: csak a legnagyobb dózisban adagolva befolyásolta a viselkedést és csak a bal frontális kéreg noradrenerg aktivitásának legnagyobb fokú csökkenése okozott hiperaktivitást (l. Robinson és Justice, 1986).

Érdekes ezzel szemben, hogy ha a KA idegmérget nem a kéreg szintjén, hanem a felszálló (dorzális) noradrenerg kötegben alkalmazták, akkor mindkét oldal léziója spontán hiperaktivitást eredményezett. Eszerint elképzelhető, hogy a hiperaktivitás a felszálló noradrenerg pálya sérülésének függvénye, amely jobb frontális kéregre korlátozódó lézió esetén bekövetkezik, míg a baloldali kéregre korlátozott léziónál nem. Megjegyezzük még, hogy Kubos és mtsi (1982) kísérletében a bal frontális kéreg területén alkalmazott sejtméreg (kainit-sav) enyhe hiperaktivitást váltott ki patkányoknál; ennek mértéke a jobboldali frontális kéreg hasonló léziójánál tapasztalt hiperaktivitásnank mindössze 50 %-a volt.

Egy másik vizsgálatban Kubos és Robinson (1984) bal frontális kérgi kimetszés után jelentős KA szint csökkenést, és - a jobboldali léziótól eltérően - *hipokinéziát*, tehát viselkedéses aktivitás-csökkenést tapasztaltak. Kétségtelen tehát, hogy a két félteke a - bármely módon előidézett - lézióra eltérően reagál: a jobbfélteke lézió minden esetben aktivitás-fokozódással jár, a balteke-lézió többféle hatást eredményezhet.

Felmerült az a lehetőség, hogy a jobbféltekei lézió okozta hiperaktivitás esetleg a két félteke közötti interakció (konkrétan: a jobbfélteke által a balféltekére gyakorolt gátló kontroll) elvesztésének következménye. Ezt a lehetőséget Dewberry és mtsi (1986) érdekes kísérletsorozata kizárja. Az utóbbi szerzők azt találták, hogy a jobb-léziós hiperaktivitás kétoldali (szimmetrikus) frontális lézió esetén, illetve a korpusz kallózum átmetszése után is megjelenik, így az interhemiszférikus interakciótól független.

Megjegyezzük még, hogy a noradrenerg neurotranszmisszió farmakológiai serkentése a noradrenalin szinaptikus visszavételét (reuptake) gátló szerrel, desmethylimipraminnal (DMI) az egyébként hiperaktivitást okozó (jobb frontális

kérgi) léziót követően kivédte a hiperaktivitás megjelenését, miközben sértetlen állatoknál nem gyakorolt a nyílt viselkedésre jelentős hatást (Robinson és Justice, 1986). Ez az adat ismét a noradrenerg funkció csökkenése és a hiperaktivitás közötti oki kapcsolatra utal. A szerzők megemlítik, hogy vizsgálataikban a noradrenerg effektusok kifejezettebbek voltak mint a dopaminerg hatások. Bonyolítja a képet, hogy a jobb frontális kérgi noradrenalin funkció-csökkenés több további vizsgálat szerint elégséges, de nem szükséges feltétele a hiperaktivitás megjelenésének, amely tehát más háttéren is megjelenhet. E kérdés részletes tárgyalásába nem bocsátkozunk.

Robinson és csoportja a jobb frontális kérgi sérülés és a hiperaktivitás kapcsolatát, valamint KA neurotranszmisszióknak ebben az összefüggésben játszott szerepét számos vizsgálatban megerősítette, és bár jelezték, hogy ugyanez a hatás embernél is érvényesülhet, nem vonatkoztatták a gyermekkori hiperaktivitás problémakörére. Érdekes módon a gyermekkori hiperaktivitás és a jobbféltekei funkciózavar összefüggését legintenzívebben kutató Heilman csoport sem hivatkozik Robinson és munkatársainak a hiperaktivitás kutatás számára nyivánvalóan releváns eredményeire. Többek között ezt a hiányosságot kívánjuk pótolni a jelen tanulmánnyal, mégpedig nemcsak teoretikus, hanem esetleges terápiás vonatkozások miatt is. Az utóbbi összefüggésben idézzük Moran, Zern, Pearlson, Kubos és Robinson (1986) érdekes közleményét, amely szerint *jobbféltekei lézióval hiperaktívvá tett patkányoknál hideg vízben való úszás ('hidegvíz stressz') kivédi a hiperaktivitás megjelenését.*

Jobbféltekei lézió által okozott hiperaktivitás "hidegvíz-stressz" terápiája. A kísérleti elképzelés azokra a korábbi vizsgálatokra támaszkodott, amelyekben azt találták, hogy a hidegvíz-stressz jelentősen és tartósan emeli a centrális KA forgalmat (pl. Sudo, 1983). Amennyiben a hiperaktivitás a jobb frontális kérgi KA forgalom deficitjének következménye, elvárható volt, hogy a hideg-stressz az effektus ellen dolgozik. Moran és mtsi kísérletében egyetlen hideg fürdő egy héttel a műtéti beavatkozás után alkalmazva elégnek bizonyult az egyébként a műtét után egy héttel megjelenő hiperaktivitás elmaradásához.

> A kísérleti elrendezés a következő volt: az állatokat egyenként egy 90 cm mély, 38 cm átmérőjű, hengeralakú medencébe helyezték, amely 15 C fokú hideg vízzel volt megtöltve, és 5 s-ig víz alatt tartották, majd további 5 percig úszni hagyták. A vizet az utolsó 10 s-ban a stressz fokozása céljából felkavarták. Az 5 perc elteltével az állatokat kivették a vízből, gyengéden megtörölgették és visszatették a ketrecükbe.

A hiperaktivitás elmaradása mellett, amelyet a léziós állatoknál tapasztaltak, a kísérlet figyelemreméltó eredménye volt, hogy a kontroll állatok aktivitása a hidegvíz-stressz hatására nem csökkent, hanem emelkedett. Fontos adat, hogy a stressz nem emelte az agyi dopamin és noradrenalin koncentrációt a vizsgált területeken, a jobb és bal frontális, illetve poszterior kéregben, a lokusz coeruleuszban, a nukleusz kaudatuszban és a szubsztancia nigrában (a neurotranszmiter koncentrációt e területeken post mortem határozták meg). A szerzők feltevése szerint elképzelhető, hogy a

hiperaktivitást kivédő hatás a noradrenalin (de feltehetően emellett a dopamin) szinaptikus szintű hozzáférhetőségének fokozódásából adódott, a DMI fent említett hatásához hasonlóan. Ebben az összefüggésben a hidegvíz-stressz hatásmechanizusa a pszichostimuláns drogok hatásmechanizmusával rokonítható, amelyek a n. kaudatus (és frontális kérgi) KA deficit esetén, mint láttuk, nemcsak a hiperaktivitást, hanem a szenzoros negligálást is csökkentik (l. Fleet és mtsi, 1987, fent tárgyalt tanulmányát).

Amikor a szerzők eredményeiket a centrális KA neurotranszmisszió szerveződése mentén próbálják értelmezni, elsősorban a lézió okozta receptor állapotváltozásokra utalnak. A hiperaktivitást receptor-hiperszenzitivitási jelenségnek tekintik, amelyet a transzmitter hozzáférhetőségének stressz által okozott fokozódása véd ki. A motoros aktivitás fokozódása kontroll állatoknál - nézetük szerint - szintén a stressz által hirtelen megemelkedő KA szint függvénye. Erre a témára Roeltgen és Schneider (1991) figyelemzavar-modelljével kapcsolatban az alábbiakban visszatérünk. Előbb azonban áttekintjük a Robinson csoportnak azokat a gyermekkori hiperaktivitás agyi mechanizmusa szempontjából különlegesen jelentős vizsgálatait, amelyekben a lateralizált frontális léziók hatásait hím és nőstény patkányoknál hasonlították össze (Lipsey és Robinson, 1986; Starkstein és mtsi, 1989).

A frontális léziók által kiváltott hiperaktivitás nemi vonatkozásai

Lipsey és Robinson (1986) vizsgálata - a szerzők szerint - az első olyan tanulmány, amelyben lateralizált, fokális neokortikális léziók nemtől függő viselkedéses hatásait elemezték. Előfeltevést a témában nehéz volt kialakítani. A szakmai köztudatban elterjedt, hogy a humán női agyban és hasonlóképpen nőstény állatoknál a funkcionális aszimmetria mértéke a hím nemhez képest általában véve kisebb. Humán szinten emellett szólnak a lateralizált agyi károsodásoknak a nem függvényében eltérő hatásai (McGlone, 1980). Tudjuk, hogy balféltekei károsodások a nyelvi funkciókat súlyosabban érintik és hasonlóképpen, a jobbféltekei léziók a téri tájékozódást súlyosabban zavarják meg férfiaknál, mint nőknél. Szubhumán szinten többek között Denenberg és Rosen (1983) adata említhető, akik nőstény patkányoknál a neokortikális neurotranszmitter forgalom magasabb interhemiszferiális *korrelációját* találták, mint hímeknél. Ez az adat nyilván a nőstények csökkent lateralizációját jelzi a hímekhez képest. Érdekes azonban, hogy ez a különbség poszturális és motoros aszimmetriák vonatkozásában - így a kezesség, 'lábasság, fülesség', illetve oldalpreferenciák (szokványos fordulási irány) - tekintetében nem áll fenn. Ellenkezőleg, a poszturális és motoros válaszok nőknél fokozottabban lateralizáltak, mint férfiaknál és ez szubhumán szinten is érvényes. Nők nagyobb aránya jobbkezes és jobblábas - férfiak között viszonylag több a balkezes, ballábas, mint nőknél (nő - férfi jobbkezességi, illetve lábassági arány: 90,1 vs. 86,5, illetve 86 vs. 76,7 %). A 'fülességben' is jelentős nemi különbség van (64,6 vs. 54,8 %, l. T. E. Robinson és mtsi, 1983, 105. o.). A nők ugyanakkor fokozottabban kongruensek az oldaliság tekintetében.

Állatkísérletekben (patkánynál) több mutató mentén jobboldal preferenciát találtak nőstényeknél, és viszonylag több baloldal-preferenciát hímeknél (l. Robinson és mtsi, 1983). Ebben a tekintetben tehát a lateralizáció humán és szuhumán szinten megegyezik. Robinson és mtsi úgy vélik, hogy nonhumán lateralizáció-kutatások a humán lateralizáció modelljének kialakításához vezethetnek. Jelzik továbbá, hogy a lateralizáció zavarai; az agyi aszimmetriáknak a fajra és nemre jellemzőtől eltérő mintái egy sor viselkedéses és pszichiátriai problémát alapozhatnak meg, mivel az optimális működés - számos bizonyíték szerint - a lateralizáció meghatározott mintázatához kötött.

Lipsey és Robinson (1986) eredményei szerint *nőstény patkányok - a hímekkel szemben - sem a jobb, sem a bal frontális kéreg léziójáť követően nem mutattak hiperaktív viselkedést.* Eszerint mindaz, amit a fentiekben a jobbféltekei frontális lézió és a hiperaktivitás összefüggésével kapcsolatban elmondtunk, csak a hím állatokra nézve érvényes. A nemek között a léziót követő *lateralizált neurokémiai változások* terén is jelentős különbségek mutatkoztak. Míg nőstényeknél mind a jobb, mind a bal frontális lézió *mindkét frontális kéregben* jelentős noradrenalin kiürülést eredményezett, addig, mint már korábban is jeleztük, hím állatoknál a jobboldali lézió kétoldali, míg a baloldali lézió csak a bal frontális kéregre kiterjedő noradrenalin kiürülést okozott. Kimondható tehát, hogy *a frontális kéreg lateralizált léziója után kialakuló viselkedéses és biokémiai válasz egyaránt függ az állat nemétől.*

Témánk szempontjából ezek az eredmények azért fontosak, mert - mint láttuk - lányoknál a hiperaktív szindróma sokkal ritkább, mint fiúgyermekeknél. Elképzelhető, hogy az a központi idegrendszeri működészavar, amely fiúknál hiperaktivitáshoz vezet, lányoknál nem eredményez feltűnő viselkedéses problémát.

A jobbféltekei frontális lézió után jelentkező hiperaktív válasz fejlődési vonatkozásai. A két nem eltérő fejlődése

Lipsey és Robinson eredményéből kiindulva felvetődik az a gondolat, hogy a jobbféltekei frontális lézió az agy hormonális miliőjének függvényében vezet vagy nem vezet hiperaktív viselkedéshez. Elképzelhető ugyanakkor, hogy a nemek eltérő válaszai az agyi organizáció nemtől függő, de az aktuális hormonális miliőtől viszonylag független különbségeiből adódnak (utóbbiról l. Ellis, 1986). Amennyiben az első alternatíva érvényes, önként adódik az a feltevés, hogy a hiperaktív válasz hímeknél a szexuális érettséghez kötött, így prepubertásban nem jelentkezik. Robinson kutatócsoportja szisztematikus vizsgálatokban elemezte ezt a problémát (Starkstein és mtsi, 1989). Azt találták, hogy a jobb frontális kérgi lézió prepubertás korú (25, 30, és 55 napos) hím patkányoknál nem vezetett hiperaktív viselkedéshez, vagyis ezek a fiatal állatok a lézióra úgy reagáltak, mint a nőstények. A következő vizsgált életkorban, amely patkánynál a posztpubertásnak felel meg (90 nap), megjelent a lateralizált (jobbféltekei) lézió által kiváltott hiperaktivitás. A jelenség nemi-hormon függését igazolta, hogy 22 napos korban kasztrált hím-állatoknál a 90 napos kori lézió nem okozott viselkedéses választ, míg a kasztráltak tesztoszteron kezelése nyomán (amelyet

szintén 90 napos korban kaptak) a visekedéses hiperaktivitás a jobbféltekei lézió hatására megjelent. Érdekes az az adat, amely szerint a tesztoszteron kezelés önmagában (azaz frontális lézió nélkül) is fokozta a viselkedéses aktivitást. Ugyanabban a kísérletsorozatban (Starkstein és mtsi, 1989) azt is megvizsgálták, hogy vajon a kasztrált és tesztoszteronnal kezelt állatok adnak-e hiperaktív választ *baloldali* frontális lézió után. A kérdésre az eredmények nemleges választ diktáltak.

Végül a szerzők azt is megvizsgálták, hogy a nőstény állatok ovariektómiája önmagában és az ovariektómia után alkalmazott tesztoszteron kezeléssel együtt vezethet-e hím típusú válaszhoz, azaz jobbféltekei lézió utáni hiperaktivitáshoz. Négy kísérleti csoporttal dolgoztak: egy jobbfélteke léziós tesztoszteron implantált, egy ál-operált tesztoszteron implantált, egy léziós tesztoszteron nélküli és egy ál-operált tesztoszeron nélküli csoporttal. Minden csoport tagjai *ovariektomizált nőstény* állatok voltak. Ebben a kísérletben a *tesztoszteron emelte a viselkedéses aktivitást*, függetlenül attól, hogy végeztek-e jobbféltekei frontális műtétet, vagy nem. Ez azt jelenti, hogy nőstény állatoknál a hiperaktivitás fő tényezője nem a jobboldali frontális lézió volt (amit az is jelez, hogy a jobboldali lézió önmagában nem okozott hiperaktivitást az ovariektomizált csoportnál). Az eredmény egyébként arra is utal, hogy a nőstény állatok 'védettsége' a hiperaktivitással szemben nem az aktuális hormonfunkciók (az ösztrusz) függvénye, hanem a nőstény és feltehetően a humán női agyi organizáció sajátossága. Ezzel együtt természetesen felmerül, hogy hím állatoknál a pillanatnyi hormonális állapot mellett az agyi organizáció is szerepet játszik a jobboldali léziót követő hiperaktivitásban.

Elemzésünk ezen a ponton az emlős agy szexuális differenciációjának komplex kérdéskörébe torkollik (Ellis, 1986). Ezzel kapcsolatban itt azt jegyezzük meg, hogy a kéreg, főként a frontális kéreg szexuális dimorfizmusa (vagyis a hím és nőstény frontális kéreg eltérése) számos biokémiai paraméter mentén többszörösen igazolt. Kimutatták, hogy a *frontális kérgi noradrenalin, monoamino oxidáze (MAO) és szerotonin szint nősténynél magasabb*, mint hím állatoknál, és ez a különbség a progeszteron kötőhelyek nőstényben nagyobb sűrűségével társul (l. Maggi és Zucchi, 1987). A női agy fokozott dopaminerg érzékenységére is vannak adatok (Nausieda és mtsi, 1979). Ha igaz az, hogy a hiperaktivitás hátterében a katekolamin deficit szerepet játszik - márpedig eddigi elemzésünk erre utal - akkor a fenti adatok a női nemnek a hiperaktív szindrómával szembeni viszonylagos védettségét támasztják alá.

Katekolamin neurotranszmisszió és hiperaktivitás. A hiperaktivitás farmakológiai modellje

A fentiekben láttuk, hogy a FZH hátterében már a korai neurofiziológiai értelmezések a katekolamin rendszer (noradrenalin és dopamin) deficites működését feltételezték. A kórképben érdekelt anatómiai rendszereket illetően a frontális kéreg és a striatum (elsősorban a n. kaudatusz) szerepe vetődött fel (Wender, 1971; Lou és mtsi, 1989;, illetve a Heilman és a Robinson csoport vizsgálatai). Láttuk, hogy a KA

neurotranszmisszió fokozása (amfetaminnal, illetve metilfenidáttal) a tünetek javulását eredményezi (Wender, 1971; Lou és mtsi, 1989).

Újabban Schneider és Kowelowsky (1990) olyan kémiai anyaggal (N-methyl-4-phenyl-1,2,3,6-tetrahydropyridin; MPTP) végeztek kísérleteket majmoknál, amely magas dózisban Parkinsonos tüneteket eredményez, alacsony dózisban pedig - viselkedéses zavar előidézése nélkül - a fronto-kaudális rendszer működési elégtelenségét okozza, mégpedig a dopaminerg és noradrenerg neurotranszmisszió csökkentése által (a szer a nukleusz kaudatuszban dopamin és noradrenalin deficitet, emellett a frontális kéregben noradrenalin deficitet okoz: Roeltgen és Schneider, 1991).

Eléggé kézenfekvő, hogy MPTP alkalmazásával a szerzők a FZ modelljét kívánták létrehozni, hiszen a figyelemzavar hátterében számos közvetett bizonyíték szerint a fronto-kaudális tengely alacsony működési szintje áll. Schneider és Kowelowsky (1990) alacsony dózisú MPTP-vel kezelt majmoknál jellegzetes kognitív zavarokat mutattak ki, mégpedig a késleltetéses válasz, illetve a késleltetéses válasz-alternálás feladathelyzetében. E feladatok olyan figyelmi funkciókat igényelnek, amelyek deficitje a gyermekkori FZ elsődleges tünete.

Roeltgen és Schneider újabb vizsgálukban (1991) tovább elemezték a FZ-os gyerekek és az alacsony dózisú MPTP-vel krónikusan kezelt primáták kognitív teljesítménye és viselkedése közötti hasonlóságokat. Egyik feladatukban operáns kondicionálást alkalmaztak:

> A majmok előtti asztalon egy pedál és három átlátszó nyomógomb volt elhelyezve. A kísérlet kezdetén az állatoknak meg kellett nyomniuk a pedált, és nyomva tartani mindaddig, amíg a három gomb egyike 1-3 sec elteltével ki nem világosodott. Ekkor ezt a billentyűt kellett lenyomni, mégpedig az alatt az 1-30 sec alatt, amíg a billentyű lámpája égett. A gombnyomásra az állatok gyümölcslé megerősítést kaptak. A kritériumig gyakoroltatott állatoknál kezdték meg az MPTP krónikus alkalmazását, ami (1-2 injekció után) a teljesítmény jelentős romlásához vezetett: a gyógyszerelt majmok egy-két próba után a válaszadást feladták.

A kitartásnak ezt a hiányát a szerzők a FZ-ben tapasztalható imperzisztenciával hozták párhuzamba. Különlegesen feltűnő volt az eltérés a gyógyszerelés előtti állapothoz viszonyítva, amelyben az állatok nagy figyelemmel kísérték a kísérleti helyzet alakulását, és külső zavaró körülmények hatása alatt sem terelődtek el. MPTP alkalmazás után ezzel szemben a majmok a kísérleti helyiség irreleváns tárgyaira figyeltek, mocorogtak, vagyis az FZH-s gyerekekre emlékeztető módon viselkedtek.

A másik kísérletben, a késleltetési és késleltetett alternálási helyzetben a helyes válaszok száma az MPTP injekciók bevezetése után szintén rohamosan csökkent, az állatok mozgékonnyá és figyelmetlenné váltak anélkül, hogy a parkinzonos mozgászavar jeleit mutatták volna. A szerzők érdekes megfigyelése volt, hogy a releváns ingerek 'kiugróbbá', feltűnőbbé tételével (pl. nagyobb adag jutalom adásával) a figyelem és a feladat felé fordulás ugyan javult, a késleltetési teljesítmény azonban nem változott.

Roeltgen és Schneder (1991) néhány majomnál vizsgálták a kerülőutas tárgyelérés teljesítményét is. Ismert, hogy ez a funkció viszonylag későn jelenik meg az ontogenezisben, az utánnyúlás gátló-kontrolljának kialakulásától függ, és frontális lézió esetén is károsodik.

> A szerzők átlátszó, egyik oldalon nyitott dobozba étel-jutalmat helyeztek, a majmoknak fel kellett ismerniük, hogy a doboz nyílása adott esetben nem a velük szemközti oldalon van, így a jutalom csak kerülő úton érhető el.

Az MPTP-vel kezelt majmok ebben a feladatban is rosszul teljesítettek; a doboz velük szemközti oldalának ütköztek, nem tettek kerülőutat, és így képtelenek voltak elérni az étel-jutalmat.

A szerzők a nukleusz kaudatusz MPTP által okozott funkciózavara és a figyelemzavar oki kapcsolatát összefüggésbe hozzák a n.k.-nak a szenzoros szűrésben játszott szerepével (Schneider, 1984), így Strauss és munkatársai korai hiperaktivitás-értelmezéséhez kerülnek közel (Strauss munkáira azonban nem utalnak).

Eredményeiket összefoglalva Roeltgen és Schneider (1991) kiemelik, hogy vizsgálómódszereikkel közvetett bizonyítékokat szereztek a FZ patomechanizmusára vonatkozóan. Mivel azonban tesztjeiket korábban humán FZ-os gyerekeknél nem alkalmazták, a következtetésekre csupán az ad alapot, hogy a humán FZ szindrómában használt vizsgálómódszerek minden valószínűség szerint szintén a fronto-kaudális funkciókat tesztelik.

Az eredmények értelmezését a szerzők egy igen fontos gondolattal viszik tovább. Rámutatnak arra, hogy a vizsgálatukban alkalmazott tesztek, elsősorban a késleltetési képességet vizsgáló paradigmák nemcsak az MPTP-vel kezelt, illetve a kaudatusz-frontális tengely neuroanatómiai sérülésével vagy funkciózavarával jellemzett személyeknél és állatoknál mutatnak deficitet, hanem egészséges humán csecsemőknél és kismajmoknál is (Diamond és Doar, 1989). Ismert, hogy későn érő funkcióról van szó, ami felveti azt a gondolatot, hogy a hiperaktív szindróma voltaképpen fejlődési visszamaradás, retardáció következménye. Ezt a fontos gondolatot a szerzőknek a gyermekkori hiperaktivitás neurotranszmitter vonatkozásaival kapcsolatos feltevése egészíti ki. Rámutatva arra, hogy a kétfajta ismert dopamin receptor, a D1 és D2 közül az első a korai életszakaszban (6-7 éves kor között) vizsgálva jelentősen nagyobb sűrűségben volt található a humán agy számos területén (Cortes és mtsi, 1989), mint a felnőtt humán agyban, feltételezik, hogy a figyelemzavar szindróma hátterében éppen a D1 receptor rendszer érési retardációja, azaz a receptorsűrűség csökkenésének elmaradása áll. Kutatási tervet mutatnak be a spekulácuió kísérleti vizsgálatára.

Az alábbiakban Roeltgen és Schneider (1991) dopaminerg agyi funkciók mikroszerkezetével kapcsolatos feltevését Spear és Brake (1983) tanulmányával vetjük egybe. Ez utóbbi tanulmány szintén az agyi dopamin rendszer preadoleszcens kori érésével foglalkozik, és meggyőző adatok birtokában állít fel állat-modellt a dopamin-funkciók fejlődéséről, amely fontos láncszeme lehet egy, a hiperaktív szindróma biológiai hátteréről szóló elemzésnek. Megjegyezzük, hogy ezt a modellt a humán

hiperaktivitással foglalkozó, általunk bemutatott tanulmányok nem idézik, és maguk a szerzők sem ismerik fel munkájuknak az FZH patogenezisével kapcsolatos relevanciáját.

A dopaminerg rendszerek preadoleszcens kori fejlődéséről

Spear és Brake (1983) sajnálatos módon kevés figyelmet keltett tanulmánya megemlíti azt a nem kevésbé sajnálatos tényt, hogy a modern fejlődéspszichobiológia elsősorban a csecsemőkori agyi és viselkedés-fejlődéssel foglalkozik, és nem elemzi kellő súllyal az elválasztás és a nemi érés közötti szakasz biológiai és viselkedéses történéseit. Ez komoly hiányosság, mivel a preadoleszcens kor a korábbi és a későbbi életszakaszoktól viselkedéses és fiziológiai mutatók igen jelentős aspektusaiban különbözik. Spear és Brake megállapítása, amely szerint ebben a korban rágcsálók (patkányok) számos viselkedéses mutató mentén jóval nagyobb mértékű viselkedéses aktivitást és ezzel együtt több játékos tevékenységet mutatnak, mint a fiatalabbak és az idősebbek, minden bizonnyal megállja a helyét humán preadoleszcens, azaz kisiskolás-, vagy pszichoanalitikus terminussal élve latencia korú gyermekekre vonatkozóan is. A *preadoleszcens korú állatok* a *hiperaktivitással* együtt - és témánk szempontjából ez a megfigyelés különlegesen jelentős - *komplex tanulási feladatokat jóval gyengébben teljesítenek*, mint akár a fiatalabbak, akár az idősebbek. Ez a jelenség a figyelemzavar analógjának tűnik.

A preadoleszcens kori hiperaktivitás tényét több vizsgálatban leírták (pl. Bronstein, 1972; Lanier és Isaacson, 1977). Ami a tanulási problémákat illeti: azt is megfigyelték, hogy ezek az állatok sokszor következetlen, szervezetlen viselkedést mutatnak tanulási helyzetben, pl. az elnyert jutalmat nem fogyasztják el, ehelyett eszeveszetten rohangálnak az operáns válasz kivitelezése után (Brake, Burdette, Chen és Amsel, 1980). Preadoleszcens állatok fiatalabbakkal és idősebbekkel összehasonlítva nehezebben tanulnak olyan helyzetekben, ahol *idői, téri vagy más diszkriminatív jelzésekre kell figyelni* ahhoz, hogy helyes választ adjanak (pl. Campbell és mtsi, 1974, téri diszkriminációs feladatában). Jelentősek azok az adatok is, amelyek szerint az állatok a könnyű tanulási feladatokban nem mutatnak deficitet (pl. Bauer, 1980), sőt könnyebben tanulnak, mint a más korúak.

Számunkra különösen érdekesek azok az eredmények, amelyek szerint a preadoleszcens korú patkányok *perzisztenciája* (kitartása) részleges megerősítés utáni kioltási helyzetben jelentősen csökkent (pl. Burdette és mtsi, 1976). A kitartás - a választendencia fenntartása - a FZH szindrómában alapvetően deficites. A preadoleszcens korú patkányok és a hiperaktív gyerekek közötti párhuzamot kiemeljük, bár tudatában vagyunk annak, hogy a részleges megerősítési kioltási effektus nem tekinthető mindenfajta humán perzisztencia szubhumán megfelelőjének.

A periadoleszcens kor jellemzője Spear és Brake szerint a pszichofarmakonokra, így a KA agonistákra és antagonistákra vonatkozó érzékenység jelentős megváltozása is, amely minden bizonnyal a viselkedéses jelenségek fontos biológiai komponense. Ebben a korban az állatok minden vizsgált katekolamin

agonistára, így az amfetaminra, kokainra, apomorfinra csökkent viselkedéses választ adtak (a szokványos válasz a viselkedéses aktivitás-fokozódás). Ugyanakkor a KA antagonista haloperidol fokozott katalepsziás választendenciát eredményezett. Ez a pszichofarmakológiai szenzitivitási minta azt sugallja, hogy *egy vagy több katekolaminerg rendszer* periadoleszcens állatoknál átmenetileg *hiposzenzitív*. (Emlékezzünk vissza arra, hogy Wender korai (1971) feltevése is az agy egyes területein csökkent dopaminerg aktivitás közvetett bizonyítékaira épített, és a Robinson csoport, valamint Roeltgen és Scneider MPTP modellje alapján is csökkent katekolaminerg aktivitást kell feltételeznünk a gyermekkori hiperaktivitás hátterében).

Spear és Brake (1983) modellje érdekes elképzelést tartalmaz arra vonatkozóan, hogy mi lehet a preadoleszcens kori hiperaktivitás - és katekolamin funkciócsökkenés oka. Úgy vélekednek, hogy ez a viselkedésesen megnyilvánuló katekolaminerg hiposzenzitivitás részben a (mezolimbikus) dopaminerg *autoreceptorok* preadoleszcenciában bekövetkező funkcionális érésével lehet kapcsolatban. Farmakopszichológiai alapismeret, hogy a dopaminerg rendszer negatív feedback elv alapján szabályozza saját működését. Ez azt jelenti, hogy a preszinaptikus autoreceptorok ingerlése gátolja a DA szintézist és felszabadulást, míg a posztszinaptikus DA receptorok az agy egyes területein (mint láttuk) a viselkedésre aktiváló hatást gyakorolnak. A gátló autoreceptor funkció mellett szól pl. az az érv, hogy a dopamin agonista apomorfin kis dózisban gátolja a lokomotoros aktivitást (Stromböm, 1975), feltehetően a dopamin autoreceptorokra gyakorolt hatása miatt. Érdekes tény, hogy ez a gátló hatás patkánynál a preadoleszcens kor kezdetéig nincs jelen (Shalaby és Spear, 1980).

Spear és Break jól megalapozott feltevést alakítanak ki arra nézve is, hogy mely agyi területeken érvényesül a DA autoreceptorok preadoleszcens kori érése. Kérdésükre olyan kémiai anyaggal kapcsolatos kísérleti eredmények adnak választ, amely ismerten gátolja a preszinaptikus dopamin-felszabadulást (gamma-butyrolactone: GBL), így kiiktatja a preszinaptikus gátló autoreceptorok működését, és ezzel (a tirozin hidroxiláz enzim-aktivitás fokozásán keresztül) emeli a DA szintet a striatális és mezolimbikus agyi területeken. Komplex kísérletekben, amelyekről itt részletesen nem számolunk be, a szerzők azt találták, hogy patkánynál a mezolimbikus területek a striatálishoz képest később érnek be. A striátumban (beleértve az előbbiekben tárgyalt nukleusz kaudátuszt) már az elválasztás előtt érett DA funkciót találtak (azaz GBL hatása alatt emelkedett DA szintet regisztráltak), míg a mezolimbikus területeken az érés csak preadoleszcens korban következett be. Ezt az eredményt igen jelentősnek véljük, mivel támpontot adhat a preadoleszcens korban megfigyelhető normális és patológiás hiperaktivitás háttértörténéseinek elkülönítéséhez.

Jeleztük már, hogy a humán preadoleszcens kori aktivitásfokozódás fejlődési sajátosságnak tekinthető (bár célzott vizsgálatára vonatkozóan nem állnak rendelkezésünkre adatok). Elképzelhető, hogy hátterében - ahogyan intakt rágcsálóknál - a mezolimbikus rendszer érésével kapcsolatos történések állnak. A hiperaktivitás szindróma ezzel szemben, amely, mint láttuk, szintén a kisiskolás korban fordul legnagyobb gyakorisággal elő, azonban eredete - a diagnosztikus kritériumok

szerint is - korábbi életkorra tehető, minden bizonnyal elsősorban a striatális és a frontális dopaminerg rendszer funkció-deficitjével van kapcsolatban (amire, mint láttuk, számos adat utal). Ennek alapján a FZH hátterében nem egyszerűen egy fejlődési jelenség fokozottabb érvényesülését kell látnunk, hanem azt feltételezhetjük, hogy egy jelentős fejlődési lépés (a preszinaptikus dopamin autoreceptorok fejlődése a mezolimbikus területeken) amely 'fiziológiás' hiperaktivitáshoz vezet, a FZH szindrómával összegződve súlyosbítja a viselkedéses szindrómát, amely így éppen a latencia korban válik manifesztté. (Láttuk, hogy a FZH szindróma előfordulási gyakorisága fiúknál kisiskolás korban a legmagasabb.)

Visszatérve a preadoleszcens korban Spear és Brake által feltételezett folyamatra: felvetődik a kérdés, hogy vajon a mezolimbikus gátló autoreceptorok megjelenésével járó viszonylagos DA deficit, majd az ebből adódó hiperaktivitás és a kognitív következmények hogyan állnak helyre, ha a DA rendszer működése stabilizálódott. A szerzők javaslata szerint egyszerűen homeosztatikus visszaszabályozódásról van szó, amelyet etológiai tényezők is támogatnak. Ahogyan emlősállatoknál a gyermekkorban jelentős etológiai funkciója van a mozgékonyságnak, játékosságnak (amely jelzésértékű mintázatként a felnőtt fajazonos társaktól védelmet biztosíthat), úgy a nemi érés után az élőlény biológiai célja, hogy kooperációban és versengésben egyaránt egyenrangú félként kapcsolódjék be a felnőtt társak életébe. Ebben a folyamatban a nemi funkciók érése jelentős szerepet játszik. Spear és Brake olyan vizsgálatokat idéz, amelyek szerint a limbikus rendszer, különösen az amygdala, a nemi érésben szabályozó szerepet játszik. A mezolimbikus dopamin rendszer és a limbikus struktúrák szoros neuroanatómiai kapcsolata alapján kézenfekvő, hogy a dopamin-szabályozás új formája, a gátló autorecepció megjelenése a nemi érés egyik biológiai feltétele. A szerzők szerint azonban az is lehetséges, hogy a nemi hormon termelés pubertás előtt meginduló fokozódása a mezolimbikus dopamin autoreguláció érésének kioldóingere. Stevens (1979) hasonló gondolatát idézik, aki szerint "a hipotalamikus peptidek és nemi szteroidok pubertás alatti áradását ... a mezolimbikus dopamin-felszabadulás vagy érzékenység feedback-jellegű változása kell, hogy kísérje" (Stevens i. m. 123. o.; idézi Spear és Brake, i. m. 104. o.).

Spear és Brake (1983) tanulmányának van mégegy figyelemreméltó gondolata. Abból kiindulva, hogy az állatot ért *stresszhatások*, valamint az intenzív ingerhatások felfokozzák a mezolimbikus és a frontális kérgi dopamin felhasználást, és ezzel csökkentik a hiperaktivitást, felvetik azt a lehetőséget, hogy ilyen effektusok az önszabályozó autoreceptorok érését is előrehozhatják. Megjegyzik, hogy adataiknak és elképzeléseiknek a humán adoleszcens kor szempontjából is fontos implikációi lehetnek. Ehhez a gondolathoz Moran, Zern, Pearlson, Kubos és Robinson (1986) fentebb ismertetett tanulmányát asszociáljuk, amely szerint a hideg-víz stressz a jobbféltekei léziós patkányoknál kivédi a hiperaktivitás megjelenését. A továbbiakban ennek az összefüggésnek a FZH terápiája szempontjából adódó implikációit a vesztibuláris ingerlés hatásaival kapcsolatban vizsgáljuk meg.

Összefoglalva Spear és Brake (1983) munkájának az FZH patomechanizmusa szempontjából jelentős megállapításait:

1. Az a tény, hogy preadoleszcens korú állatok katekolamin agonistákra csökkent, antagonistákra pedig fokozott viselkedéses választ adnak, arra utal, hogy ebben az életszakaszban az agy egy vagy több KA rendszerének érzékenysége és működéskészsége alacsony.

2. Ez a hiposzenzitivitás a preszinaptikus dopamin autoreceptorok funkcionális érésével lehet kapcsolatban. Egy autoreceptoros gátló-rendszer kialakulása időszakosan csökkentheti az érintett dopamin-régiók aktivitási szintjét.

3. A dopamin autorcepció érése patkányoknál a striátumban a preadoleszcens korral lezárul, a mezolimbikus területé ekkor következik be.

4. A periadoleszcens állatok izolált teszthelyzetekben vizsgálva hiperaktívnak bizonyulnak, míg szociális helyzetben nagy gyakorisággal mutatnak 'játékos' viselkedést. Komplex, célirányos tanulási vagy memória-feladatokban többnyire rosszul teljesítenek, ami részben a feladatreleváns jelzésekre való figyelem hiányából adódik.

5. Ez a viselkedés, Spear és Brake elemzése szerint hasonló a dopamin-receptorokban gazdag, a mezolimbikus területekre projiciáló ventrális tegmentális area sérülésekor, felnőtt állatoknál tapasztalható viselkedéshez.

Mindehhez hozzátesszük, hogy a dopamin rendszer fejlődésének ez a modellje az FZH szindróma kutatása szempontjából azért jelentős, mert amennyiben a fejlődési folyamat humán szinten hasonló neuroanatómiai és idői mintázatot mutat, támpontot ad a kórkép latencia-kori manifesztációjának értelmezéséhez és differenciáldiagnosztikai segítséget jelent a normál és kóros hiperaktivitás elkülönítésében. Azt sugalmazza, hogy a kisiskolás korban induló, előzmények nélküli hiperaktivitás nem patológiás, hanem egyéni ingadozásokat mutató fejlődési jelenség.

Normál és patológiás hiperaktivitás. Vesztibuláris ingerkeresés

Spear és Brake (1983) modellje - amint az előző fejezetben már jeleztük - a humán hiperaktivitásra vonatkoztatva felhívja a figyelmet arra, hogy a kisiskoláskorban kulmináló patológiás hiperaktivitás mellett létezik ebben a korban a fokozott viselkedéses aktivitásnak egy fiziológiás formája is. Több adat utal arra, hogy preadoleszcens korban a fokozott motoros aktivitás a kognitív fejlődés fontos tényezője.

Saját vizsgálatunkban (Kulcsár, Bálint, Varga, 1985) a Conners-féle minősítő skálán ("Teacher Rating Scale", Conners, 1969: rövidített változatát l. Ross és Ross, 1976, illetve az első tanulmány függelékében) magas és alacsony hiperaktivitás pontszámú, illetve a (fentebb bemutatott) Kagan-féle ismerős ábra illesztési teszben (MFFT) reflektívnek és impulzívnak bizonyult 6-8 éves gyerekek 4 csoportjának a Raven tesztben, a Beágyazott Forma Tesztben és az Ayres-féle Dél-kaliforniai Szenzoros Integrációs teszt altesztjeiben elért teljesítményét vetettük egybe. Az MFFT-t a figyelemzavar mutatójaként vezettük be. Azt találtuk, hogy a reflektivitás-impulzivitás jobb bejóslója a szenzoros integrációs teljesítmény deficitjének, mint a tanárok által megítélt hiperaktív viselkedés. Konkrétan: a reflektívek és az impulzívek között több résztesztben és magasabb szignifikancia-szinten mutatkozott különbség a

reflektívek javára, mint a magas és alacsony hiperaktivitás pontszámúak között az alacsony pontszámúak javára. Emellett érdekes volt az az adatunk, amely szerint az egyszerre hiperaktív és impulzív gyermekek és az alacsony hiperaktivitás pontszámú reflektívek (vagyis az FZH csoport és az alacsony aktivitású reflektív csoport) az Ayres altesztekben *kevésbé* különbözött egymástól, mint az impulzívak a reflektívektől. Ez az első látásra túl bonyolult viszony azt jelzi, hogy a hiperaktivitás és az impulzivitás (figyelemzavar) nem additív módon, vagyis nem egymás hatását erősítve határoztak meg alacsony szenzoros integrációs teljesítményszintet. Ellenkezőleg: a hiperaktivitással járó figyelemzavar kevésbé súlyos teljesítményzavarral társult, mint amit a figyelemzavarral (impulzív kognitív stílussal) jellemzett, de hiperaktivitás szempontjából heterogén csoportban találtunk. Ez az eredményünk összhangban van az e témában a tanulmány első részében bemutatott vizsgálat adataival (Hynd és mtsi, 1991), amelyek azt mutatják, hogy a *hiperaktivitás nélküli* figyelemzavar több kognitív feladatban *gyengébb* teljesítménnyel társult, *mint a hiperaktivitással járó* figyelemzavar. Megismételjük ezzel kapcsolatban azt a korábbi gondolatunkat, amely szerint a hiperaktivitás nem oki tényezője, hanem adott esetben - legalábbis az agyi mechanizmusok szintjén - kompenzációja a figyelemzavart előidéző központi idegrendszeri történéseknek. Ez természetesen nem zárja ki azt a szomorú tényt, hogy a figyelemzavarral küzdő és hiperaktív gyermek sokkal nagyobb nevelési problémát okoz, mint a hiperaktivitás nélküli figyelemzavar esetei. Éppen a hiperaktivitásból adódó súlyos gond kell, hogy ezt a - feltehetően - öngyógyító törekvést szociálisan elviselhető mederbe tereljük. Az alábbiakban erről lesz szó, ahogyan erre épít Ayres (1973) szenzoros integrációs terpiája is.

Már a korai idegélettani értelmezések ismertetése során bemutattunk egy olyan koncepciót, amely szerint a hiperaktivitás voltaképpen kompenzatív, 'öngyógyító' próbálkozás, amely kivédi az alacsony arousalból adódó deficitet. A korai szerzők azonban a *proprioceptív, kinesztetikus* szenzoros input szerepét hangsúlyozták (pl. Satterfield és Dawson, 1971; Stewart, 1970 stb., ld fent). A magunk részéről - számos, alább részletesebben elemzett empírikus és elméleti támpont alapján - a hiperaktivitás kompenzatórikus, öngyógyító jellegét az általa biztosítot *vesztibuláris stimuláció* hatásának tulajdonítjuk.

Emlékezzünk vissza arra, hogy Strauss és Lehtinen (1947, l. fent) megfigyelése szerint a hiperaktív gyermekeket nagyon vonzzák a *mozgó ingerek*. Ezeket a gyerekeket hosszú időre le tudják kötni olyan játékszerek, amelyeket mozgatni lehet, és a mozgókép, a TV, az autó, illetve a járművökön való utazás. Mindezek a helyzetek vesztibuláris ingerlést biztosítanak, tekintettel arra, hogy *a mozgó vizuális mező*, amennyiben a perifériás látást is involválja, azaz a látótér nagyrészére kiterjed, *éppúgy stimulálja a (centrális) vesztibuláris apparátust, mint maga a mozgás*. Erre adatok tömkelege utal. Itt csak azt a tapasztalati tényt említjük meg, hogy a mozgó vizuális periféria - pl. mozdulatban vonatban ülve a szomszéd vonat elindulása - önmozgás-élményt eredményez. Dichgans és Brandt (1978) korai összefoglalója bemutatja azokat a kutatási eredményeket, amelyek szerint nagy, mozgó vizuális mező látványa a vesztibuláris magvakban mozdulatlan állatnál neuron-szinten regisztrálható választ vált ki. (Magyarul erről l. Kulcsár, Nábrády, Kutor, 1986.) Az újabb kutatások ezt az

összefüggést egyértelműen alátámasztják. Alapvető jelentőségű ebben az összefüggésben hangsúlyoznunk, hogy ahogyan a nagy mozgó vizuális mező aktiválja a vesztibuláris apparátust, úgy *a vesztibuláris ingerlés serkenti* a szemmozgás és *az irányított vizuális figyelem szervezésében résztvevő parietális kérgi területek működését.* Erre az összefüggésre azok a neurofiziológiai vizsgálatok utalnak, amelyek szerint vesztibuláris ingerlés majmoknál neuronszintű választ indukál a parietális kéreg több területén (l. Buettner és Büttner, 1978; Pause és Schreiter, 1980; Kawano, Sasaki és Yamashita, 1984; Kawano és Sasaki, 1984). (Megjegyezzük, hogy a rendelkezésre álló kisszámú humán vizsgálat adatai - Friberg és mtsi 1985-ös beszámolójára utalunk - a szuperior temporális régió válaszát mutatták ki vesztibuláris ingerlés hatása alatt, a regionális agyi véráramlás vizsgálatának módszerével. Ugyanakkor a vesztibuláris-parietális kapcsolat meglétére számos neurológiai adat utal, l. alább).

A fenti okfejtés és az alábbiakban elemzett további érvek alapján azt a hipotézist fogalmaztuk meg, hogy *a hiperaktív viselkedés döntő, és egyúttal az öngyógyítás célját szolgáló tényezője a vesztibuláris ingerkeresés* (Kulcsár, 1983; Kulcsár, Bálint, Varga, 1985). Ez az értelmezés az Ayres-féle koncepcióból (Ayres, 1973), a hiperaktivitás terápiájában sikerrel alkalmazott vesztibuláris stimulációs technikából (Bhatara és mtsi, 1981; Arnold és mtsi, 1985), valamint a vesztibuláris ingerlésnek mind csecsemőkori (Katona, 1979), mind felnőttkori neurológiai károsodásokban tapasztalt terápiás hatásaiból (Marshall és Maynard, 1983; Rubens, 1985; Cappa, Sterzi, Vallar és Bisiach, 1987) közvetlenül adódott. Az alábbiakban kissé közelebbről is megvizsgáljuk a vesztibuláris ingerlés hatásairól szóló adatokat és azok - korántsem tisztázott - mechanizmusait. Először az utóbbi témával foglalkozunk.

A centrális vesztibuláris apparátus reakciója kérgi és szubkortikális lézió eseteiben. Vesztibuláris-pallidális kapcsolatok

Korábban már utaltunk rá, hogy a vesztibuláris ingerlés csökkenti az unilaterális agyi lézióból eredő szenzoros elhanyagolás mértékét (Marshall és Maynard, 1983; Rubens, 1985; Cappa, Sterzi, Vallar és Bisiach, 1987).

A felnőtt neurológiai esetekben alkalmazott vesztibuláris terápiákat nem szükséges részletesen ismertetnünk, elég arra utalnunk, hogy mindhárom tanulmányban kalorikus ingerlést alkalmaztak, amely akkor eredményezi az adott (a lézióval azonos oldali) labirintus aktiválását, ha az azonos oldali fülön meleg (testhőmérséklet fölötti), vagy a másik fülön hideg vizet folyatnak át 1-5 percen keresztül. A neurológiai esetekben - a jobboldali fronto-parietális, temporoparietális és bazális ganglionokra (nigro-striato-pallidális rendszerre) kiterjedő, szenzoros elhanyagolást eredményező lézióknál - alkalmazott vesztibuláris terápia hatékonysága alapján jogosnak tűnik az a feltevés, hogy a vesztibuláris ingerlés az irányított vizuális figyelem teljesítményét nem akut neurológiai esetekben, így a hiperaktív gyermekeknél is javítja. Erre a feltevésre azok a - sajnos meglehetősen szórványos - adatok is támpontot adnak, amelyek szerint a striatopallidális rendszer és a vesztibuláris apparátus között szoros neuroanatómiai kapcsolat van, és emellett a vesztibuláris

apparátus a striatopallidális rendszer neurotranszmisszióját kontrollálja (Shima, 1984).

A vesztibuláris terápiák hatásmechanizmusaiba betekintést enged Ventre és mtsi (1984) elemzése is. E szerzők, saját (macskákkal folytatott) kísérleti eredményeikre, továbbá hasonló állat- és humán megfigyelésére támaszkodva (l. még Jeannerod, 1988) arról számolnak be, hogy az unilaterális parietális, és a kollikulusz szuperiorra korlátozódó lézió olyan nisztagmust eredményez, amelynek *lassú komponense a lézióval ellenoldali irányba mutat*, azaz az ép oldal felé irányul. Ez azért feltűnő, mert ellentmondásban látszik lenni a féloldali szenzoros elhanyagolás hátterét képező szemmozgás-mintával: azzal, hogy a féloldali (többnyire jobbféltekei) léziós beteg *nem néz a lézióval ellentétes* (bal) *irányba*, ezért nem észleli a kontralaterális oldalon lévő tárgyakat, ehelyett szeme a lézióval azonos oldal irányában tér ki, mintha tekintetét a domináns - ép - kérgi és szubkortikális mechanizmusok a kontralaterális oldal felé húznák. A léziós oldal felé deviálnak a tárgyelérő mozgások is. Felmerül az a lehetőség, hogy a vesztibuláris rendszer spontán fellépő aktivitása ezt a defektust kompenzálja. A szerzők szavaival: A féloldali lézió után spontán fellépő nisztagmus "a vesztibuláris rendszer kísérletét fejezi ki arra, hogy a (téri) referencia rendszer eltolódását kompenzálja" (804. o.). Ez a spontán nisztagmus azonban átmeneti, a léziót követő néhány nap alatt eltűnik.

Mi lehet a kompenzátoros vesztibuláris válasz kioldó-ingere? Jeannerod (1988) meggyőző érvelése szerint a féloldali lézió utáni állapot a forgatás természetes helyzetéhez lehet hasonló (az előbbiekben úgy fejeztük ezt ki, hogy a domináns - ép - kérgi és szubkortikális mechanizmusok a tekintetet a kontralaterális oldal felé húzzák). Mivel a forgatás reflexesen kompenzációs szemmozgásokat vált ki a forgással ellentétes irányban (ez a vesztibulo-okuláris reflex), a nisztagmus kompenzációs természete kézenfekvő. A vesztibuláris stimulációs terápia ezt a kompenzációs hatást erősítheti fel.

Az alábbiakban azokat a terápiás próbálkozásokat mutatjuk be, amelyekben - hangsúlyozzuk, hogy nem a fenti okfejtés alapján - hiperaktív gyerekek vesztibuláris stimulációjával valóban terápiás hatást értek el.

Vesztibuláris ingerlés a hiperaktivitás terápiájában

Elsőként Bhatara és mtsi (1981) alkalmaztak vesztibuláris ingerlést hiperaktív gyerekek terápiájában. 19 gyerekkel dolgoztak (17 fiú és 2 lány) 4-14 éves kor között (átlag 8 év). A gyerekek összesen 16 terápiás ülésen vettek részt, heti két alkalommal, 2x4 hetes szakaszokban, amelyek közül az egyik 4 hetes szakasz (a gyerekek felénél az első, a másik felénél a második) kontrollként szolgált. Eszerint minden gyermek 8 ülésben kapott vesztibuláris ingerlést, 8 ülésben pedig ugyanabban a helyiségben ugyanannyi ideig játszott (pl. a forgószékkel, amely a vesztibuláris ingerlésre szolgált, amelyet üresen forgathatott, bele is ülhetett, de a székben ülve azt nem forgathatta), vagy az asszisztenssel beszélgetett.

A vesztibuláris ingerléshez forgószéket használtak, amelyben a gyerek 3-féle testhelyzetben helyezkedett el: először kb. 30 fokos szögben előrehajtotta a fejét, hogy a vizszintes félkörös ívjárat kapjon maximális ingerlést. A széket kézzel forgatták meg addig gyorsítva a forgatást, amíg elérték a 150 fok/sec (25 fordulat/perces) sebességet, amelyet 1 percig tartottak fenn. A forgatást mindkét irányban 1-1 alkalommal végezték, ezután áttértek a függőleges ívjárat ingerlésére, amelyhez a gyermek fejét négy próbában 45 fokkal jobbra, négy próbában balra döntötték (fél arccal a váll felé). Mindkét helyzetben 4-szer 1-1 perces forgatást végeztek (az óramutatóval egyező, illetve ellenkező irányban). A gyerekek minden helyzetben nyitott szemmel ültek a székben. A forgatást természetesen azonnal abbahagyták, ha a gyermek hányingerre panaszkodott, vagy ha a rosszullét jeleit vették észre. Egy ülésben a fentiek szerint maximum 10 perces forgatást alkalmaztak.

A szerzők a vesztibuláris ingerlés hatékonyságának megítélésére 6 skálát vezettek be, ezek felében a tanár (tanító, óvónő), felében a szülő nyilatkozott a gyermek viselkedéséről (a Conners tanári skála rövidített változatát a tanulmány első részének függelékében közöljük). A szülők - érthetően - nem voltak 'vakok' az alkalmazott módszert illetően (vagyis mindig tudták, hogy az adott ülésben mi történt a gyermekkel), a tanárok ezzel szemben igen. A skálákat a kezelés kezdetén 4, illetve 8 hét kezelés után töltötték ki (ezek közül az első, illetve a második 4 hét 'kontroll' szakasz).

Az eredmények szerint a gyerekek viselkedése a vesztibuláris ingerléses terápiát követően a tanárok megítélésében szignifikánsan javult. A szülői megítélés nem jelzett szignifikáns változásokat. A kontrollhelyzet az alaphelyzethez képest nem gyakorolt a viselkedésre jelentős befolyást. A kísérlet érdekes eredménye volt, hogy javulás a 10 év alatti gyermekek (10 személy) mindegyikénél mutatkozott, míg az idősebbek egyikénél sem. Ezt a szempontot az alábbiakban - a hiperaktivitástól a pszichopátiáig vezető folyamatról szóló feltevéseink bemutatása során - megkíséreljük majd értelmezni. Értelmezésünk a szerzők gondolatát viszi tovább, amely szerint a kisebb gyerekek terápiás befolyásolhatósága egyrészt az idegrendszer életkorral csökkenő plaszticitásának köszönhető, másrészt azzal függhet össze, hogy a hiperaktív gyermek a Piaget-féle szenzomotoros stádium primer zavarát mutatja, így motoros és perceptuális tapasztalatok lehetőleg minél korábbi és minél bőségesebb biztosításával asszimilációs és akkomodációs teljesítménye javulhat.

Ugyanaz a kutatócsoport, amely a fenti tanulmányt közölte, egy új szempont bevezetésével további vizsgálatban elemezte a vesztibuláris ingerlésnek a hiperaktivitásra gyakorolt hatását (Arnold és mtsi, 1985). Az új tanulmányba 37 gyermeket (27 fiút és 10 lányt) vontak be 5-9 éves kor között. A terápia ezúttal nem 8, hanem 12 héten át tartott, 3 szakaszból állt, minden gyermek két kísérleti és egy kontroll szakaszban vett részt.

A gyerekek a kísérlet alatt egy optokinetikus hengerben ültek. Az egyik kísérleti helyzetben a szék forgott a hengerben, amelyben a gyermek nyitott szemmel ült. A másik kísérleti szakaszban a gyerekek egy csoportja csukott szemmel ült a forgó székben, azaz csak vesztibuláris ingerlést kapott, míg a másik csoport nyitott szemmel

ült a forgó hengerben, miközben a szék mozdulatlan volt, azaz csak vizuális - optokinetikus - ingerlésben részesült. Az első kísérleti szakasz, amelyben egyszerre kaptak vesztibuláris és optokinetikus ingerlést, az előző, 1981-es kísérlet kontrolljaként szolgált.

A kísérlet célja az volt, hogy megvizsgálják, vajon az optokinetikus, a vesztibuláris, vagy a kétfajta ingerlés együttese felelős-e a kedvező terápiás eredményekért. A kísérlet eredményei - bár számos módszertani problémát vetnek fel, főként a kontroll-feltételeket illetően - azt jelzik, hogy a terápiás hatás döntően a vesztibuláris ingerlés következménye. Megemlítjük, hogy a szerzők elemzésükben figyelmen kívül hagyják azt a tényt, hogy a forgó vizuális környezet (az optokinetikus ingerlés) önmagában is vesztibuláris stimulációt képvisel, így a kísérlet nem a vesztibuláris, illetve vizuális stimuláció hatásait hasonlította össze, ami a szerzők eredeti szándéka volt.

Következtetések. A hiperaktivitástól a pszichopátiáig

Próbáljuk röviden összefoglalni a hiperaktivitásról szóló, mechanizmus-szintű tényeket és feltevéseket. Láttuk, hogy a gyermekkori hiperaktivitás és figyelemzavar hátterét a korai szakirodalom egyrészt a katekolamin neurotranszmisszió zavarában, másrészt - és ezzel összefüggésben - a fronto-striatális agyi rendszer (frontális kéreg és nukleusz kaudátusz) funkciózavarában vélte felismerni. A kutatásoknak új irányt adtak azok a felismerések és kísérleti eredmények, amelyek a problémakör értelmezésébe a lateralizáció szempontját is bevonták: humán és állatkísérleti adatok alapján ma már egyértelműnek tűnik, hogy az FZH szindrómában jobbféltekei funkciózavar játszik szerepet.

Számos bizonyítékot sorakoztattunk fel amellett, hogy a figyelemzavar kórképpel járó hiperaktivitás az alapdeficithez képest másodlagos, kompenzatórikus jelenség, amelynek megjelenésében feltehetően agytörzsi, vesztibuláris mechanizmusok is szerepet játszanak. Ez az érvelés alkalmasnak bizonyult a vesztibuláris terápiák - így az Ayres koncepció - hatékonyságának értelmezésére.

Elemzésünket - amint korábban jeleztük - egy olyan gondolatmenettel zárjuk, amelyben a gyermekkori hiperaktivitás és a felnőttkori pszichopátia fentebb részletesen dokumentált kapcsolatának tentatív értelmezésére teszünk kísérletet. Ezzel a tentatív feltevéssel arra a bevezetőben jelzett szándékunkra utalunk vissza, amely szerint a gyermekkori hiperaktivitás kérdéskörét egy komplexebb, fejlődéspszichobiológiai keretben kívánjuk elhelyezni.

A pszichopátia és a hiperaktivitás intim kapcsolatát a tanulmány első részében nyomonkövetéses és genetikai vizsgálatok alapján tárgyaltuk. Rámutattunk, hogy a viselkedéskontroll (késleltetés, viselkedéstervezés) zavarai terén a két csoport között jelentős hasonlóság van, amelynek alapján a két kórképet az ún. 'dezinhibíciós' szindrómák közé sorolták (Gorenstein és Newman, 1980). Egyetlen olyan adalékot említettünk, amely szerint a két kórképben ellentétes fiziológiai válaszok volnának jelen, mégpedig Porges adatát. (Porges szerint a felnőtt pszichopaták - a hiperaktív gyermekekkel szemben - fokozott paraszimpatikus és csökkent szimpatikus

idegrendszeri aktivitással jellemezhetők, azaz náluk is az autonóm idegrendszer egyensúlyzavara áll fenn, ez azonban a hiperaktív gyermekekéhez képest ellenkező előjelű). Ehhez az adalékhoz hozzáteszünk még egy, talán gazdagabban dokumentált jellemzőt, amely a két csoport között - úgy tűnik - lényegi különbséget jelez, ez pedig a lateralizáció kérdésével kapcsolatos. Míg ugyanis - mint az unalomig részleteztük - a hiperaktív gyermekekre jobbféltekei deficit jellemző, addig a pszichopata felnőttek, számos megközelítésben (Nachson, 1983; Flor-Henry, 1983) balféltekei deficit jeleit mutatják. Nachson szerint a pszichopaták agyi fejlődésében "a féltekei funkciózavar váltása következhet be ... Ez azt jelenti, hogy az addig megfelelően működő balféltekе funckiója kórossá válik, miközben a kóros jobbfélteke felépül" (Nachson, 1983, 397. o.). Ezt a funkciódeficit-váltást Nachson nem kommentálja. Jóllehet a váltást eddig - sajnos - longitudinális vizsgálatokban nem érték tetten, minden bizonnyal arról van szó, hogy a hiperaktív gyerek - talán éppen a vesztibuláris öningerlés hatása folytán - jobbféltekei funkcióhátrányát behozza, sőt adott esetben túlkompenzálja (l. Kulcsár, 1991), azonban elmulasztja a a balféltekei kontrollfunkciók fejlődésének kritikus periódusát. Éppen ezért vitális jelentőségű lehet az időbeni beavatkozás, amelynek logikus menete a jobbféltekei funkciók - vesztibuláris, szenzoros integrációs terápiával történő - felzárkóztatása, és második lépésben a balféltekei komplexebb kognitív és viselkedés-kontroll funkciók fejlesztése. Az utóbbi eljárásokkal kapcsolatban - ahogyan fentebb jeleztük - függelékben vázlatosan ismertetjük Douglas javaslatait.

A közlemény a szerkesztőségbe érkezett: 1992. május 26.

IRODALOM

Anisman, H. (1975). Time dependent variation in aversively motivated behaviors: Nonassociative effects of cholinergic and catecholaminergic activity. *Psychological Review, 82*, 357-385.

Arnold, L. E., Clark, D. L., Sachs, L. A., Jakim, S. and Smithies, C. (1985). Vestibular and visual rotational stimulation as treatment for attention deficit and hyperactivity. *The American Journal of Occupational Therapy, 39*, 84-91.

Ayres, A.J. (1973). *Sensory integration and learning disorders*. CA: Western Psychological Services, Los Angeles

Bauer, R. H. (1980). Shuttle box avoidance in Norway rats from infancy to maturity. *Bulletin of Psychonomic Society, 15*, 15-17. (Cit. by Spear és Brake, 1983).

Baxley, G. B. and LeBlanc, J. M. (1976). The hyperactive child: Characteristics, treatment and evaluation of research design. In: H.W. Reese (ed.). *Advances in child development and behavior*. New York, Academic Press, 1-34.

Bhatara, V., Clark, D. L., Arnold, L. E., Gunsett, R. and Smeltzer, D. (1981). Hyperkinesis treated by vestibular stimulation. *American Journal of Occupational Therapy, 32,* 311-316.

Brake, S. C., Burdette, D. R., Chen, J.S. and Amsel, A. (1980). Retention of response persistence in weaning and adolescent rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 94*, 1060-1068.

Bronstein, P. M. (1972). Open field behavior of the rat as a function of age. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 80*, 335-341.

Brumback, R. A. and Staton, R. D. (1982a). Right hemisphere involvement in learning disability, attention deficit disorder and childhood major depressive disorder. *Medical Hypotheses, 8*, 505-514.

Brumback, R. A. and Staton, R. D. (1982b). An hypothesis regarding the commonality of right hemisphere involvement in learning disability, attentional disorder and childhood major depressive disorder. *Perceptual and Motor Skills, 55*, 1091-1097.

Brumback, R. A. (1979). Use of operational criteria in an office practice for diagnosis of children referred for evaluation of learning or behavioral disorder. *Perceptual and Motor Skills, 49*, 299-311.

Buettner, U. and Büttner, U. W. (1978). Parietal cortex (2v) neuronal activity in the alert monkey during natural vestibular and optokinetic stimulation. *Brain Research, 153*, 392-397.

Burdette, D. R., Brake, S. C., Chen, J. S. and Amsel, A. (1976). Ontogeny of persistence: Immature extinction effects in preweanling and weanling rats. *Animal Learning and Behavior, 4*, 131-138.

Campbell, B. A., Misanin, J. R., White, B. C. and and Lytle, L. D. (1974). Species differences in ontogeny on memory: Indirect support for neural mediation as a determinant of forgetting. *Journal of Comparative and Physiological Psychology, 87*, 193-202.

Cappa, S., Sterzi, R., Vallar, G. and Bisiach, E. (1987). Remission of hemineglect and anosognosia during vestibular stimulation. *Neuropsychologia, 25*, 775-782.

Conners, C. K. (1969). A teacher rating scale for use in drug studies with children. *American Journal of Psychiatry, 126*, 884-888.

Cortes, R., Gueye, P., Pazos, A. et al. (1989). Dopamine receptors in the human brain: Autoradiographic distribution of D1 sites. *Neuroscience, 28*, 263-273.

Corwin, J. V., Kantter, S. L., Watson, R. T., Heilman, K. M., Valenstein, E. and Hashimoto, A. (1986). Apomorphine has a therapeutic effecton neglect produced by unilateral dorsomedial prefrontal cortex lesions in rats. *Experimental Neurology, 94*, 683-689.

Dabrowska, J. (1972). On the mechanism of go-no go symmetrically reinforced tasks in dogs. *Acta Neurobiol. Exp. (Warsz), 32*, 345-359. (cit. by Heilman, Voeller and Nadeau, 1991).

De Renzi, E. (1982). *Disorders of space exploration and cognition*. New York, Wiley.

Denenberg, V. H. and Rosen, G. D. (1983). Interhemispheric coupling coefficients: sex differences in brain neurochamistry. *American Journal of Physiology, 245,* R151-R153.

Dewberry, R. G., Lipsey, J. R., Saad, K., Moran, T. H. and Robinson, R. G. (1986). Lateralized response to cortical injury in the rat: Interhemispheric interaction. *Behavioral Neuroscience, 100,* 556-562.

Diamond, A. and Doar, B. (1989). The performance of human infants on a measure of frontal cortex function, the delayed response task. *Developmental Psychobiology, 22,* 271-294.

Diamond, M. C., Johnson, R. E. and Ingham, C. A. (1975). Morphological changes in the young, adult and aging rat cerebral cortex, hippocampus and diencephalon. *Behavioral Biology, 14,* 163-174.

Dichgans, J. and Brandt, T. (1978). Visual-vestibular interaction: Effects on self-motion perception and postural control. In: Held, R. and Leibowitz, H. W. and Teuber, H. L. (eds), *Handbook of sensory physiology, Vol. VIII. Perception.* Springer, Berlin, 756-804.

Drewe, E. A. (1975). Go-no go learning after frontal lobe lesions in humans. *Cortex, 11,* 8-16.

Ellis, L. (1986). Evidence of a neuroandrogenic etiology of sex roles from a combined analysis of human, nonhuman primate and nonprimate mammalian studies. *Personality and Individual Differences, 7,* 519-552.

Fisher, M. (1956). Left hemiplegia and motor impersistence. *Journal of Nervous and Mental Disease, 123,* 201-218.

Fleet, W. S., Valenstein, E., Watson, R. T. and Heilman, K. M. (1987). Dopamine agonist therapy for neglect in humans. *Neurology, 37,* 1765-1770.

Friberg, L., Olsen, T.S., Roland, P.E., Paulson, O.B. and Lassen, N.A. (1985). Focal increase of blood flow in the cerebral cortex of man during vestibular stimulation. *Brain, 108,* 609-623.

Geschwind, N. and Galaburda, A. M. (1985). Cerebral lateralization. Biological mechanisms, associations and pathology. I. A hypothesis and a program for research. *Archives of Neurology, 42,* 428-459.

Glick, S. D., Ross, D. A. and Hough, L. B. (1982). Lateral asymmetry of neurotransmitters in human brain. *Brain Research, 234,* 53-63.

Gorenstein, E. E. and Newman, J. P. (1980). Disinhibitory psychopathology: A new perspective and a model for research. *Psychological Review, 87.* 301-315.

Heilman, K. M. and Van Den Abell, T. (1979). Right hemispheric dominance for mediating cerebral activation. *Neuropsychologia, 17,* 315-321.

Heilman, K. M. and Van Den Abell, T. (1980). Right hemisphere dominance for attention: The mechanism underlying hemispheric asymmetries in attention (neglect), *Neurology, 30,* 327-330.

Heilman, K. M., Voeller, K. K. S. and Nadeau, S. E. (1991). A possible pathophysiologic substrate of attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Child Neurology, 6. Supplement,* S76-S81.

Hertzig, M. E., Bortner, M. and Birch, H. G. (1969). Neurologic findings in children educationally designated as "brain-damaged". *American Journal of Orthopsychiatry, 39*, 437-446.

Hynd, G. W., Lorys, A. R., Semrud-Clikeman, M., Nieves, N., Huettner, M. I. and Lahey, B. B. (1991). Attention deficit disorder without hyperactivity: a distinct behavioral and neurocognitive syndrome. *Journal of Child Neurology, 6, Suppl.* S37-43.

Iversen, S. D. and Mishkin, M. (1970). Perseverative interference in monkeys following selective lesions of the inferior prefrontal convexity. *Experimental Brain Research, 11*, 376-386.

Jeannerod, M. (1988). *The neural and behavioral organization of goal-directed movements*. Oxford, Clarendon.

Katona Ferenc (1979). *Az öntudat ébredése.* Budapest, Gondolat Kiadó.

Kawano, K., Sasaki, M. and Yamashita, M. (1984). Response properties of neurons in posterior parietal cortex of monkey during visual-vestibular stimulation. I. Visual tracking neurons. *Journal of Neurophysiology, 51*, 340-351.

Kawano, K. and Sasaki, M. (1984). Response properties of neurons in posterior parietal cortex of monkey during visual-vestibular stimulation. II. Optokinetic neurons. *Journal of Neurophysiology, 51*, 352-360.

Kertesz, A., Nicholson, I., Cancelliere, A., Kassa, K. and Black, S. E. (1985). Motor impersistence: A right hemisphere syndrome. *Neurology, 35*. 662-666.

Kubos, K. L. and Robinson, R. G. (1984). Asymmetrical effects of cortical island lesions in the rat. *Behavioral Brain Research, 11*, 89-93.

Kubos, K. L., Pearlson, G. D. and Robinson, R. G. (1982). Intracortical Kainic acid induces asymmetrical behavioral response in the rat. *Brain Research, 239*, 303-309.

Kulcsár Zs. (1983). Szenzoros élménykeresés. Biológiai korrelátumok és implikációk a pszichiátriai sérülékenységről. *Pszichológia, 3*, 69-85.

Kulcsár Zs. (1991). *Pszichopátia*. Budapest, Akadémiai Kiadó.

Kulcsár Zs., Bálint M., Varga I. (1985) Hyperactivity and sensory integration in Hungarian elementary school children. In: Sergeant, J. A. and Kalverboer, A. F. (eds) *Hyperactivity as a scientific challenge*. Abstracts, International Conference, Groningen, The Netherlands, June 13-14. (p.50).

Kulcsár, Zs., Nábrády, M., Kutor, L. (1986). Szenzoros élménykeresés és vesztibulo-okuláris funkciók összefüggései prepubertás koru gyermekeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle, XLIII.* 3. 199-216.

Lanier, L. P. and Isaacson, R. L. (1977). Early development changes in the locomotor response to amphetamine and their relation to hippocampal function. *Brain Research, 126*, 467-575.

Le Moal, M., Stinus, L. and Galey, D. (1976). Radiofrequency lesions of the ventral mesencephalic tegmentum: Neurological and behavioral considerations. *Experimental Neurology, 50*, 521-535.

Lipsey, J. R. and Robinson, R. G. (1986). Sex dependent behavioral response to frontal cortical suction lesions in the rat. *Life Sciences, 38*, 2185-2192.

Lou, H. C., Henriksen, L., Bruhn, P., Borner, H. and Nielsen, J. B. (1989). Striatal dysfunction in attention deficit and hyperkinetic disorder. *Archives of Neurology, 46*, 48-52.

Maggi, A. and Zucchi, I. (1987). Sexual differentiation of mammalian frontal cortex. *Life Sciences, 40*, 1155-1160.

Marshall, J. F. and Gotthelf, T. (1979). Sensory inattention in rats with 6-hydroxydopamine induced degeneration of ascending dopaminergic neurons: apomorphine induced reversal of deficits. *Experimental Neurology, 65*, 398-411.

Marshall, C. R., and Maynard, F. M. (1983). Vestibular stimulation for supranuclear gaze palsy: A case report. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 64*, 134-136.

McGlone, J. (1980). Sex differences in human brain asymmetry: A critical survey. *The Behavioral and Brain Sciences, 3*, 215-263.

Mesulam, M. M., Waxman, S. G., Geschwind, N. and Sabin, T. D. (1976). Acute confusional states with right middle cerebral artery infarctions. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 39*, 84-89.

Millichap, J. G. (1968). Drugs in management of hyperkinetic and perceptually handicapped children. *Journal of the American Medical Association, 206*, 1527-1530.

Moran, T. H., Zern, A. K., Pearlson, G. D., Kubos, K. L. and Robinson, R. G. (1986). Cold water stress abolishes hyperactivity produced by cortical suction lesions without altering noradrenergic depletion. *Behavioral Neuroscience, 100*, 422-426.

Nachson, I. (1983). Hemisphere dysfunction in psychopathy and behavior disorders. In: M. S. Myslobodsky (ed.), *Hemisyndromes: Psychology, neurology, psychiatry.* New York, Academic Press, pp. 389-414.

Nausieda, P. A., Koller, W. J., Weiner, W. J. and Klawans, H. L. (1979). Modification of postsynaptic dopaminergic sensitivity by female sex hormones. *Life Sciences, 25*, 521-526.

Pause, M., and Schreiter, U. (1980). Neurons in the parietal cortex (area 7b) of behaving monkeys activated by vestibular stimulation. *Neuroscience Letters, Supplement, 5*, S281.

Pearlson, G. D. and Robinson, R. G. (1981). Suction lesions of the frontal cerebral cortex in the rat induce asymmetrical behavioral and catecholaminergic responses. *Brain Research, 218*, 233-242.

Previc, F. H. (1991). A general theory concerning the prenatal origins of cerebral lateralization in humans. *Psychological Review, 98*, 299-334.

Robinson, R. G. and Coyle, J. T. (1980). The differental effect of right versus left hemispheric cerebral infarction on catecholamines and behavior in the rat. *Brain Research, 188*, 53-78.

Robinson, R. G. and Justice, A. (1986). Mechanisms of lateralized hyperactivity following focal brain injury in the rat. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior, 25*, 263-267.

Robinson, R. G., Shoemaker, W. J., Schlumpf, M., Valk, T. and Bloom, F. E. (1975). Experimental cerebral infarction in rat brain: Effect of catecholamines on behavior. *Nature, 255*, 332-334.

Robinson, T. E., Becker, J. B. and Camp, D. M. (1983). Sex differences in behavioral and brain asymmetries. In: M. S. Myslobodsky (ed.), *Hemisyndromes: Psychobiology, neurology, psychiatry*, New York, Academic Press, pp. 91-128.

Roeltgen, D. P. and Schneider, J. S. (1991). Chronic low-dose MPTP in nonhuman primates: A possible model for attention deficit disorder. *Journal of Child Neurology, 6, Supplement*, S82-S89.

Ross, D. M. and Ross, S. A. (1976). *Hyperactivity*. New York, Wiley.

Rubens, A. B. (1985). Caloric stimulation and unilateral visual neglect. *Neurology, 35*, 1019-1024.

Satterfield, J. H. and Dawson, M. E. (1971). Electrodemal correlates of hyperactivity in children. *Psychophysiology, 8*, 191-197.

Schneider, J. S. (1984). Basal ganglia role in behavior. Importance of sensory gating and its relevance in psychatry. *Biological Psychiatry, 19*, 1693-1710.

Schneider, J. S. and Kowalowski, C. J. (1990). Chronic exposure to low doses of MPTP. I. Cognitive defictits in motor asymptomatic monkeys. *Brain Research, 519*, 122-128.

Shalaby, I. A. and Spear, L. P. (1980). Psychopharmacological effects of low and high doses of apomorphine during ontogeny. *European Journal of Pharmacology, 76*, 451-459.

Shapiro, R. M., Glick, S. D. and Hough, L. B. (1986). Striatal dopamine uptake asymmetries and rotational behavior in unlesioned rats: revising the model? *Psychopharmacology, 89*, 25-30.

Sherman, G. F. and Galaburda, A. M. (1984). Neocortical asymmetry and open field behavior in the rat. *Experimental Neurology, 86*, 473-482.

Shima, F. (1984). Cicling behavior depending on striopallidal and vestibular functions. In: Hassler, R. G. and Christ, J. F. (eds), *Advances in Neurology, Vol. 40.*, 47-54.

Spear, L. P. and Brake, S. C. (1993). Periadolescence: Age-dependent behavior and psychopharmacological responsivity in rats. *Developmental Psychobiology, 16*, 83-109.

Starkstein, S. E., Ginsberg, S., Shnayder, L., Bowersox, J., Mersey, J. H., Robinson, R. G. and Moran, T. H. (1989). Developmental and hormonal factors in the sexually dimorphic, asymmetrical response to focal cortical lesions. *Brain Research, 478*, 16-23.

Stevens, J. R. (1979). Schizophrenia and dopamine regulation in the mesolimbic system. *Trends in Neuroscience, 2*, 102-105.

Stewart, M. A. (1970). Hyperactive children. *Scientific American, 222*. 94-98.

Strauss, A. A. and Lehtinen, L. E. (1947). *Psychopathology and education of the brain injured child*. New York, Grune and Stratton.

Stromböm, U. (1975). On the functional role of pre- and postsynaptic catecholamine receptors in brain. *Acta Physiologica Scandinavica, (Suppl.) 441*, 1-43.

Sudo, A. (1983). Time course of changes in catecholamine levels in the rat brain during swimming stress. *Brain Research, 276*, 372-374.

Tassin, J., Stinus, L., Simon, H., et al. (1978). Relationship between the locomotor hyperactivity induced by A10 lesions and the destruction of the frontocortical dopaminergic innervation in the rat. *Brain Research, 141*, 267-281. (Id. Heilman, Voeller és Nadeau, 1991).

Trommer, B. L., Hoeppner, J. B., Lorber, R., Armstrong, K. J. (1988). The go-no go paradigm in attention deficit disorder. *Annals of Neurology, 24*, 610-514.

Ventre, J., Flandrin, J. M., and Jeannerod, M. (1984). In search for the egocentric reference. A neurophysiological hypothesis. *Neuropsychologia, 22.* 797-806.

Verfaellie, M. and Heilman, K. M. (1987). Response preparation and response inhibition after lesions of the medial frontal lobe. *Archives of Neurology, 44*, 1265-1271.

Voeller, K. K. S. (1986). Right hemisphere deficit syndrome in children. *American Journal of Psychiatry, 143.* 1004-1009.

Voeller, K. K. S. and Heilman, K. M. (1988). Attention deficit disorder in children: A neglect syndome? *Neurology, 38*, 806-808.

Voeller, K. K. S. and Heilman, K. M. (1988). Motor impersistence in children with attention deficit disorder: Evidence for right hemisphere dysfunction, abstract. *Annals of Neurology, 24*, 323.

Watson, R.T., Fleet, W., Gonzalez-Rothi, L. and Heilman, K. (1988). Apraxia and the supplementary motor area. *Archives of Neurology, 43.* 787-792.

Weinberg, W. A. (1975). Delayed symbol language skills and their relationship to school performance. In: K. F. Swaiman and F. S. Wright (Eds), *The practice of pediatric neurology*. S Louis, Mosby, 898-911.

Weintraub, S. and Mesulam, M. M. (1987). Right cerebral dominance in spatial attention. *Archives of Neurology, 44*, 621-625.

Wender, P. H. (1971). *Minimal brain disfunction in children*. New York, Wiley Interscience.

Zimmerberg, B., Glick, S. D. and Jerussi, T. P. (1974). Neurochemical correlate of a spatial preference in rats. *Science, 185*, 623-625.

SUMMARY

Childhood hyperactivity II.
Laterality, male dominance, and vestibular compensation

Kulcsár, Zsuzsanna

After a review of theoretical analyses concerning right hemisphere deficiency in attention deficit disorder with hyperactivity, results of animal research are related, showing that right frontal cortical lesions result in hyperactivity only in male, but not in female rats, which data are considered relevant with respect to a male dominance in childhood hyperactivity. In an analysis of the neurochemical background of the disorder, subhuman data on the maturation of inhibitory dopamin autoreceptors during preadolescence are taken into account, on the basis of which a differentiation of normal and pathological forms of preadolescent hyperactivity is suggested. Considering the therapeutic effect of vestibular stimulation both in attetion deficit disorder and in sensory neglect, and referring also to a recent theory (Previc, 1989) on the lateralization of the vestibular system, a model is presented according to which hyperactivity, providing vestibular stimulation, is a self-healing device, compensating for the (right hemisphere) attention deficiency. The model is aimed at the interpretation of a seeming contradiction in the relation between childhood hyperactivity and adult psychopathy, according to which, out of the two genetically related desinhibitory syndromes, the former is associated with right and the latter with left hemisphere deficiency. Finally, attention is called to the significance of early, (especially vestibular) therapy which might prevent the developmental retardation of the left hemisphere, resulting in adult psychopathy.

ÉRZELMEK KIFEJEZÉSÉNEK VIZSGÁLATA ISKOLÁSKORÚ GYERMEKEKNÉL MOTIVÁCIÓS SZEMPONTOK ALAPJÁN*

BERGHAMMER RITA

MTA Pszichológiai Intézete

A tanulmány célja Kozéki neveléslélektani motivációs rendszerének adaptációja egy patológiás és egy egészséges iskolás csoport emocionális élményeire. A vizsgálatban 51 fejlődési kövérségben szenvedő és 51 egészséges, 9 és 13 év közötti gyermek vett részt. A Rudolph-teszt eredményei szerint a kövérek jobban ismerik fel a külvilágból származó emocionális (mimikai) információkat, mint a hasonló korú normál súlyúak. Saját érzelmeik kifejezésére azonban az utóbbiak jobban képesek: élménybeszámolóik tartalmi elemzéséből az aktivitás és a kompetencia motívuma emelkedik ki, az elhízottakra jellemző passzivitással és dependenciával szemben. A pszicholingvisztikai elemzés szerint a normál gyermekek lényegesen több érzelmet kifejező nyelvi elemet használnak.

Az eredmények értelmezése Kozéki neveléslélektani motivációs elméletének terminológiáját (zárt-nyílt nevelési stílus, passzivitás-aktivitás dimenzió), illetve Bruch fogalomrendszerét (dependencia-autonómia dimenzió) alkalmazva történik. A szerző tehát két olyan gondolatrendszer összehangolására tesz kísérletet, amelyek fejlődés- és neveléslélektani vonzataik alapján hozhatók közös nevezőre.

Bevezetés

"A motívum ... vágyat jelent, ... olyan eseményekre, dolgokra irányuló gondolatok, képzetek csoportja, melyeket az egyén szeretne elérni, megszerezni, melyekben az egyén részesülni szeretne." "A tevékenység rugója a motiváció, az a belső feszültség, mely a személyiséget arra készteti, hogy erőfeszítéseket tegyen adott szükségleteinek kielégítése érdekében" (Kozéki, 1975, 8. o.).

Kutatásunk tárgya, az érzelmek kifejezése éppen a motiváció oldaláról fogható meg a legjobban, hiszen az, hogy a gyermek milyen érzelmek verbális megjelenítésére képes, azaz milyen érzéseket vállal tudatosan környezete előtt, értékes jelzője annak,

* A tanulmány a Geiger és Berghammer (1982) által már közölt vizsgálatok adatainak új szempontú értelmezését mutatja be. A cikkben szereplő táblázatokat a társszerző hozzájárulásával közöljük.

hogy cselekedeteit milyen motívumok mozgatják, milyen affektusok adják annak energetikai fedezetét. Az emocionális reakció- és kifejezőkészség Kozéki (1975) motivációs rendszerében elhelyezve legalább annyira érinti a kognitív, mint az affektív dimenziót, hiszen az affektusok nemcsak a környezet személyeihez való kötődés, hanem a megismerő tevékenység dinamikai töltését is hordozzák.

Tanulmányunkban 9 és 13 év közötti tanulók emocionális fejlettségi szintjét, a külvilágból érkező mimikai jelek felismerését, illetve a saját érzelmek verbális kifejezését vizsgáltuk. Egészséges pszichés fejlődés esetén ezekben az években történik a kortársakhoz való "átpártolás" (Mérei és Binét, 1972), azaz a hasonló korú gyermekekhez fűződő igen erős kötődés és a kortárs-közösségek értékrendjének, normáinak döntő fontosságúvá válása, ahogyan Kozéki (1975, 57. o.) rámutat: "ekkortájt már egykorú vezéreit utánozza kritikátlanul. Ezért a felső tagozatos korban nagyon fontos az értékes egykorúak példáit felmutatni ..." Ezenkívül jellemző a tárgyakra, jelenségekre vonatkozó információk szinte szenvedélyes gyűjtése, a külvilágra irányuló érdeklődő figyelem, nyitottság. A motivációs rendszer tehát a prepubertás korban alakulóban van: a korábban fiziológiásnak számító infantilis emocionális beállítódás felől felnőttesebb emóciók és indítékok irányába kezd változni.

Vizsgálatunk egy egészséges és egy patológiás csoport összehasonlítására terjed ki. A patológiás csoport (elhízott gyermekek) emocionális és motivációs sajátosságai (l. alább) markánsan eltérnek az egészséges iskolásoknak a fenti kétféle jellemző változás által meghatározott motívumrendszerétől. Így a patológiás csoport tükrében plasztikusan vizsgálható a normál 9 és 13 év közötti korú gyermekek spontán érzelemkifejezésében megmutatkozó motivációs háttér.

Tanulmányunk célja a Kozéki által felépített s elsősorban tanulási helyzetekre kidolgozott motivációs rendszer adaptációja iskolások érzelmi élményeire s azok megfogalmazására.

A nevelői magatartás és következményei a gyermek motivációs rendszerében

Kozéki (1975, 32-45. o.) háromdimenziós modelljét a nevelési folyamatban alakuló motivációról e helyütt csak vázlatosan ismertetjük:

A) *Affektív dimenzió.* A nevelők által nyújtott szeretet vagy annak hiánya szerint meleg-hideg magatartást ír le, amelynek nyomán affiliációs tendencia, illetve agresszivitás alakul ki a gyermekben.

B) *Kognitív dimenzió.* A gyermek felfedező kedvének és racionális belátásának támogatása ("nyílt attitűd"), illetve korlátozása ("zárt attitűd") a gyermek magatartásában az aktivitás-passzivitás dimenziójára hat.

C) *Effektív* (újabban "*morális*"-nak nevezett) *dimenzió.* A viselkedési szabályok következetes betartatásának vagy ennek elhanyagolásának megfelelően erős-gyenge nevelési sajátosságokat különböztet meg, amelynek következménye a társadalmi együttélés szabályaival kongruens, illetve az egocentrikus viselkedés.

A fejlődési kövérség kialakulása és motivációs aspektusai

A fejlődési kövérség eredetét Bruch (1961) a csecsemőkori hibás kondicionálásban keresi. A gyermekére emocionálisan nem eléggé ráhangolódó anya nem differenciálja megfelelően a csecsemő hangjelzéseit, minden szükségállapot-jelzésre etetéssel reagál - így a gyermek nem tanulja meg saját szükségleteinek felismerését, "egyre függőbbé és engedékenyebbé válik. Arra hagyatkozik, amit mások mondanak neki saját tapasztalatairól, és elveszti a közvetlen kontaktust saját kísérleti forrásával: a testével" (Barta, Geiger és Molnár, 1975, 59. o.). Miután az anyával való szimbiotikus kapcsolat kóros módon a csecsemőkor után is fennmarad, a gyermek számára nem körvonalazódnak eléggé világosan a test- és énhatárok (l. Geiger, 1978), a személyiség infantilis, dependens, önállótlan marad (Bruch, 1973).

A túlgondozó, túlféltő, az autonómia kifejlődését hátráltató anyai attitűdről - csecsemőkori túltáplálás, mozgástól való féltés, a kortárskapcsolatok erős szülői kontrollja - másutt részletesen beszámoltunk (Geiger és Berghammer, 1982; Berghammer és Geiger, 1989). Az ebben a vizsgálatban és a korábbiakban szereplő elhízott gyermekek anamnesztikus és explorációs adatai konzekvensen azt mutatják, hogy - immár Kozéki terminológiáját alkalmazva - az anyai magatartás legmarkánsabb jellemzője a "zártság", azaz a gyermek önindította tevékenységének gátlása, a racionális magyarázatok hiánya, amelynek következtében a gyermek passzív, szorongó, inkompetens, kudarckerülő lesz, s a kisgyermeki külső kontroll attitűd fixálódik. Bruch hipotézisét és saját családterápiás tapaszlatainkat Kozéki motivációs rendszerébe illesztve és értelmezve obesitas esetén a következő három kategóriát találjuk tipikusnak:

a) *Meleg-zárt-erős*: elsősorban kondicionálással nevelő, a gyermeket szeretettel körülvevő, önállóságát korlátozó, a viselkedési szabályokra sok figyelmet fordító szülői magatartás. Ennek hatására a gyermekben olyan affiliációs tendencia alakul ki, amely főként a jó modort tartja szem előtt, elsősorban a családdal és a tekintély-személyekkel szolidáris, a feladathelyzetben kishitű, kudarckerülő. Nem kreatív, de megbízható, szorgalmas, kötelességtudó. Ez a változat a kövérekre jellemző motivációs rendszerek közül még a legszerencsésebb. Kozéki (1985) ezt a típust a lehetséges motivációs kombinációk közül a három legsikeresebb közé sorolja.

b) *Meleg-zárt-gyenge*: túlgyámolító, bűntudatra apelláló nevelés. Az így nevelt gyermek kórosan érzékeny, sértődékeny, rapszodikus.

c) *Hideg-zárt-gyenge*: érzéketlen, tehetetlen, a gyermeket bűnbakká nyilvánító nevelés. A következményeképpen kialakuló gyermeki agresszivitás, passzivitás és egocentrizmns oda vezet, hogy labilis, önagresszív vagy paranoid beállítódással élő, neurotikus személlyé válik a gyermek.

A fejlődési kövérségre jellemző patológiás személyiségfejlődés tehát motivációs szempontból a következő vonásokat mutatja:

A csecsemőkori hibás kondicionálás következtében az evés a testi és érzelmi feszültségállapotok túl széles skálájához asszociálódik (az éhség okozta diszkomfort-érzésen kívül), s mint ezeket általánosan enyhítő stratégia rögzül. Majd verbális szinten az éhség fogalma is ilyen torzított jelentést nyer. A táplálkozás később a túlgondozás és

korlátozás miatt más örömforrásokkal - változatos tevékenység, társkapcsolatok, önérvényesítés - kapcsolatos frusztrációk nyomán pótkielégülésként is fellép. Külső kontroll attitűd szilárdul meg: miután az önálló tapasztalatszerzésre és az önindította tevékenységre a gyermek nem kap szülői ösztönzést és pozitív megerősítést, kompetencia-érzése csökevényes marad, a világban tájékozatlan, szorongó, kudarckerülő emberré fejlődik, aki külső hatásokkal sodródik, s autonómia helyett érzelmi függőségi helyzeteket keres.

E személyiség legjellemzőbb vonása tehát minden téren a passzivitás, amely a nevelésben érvényesülő "zártság" következménye.

Vizsgálati minta

A vizsgálatot 51, a SOTE I. sz. Gyermekklinikáján kivizsgált és fejlődési kövérséggel diagnosztizált és 51 normál súlyú tanulóval végeztük el. Az elhízottak közül 9-11 év közötti korú 24, 11-13 év közötti korú 27 tanuló, s a kontrollcsoportot úgy válogattuk össze, hogy minden egyes kövér gyermeknek legyen kor, nem és tanulmányi átlag szerint egészséges párja. Az eredményeket két korcsoportra tagolva közöljük.

A vizsgálat módszere

A vizsgálat egyik részét a Rudolph-teszt felvétele képezte, "Milyen érzést fejez ki az arc?" instrukcióval. A korábban e módszerrrel dolgozó magyar vizsgálatoknak megfelelően a következő képeket alkalmaztuk: 1. Fájdalom, 2. Rosszkedv, fájdalom, 3. Nagyfokú elkeseredés, 4. Csodálkozás, 5. Félelem, 6. Rémület, iszonyat, 7. Dac, gyűlölet, 8. Düh, bosszú, 9. Kételkedés, 10. Aggodalom, 11. Undor, 12. Káröröm, 13. Gyanakvás, 14. Gúny, káröröm, 15. Csábító sóvárgás, 16. Nagy öröm.

A vizsgálat másik részében "Meséld el egy nagy élményedet, ami neked nagyon fontos volt, és úgy gondolod, hogy sokáig fogsz rá emlékezni! Van rá 3 perced" - instrukcióval élménybeszámolókat rögzítettünk magnetofonnal.

Az elhízott gyermekekkel ambuláns pszichológiai vizsgálat keretében, a kontrollcsoporttal több iskola napközijében, egyéni helyzetben történt a vizsgálat. Minden egyes gyermekkel ugyanaz a személy végezte a vizsgálatokat.

Eredmények és értelmezés

A Rudolph-teszt eredményei

1. táblázat. Válasz-típusok összehasonlítása ((kétmintás t-próbával) a Rudolph-tesztben.[1] (A helyes és téves megnevezések mellett részlegesen helyes megoldások is szerepelnek, a helyes megoldásnak járó 1 ponttal szemben 1/2 pont értékkel.)

Válasz-típus	9-11 év között			11-13 év között		
	Obesek átlaga N = 24	Normálok átlaga N = 24	szign.	átlaga N = 27	Obesek átlaga N = 27	Normálok szign.
Helyes érzelem-megnevezés	4.8	3.96	$p < 0.05$	5.9	4.6	$p < 0.05$
Téves válasz	6.25	7.4	$p < 0.05$	5.9	6.9	n.s.

Az *1. táblázatból* kitűnik, hogy az elhízottak mindkét korcsoportban szignifikánsan több helyes választ adtak és a kisebb korcsoportban kevesebb téveset, mint normál kortársaik. Azaz az adiposus gyermekek a külső érzelmi információkra fogékonyabbak, azokat finomabban differenciálják, mint az egészségesek: ez nagyobb mértékű dependenciájukból, a felnőttek felől érkező emocionális jelzésekre való fokozott figyelemből fakadhat. A Lénárd és Forrainé (1961) által megadott életkori standardekhez viszonyítva is kifejezett az elhízott csoport fölénye. Ezek az eredmények a kövér gyermekkel szemben a családban érvényesülő "meleg" és "zárt" nevelési attitűddel magyarázhatók, míg a normál gyermekek a "nyíltabb" nevelés hatására ebben a korban már kevésbé függenek a felnőttek érzelmi befolyásától.

Az élménybeszámolók tanulságai

2. táblázat. Az élménybeszámolókban előforduló szavak átlagos száma[1]

9-11 év között			11-13 év között		
Obesek	Normálok n = 24	szign. n = 24	Obesek	Normálok	szign.
141	209	$p < 0.05$	168	270	$p < 0.01$

[1] A táblázatokat közli: Geiger-Berghammer (1982).

3. táblázat. A felhasznált beszédidők átlaga (secundum) a rendelkezésre álló 180 sec-ból[1]

11-13 év közöttiek		
Obesek	Normálok	szign.
98	151	$p < 0.01$

A két táblázatból lászik, hogy a normál csoport tagjaiból bőségesebben áradnak az élmények. Megjegyzendő, hogy az egészséges csoportban nem akadt olyan, aki biztatás után sem mesélt volna élményt - az elhízottak között öt ilyen gyermek volt (10%). A normál gyermek tehát - valószínűleg a meleg és nyít nevelői légkör hatására - motivált arra, hogy egy idegen, de barátságos személlyel jó kontaktust teremtsem és kommunikáljon. Ugyanez a kövér gyermeknél nem érvényesül.

Az élmény jellege. Az "átpártolás" korában természetes a kortársakkal közös kalandok keresése, élvezete, veszélyhelyzetek együttes vállalása, közösen elkövetett ártatlan csínytevések: ezek érzelmi töltését s kompetencia-érzés, a képességek kipróbálása és a csoportos élmény adja. Míg a kövér csoportban egyetlen ilyen élményt sem hallottunk, a normál gyermekek 33%-a mesélt ilyen eseményről. Iskolai teljesítményről és betegségről, sérülésről viszont az elhízottak beszéltek többször. Mindezek az adiposus gyermekkel szemben megnyilvánuló "zárt" nevelési mód hatására rögzült önállótlanságot, a normál gyermekeknél pedig az ehhez viszonyított "nyílt" nevelés következtében kialakuló kompetencia-érzést és a társakhoz való vonzódást jelzik.

4. táblázat. Az élménybeszámolókban előforduló tevékenységek[1]

A tevékenység	Obesek	Normálok %-ban
Csoportos, mozgásos		
a) Spontán (kaland, játszótéri élmény, fürdőzés, csónakázás)	22	67
b) Szervezett (kirándulás, sport, bál)	12	24
Csoportos, nem mozgásos (éjjeli őrség, tábortűz, közös éneklés, mozi)	16	12
Egyéni, mozgásos	8	12
Egyéni, nem mozgásos	6	2
Evés	16	12
Intellektuális tevékenység	14	24

A pszicholingvisztikai elemzés rámutatott, hogy a többes szám első személyű érzelemkifejezések mindkét korcsoportban a normál gyermekeknél fordultak elő lényegesen gyakrabban: a kicsik között 29% a kövérek 5%-os adatával szemben, a nagyoknál 41% az elhízottaknál adódó 12,5% ellenében.

Feltűnik, hogy az egészséges csoportból jóval többen számolnak be mozgásos élményről, azok között is kiugróan gyakrabban a kortársakkal együtt átélt mozgásélményről. A pszicholingvisztikai elemzés szerint a mozgást jelentő igék a normál csoportban az összes szó 4,3%-át teszik ki, az obesek 3%-os adatával szemben (a különbség szignifikancia-szintje kétmintás t-próbával $p < 0,05$). Ezek az adatok az egészséges gyermekeknél a "nyílt" nevelés nyomán megerősödő aktivitásra, kövéreknél a "zárt" nevelői magatartás hatására az aktivitás elhalására utalnak.

Finomabb pszicholingvisztikai elemezés. A zavar Mahl-féle jelei (Mahl, 1956) - szóismétlés, befejezetlen mondat, krákogás, nevetgélés stb. - előfordulásában nincs lényeges különbség a két csoport között: a beszédzavar-index a kövéreknél 0,018-as, a kontrollcsoportnál 0,014-es átlagot mutat.

Az érzelmi töltést közvetlenebbül hordozó nyelvi jegyek előfordulása között már figyelemre méltó különbséget találunk. Érzelmet hordoznak (előfordult példák):

1. jelzők és határozók: ronda, hatalmas, picike, ütött-kopott (minőségjelzők), rengeteg, egy csomó (mennyiségjelzők), kicsikét, alig-alig, épphogy csak (mértékhatározók), ragyogóan, úgy-ahogy (módhatározók), hirtelen, egyszer csak (időhatározók);

2. kérdések, felkiáltások, humoros fordulatok; indulatszavak (jaj, hoppá, puff), argó-kifejezések (haver, tesó, cucc, cikis), érzelemközeli fordulatok (tiszta szerencse, sajna, kár), hangulatfestő szavak (bütyköl, zsörtölődik, csavarog, megússza, hancúrozik, kucorog, mütyürke).

5. táblázat. A két érzelemkifejező szócsoport átlagos előfordulása az élménybeszámolókban (db)[1]

A szó-csoport sorszáma	9-11 évesek Obesek N = 22	Normálok N = 24	Szign.	11-13 évesek Obesek N = 24	Normálok N = 27	szign.
1.	1.5	3.4	0.01	2.2	2.7	n.s.
2.	0.7	0.9	n.s.	0.6	1.3	0.01
Összesen	2.2	4.3	0.01	2.8	4.0	0.05

[1] A táblázatot közli: Geiger-Berghammer (1982).

Amint a táblázatból látható, szignifikáns különbség áll fenn a kétféle szócsoport előfordulásának összesített átlaga tekintetében a normál csoport javára. Ezenkívül a kisebbeknél a jelzők és határozók használata jelentősen gyakoribb a normál csoportban, a 2. szócsoport alkalmazásában azonban nincs lényeges eltérés a kövérektől. A nagyobb korcsoportban éppen megfordítva: a kontrollcsoport szignifikánsan többet használ a 2. típusú érzelemkifejező szavakból és fordulatokból, mint az elhízottak, és a jelzők és határozók használata terén nincs jelentős különbség kövérek és normálok között. Ezekből az adatokból plasztikusan mutatkozik meg a kövér gyermekekre jellemző alexitímia jelensége: azaz ők kevésbé képesek érzelemtől telítetten, élményközeli módon elmondani és érzékeltetni a velük történt eseményeket, mint a hasonló korú normál súlyú tanulók. Ezenkívül az a tendencia is kirajzolódik, hogy az életkor előrehaladásával a kövérek a jelzők és határozók elsajátítása terén fejlődnek, míg a normál csoport ebben a tekintetben visszaesik, és a 2. szócsoport használata válik gyakoribbá: azaz a kövérek stílusosabbak, szabatosabbak lesznek a kifejezésben, az egészségesek spontánabbak. Tehát az érzelmet legközvetlenebbül kifejező és átélés nélkül alig kimondható fordulatok alkalmazásában kizárólag a normál gyermekek fejlődnek. Motivációs szempontból ez a jelenség arra mutat rá, hogy az önkifejezési és önmegvalósítási törekvésekre pozitív megerősítést nem nyújtó "zárt" nevelési mód az idők során egyre jobban elsorvasztja a spontán érzelemkifejezés képességét, míg a kognitív téren "nyílt", mozgást, felfedezést és autonómiát jobban lehetővé tevő szülői attitűd hatásai megmutatkoznak az emóciók kongruens közlésében is.

Példák

Az elhízott gyermekek elsősorban arra motiváltak, hogy az anyával való szimbiotikus kapcsolatot fenntartsák, őrizzék, erősítsék. Élménybeszámolóik uralkodó emocionális töltése a dependencia és a passzivitás. Miután ezt korábbi közleményünkben (Geiger és Berghammer, 1982) részletesen bemutattuk, itt csak néhány illusztratív példát adunk közre.

1. Egy 13 éves 2 hónapos kövér leány (6. melléklet) pl. gyermektársakkal volt a Balatonon, de érzelmi élményében csak a felnőtteknek (tanárnő, anya) van szerepe, valamint a testfelszíni élmény is fontos (a víz melegsége). Egyetlen érzelemkifejező verbális fordulata a "jó volt".

2. Egy 11 éves 6 hónapos elhízott fiúnak a nyári munka azért jelentett nagy élményt, "mert anyukám is ott dolgozott". Ezenkívül még a fizetésnek örült, amiből - önálló kívánság híján - iskolai könyveket vett (7. melléklet).

Az egészséges gyermekek élménybeszámolóiban ezzel szemben változatos formában jelenik meg az aktivitás-motívum, amit az alábbiakban példákon mutatunk be.

1. Egy hetedik osztályos fiú beszámolóján (1. melléklet) a felfedező kedv és az affiliációs tendencia vonul végig, amint sodró lendülettel mesél falusi nyaralásáról. A tapasztalatszerzés motívuma (tehenek megfigyelése, kerékpározni tanulás, kísérletezés az injekciós tűvel), mozgásélmények (legeltetés, biciklizés, autóra felugrálás,

fröcskölés) és hitelesen hangsúlyozott érzelem-megnevezések (megszerettem, megkedveltem, fájó szívvel gondoltam, érdekes volt) tarkítják.

2. Egy ötödikes fiú elbeszélésében az aktivitás motívuma mint kalandvágy és kíváncsiság tűnik fel (2. melléklet). Kalandjait érzékleti elemekben bővelkedve, elevenen adja elő (ágas-bogas fa látványa, rossz íz, hasfájás, csalán szúrása, recés fal horzsolása, a csokoládé kesernyés íze). Számos érzelemkifejező fordulat színezi a szöveget ("nagynehezen", "tiszta erőmből", "egyből kiköptem", "futottunk, ahogy csak bírtunk"), indulatszavak is előfordulnak (puff, aha). A csősz megjelenésekor dramatizál ("nem megyünk innen") és bagatellizál ("nem törődünk vele"). Nincs tudatos szerkesztés, az emocionális lendülethez alkalmazkodva követik egymást a mondatok.

3. Kortárssal együtt átélt félelmi élményt és önálló problémamegoldást tartalmaz - s ezzel a szolidaritást és az aktivitást egyaránt kifejezi - egy hetedikes lány jegyzőkönyve (3. melléklet). A vihar tombolása és az utcán hömpölygő áradat érzékletesen megjelenik, és szinte magunk előtt láthatjuk a védekezés mozzanatait is (az automata kikapcsolása, a víz feltörlése, az ajtó biztosítása), majd a nagynéni hazaérkezését ("hirtelen villany lett", "nagyon nagy kopogásra nagyon feléledtünk"). Szerepelnek benne megfelelő érzelemkifejezések ("nagyon féltünk" háromszor, "megkönnyebbültünk"), érzelemközeli fordulatok ("ne legyen olyan különösebb baj", "jaj, most mi lesz?"), hangulatfestő szavak ("hülyéskedni", "kucorogtunk"). A közös veszély végigélése, a társsal való szolidaritás adja az élmény különös ízét, ami miatt a záró mondat is ("ez volt az én legszebb élményem") hitelesen cseng, csakúgy, mint az egész beszámoló izgalomtól fűtött hanglejtése.

4. Az aktivitás motívuma mint a külvilágra való nyitottság, érdeklődés, egyfajta "mindent tudni akarok" beállítódás mutatkozik meg egy hatodik osztályos fiú élménybeszámolójában (4. melléklet). Részletesen, sok apró érdekességgel teletűzdelve meséli egy autós kirándulás bonyodalmait, majd a balatoni fürdés humoros epizódját. Sok helyütt szinte szerkesztés nélkül ömlenek a mondatok. Sok a szenzációszerűen hangsúlyozott tagmondat ("megyünk nagyban", "térdig süppedek", "pillanatok alatt bent voltak a lyukban", "elsuhant mellettünk egy ilyen jó kis indián csónak"), hangulatfestő és argó-kifejezés (koszos, cakk-pakk, döcögve). Közvetlen megszólítást is alkalmaz ("tetszik ismerni?"), majd a végén biztosítja a vizsgálatvezetőt, hogy még sokat tudna mesélni.

5. Az aktivitás motívuma a kihívások keresésében és a sikerorientációban nyilvánul meg egy 6. osztályos fiúnál (5. melléklet). Kissé szegényes szókinccsel, kezdetleges megfogalmazásban meséli el kalandját, de a többiek előtti hősködést megfelelően hetyke, bagatellizáló hangsúllyal adja elő. Találó érzelem-megnevezések fordulnak elő jegyzőkönyvében (féltem, örültem, szerencsésen megúsztam, bánkódtam). Büszkén hangsúlyozza a nagy hal kifogását és a mérkőzés megnyerését.

Összefoglalás és következtetések

A Rudolph-tesztek és az élménybeszámolók tanulságai arra mutatnak rá, hogy

a) a 9 és 13 év közötti, fejlődési kövérségben szenvedő gyermekek jobban függenek a külső emocionális információktól, mint normál kortársaik;

b) míg az elhízott gyermekekben a velük történt események közül a passzivitást és függőséget implikálók hagyják a legmélyebb nyomot, és spontán érzelem-kifejezésre igen kevéssé képesek, a normál súlyú iskolások témaválasztásában a kortársakkal való emocionális közösség és a felfedező kedv domborodik ki, megfogalmazásában pedig a saját érzelmeik közlésére való lényegesen jobb képesség és eszköztár tűnik fel (ez nem foglal magában nyelvhelyességi vagy választékos beszédbeli differenciát).

A motívumok szintjén ez annyit jelent, hogy a patológiás csoport dependencia-motívumával szemben az autonómia és a szociabilitás igénye, annak passzivitásával ellentétben pedig a kompetencia-motívum, a megismerés vágya jellemző az egészséges iskolás csoportra. A fejlődési kövérségben szenvedő gyermekekre csecsemőkoruktól fogva ható "zárt" nevelési mód tehát a motiváció affektív és kognitív dimenziójában érezteti hatását. Ennek messzemenő személyiségfejlődésbeli következményeit Kozéki megállapítása érzékelteti: "Az önálló tapasztalatszerzés, a saját erkölcsi ítélet is alapja a jellemnek" (Kozéki, 1987, 223-224. o.).

Míg a korábban elterjedt kétdimenziós modell a nevelői attitűdökről (meleghideg, illetve engedékeny-korlátozó, pl. Schaeffer, 1959) azt sugallja, hogy a nevelés minden területén előnyös az engedékenység és káros a korlátozás, Kozéki differenciálása szerint az engedékenység csak kognitív téren hoz jó eredményt, viselkedési téren (effektív dimenzió) a korlátok világos közlése és a szabályok betartatása vezet a szocializált, adaptív magatartás kialakulásához. A passzív, önálló kezdeményezéstől mentes, kívülről irányított, minden lépésében kiszámítható gyermek olyan nevelői elvárásnak felelhet meg, amely kognitív téren is konformitásra és másokat másoló attitűdre irányul. Azzal azonban, ha a kognitív dimenzióban bátorítják az önállóságot, az originalitást, a divergens gondolkodást, a viselkedési szférában viszont megkövetelik az alkalmazkodást, a normatartást, a szülők és nevelők kialakíthatják azt a szociálpozitív embertípust, aki érdeklődő, ötletes, vállalkozó szellemű, s arra motivált, hogy kreativitását társadalmilag hasznos mederbe terelje.

MELLÉKLETEK

1. melléklet

Egyszer nyáron láttuk, hogy a teheneket legeltetik, és lementünk a testvéremmel, és első nap nagy üldözőbe vettük őket, és nagyon megkedveltem, és ebben az volt az öröm, hogy arra gondoltam, hogy majd amikor iskolába járok, akkor élővilág órán mesélhetek sokat róla. A teheneket érdekes volt fejni, amikor fejték, érdekes volt, és megtudtuk, hogy a, egy bácsihoz egy fagylaltgyárba az szállítja a tejet, és jó sok teje volt, és mindennap segítettünk legelni. Legelés, legeltetés közben egy ilyen, na, olyan helyekre mentünk, amiket előre kibéreltek, és minden reggel a legeltetésért kaptunk két liter tejet, és egyszer legel, mikor legeltettünk, akkor mindig ilyen patakokon mentünk át, és volt egy töltés, az volt a leg, legérdekesebb, hogy egy, hogy kihozták a karikásostort, és avval kellett legeltetni a teheneket, de úgy, hogy a testvérem is ott volt, és volt egy legeltető, hárman legeltettünk, a legeltető középről, én az egyik oldalról, a tesóm meg a másik oldalról. S mindig mikor kihajtottuk, akkor olyan jó volt, egyszer hajtsuk befelé a nádon keresztül őket, akkor az apu lehozta a biciklit, mert már megvolt, csak akkor még nem tudtunk biciklizni. És hátulról fogta az apu a biciklit, fölültetett rá, és úgy kellett biciklizni, és megtanultunk egyedül biciklizni, hogy egyedül tudtunk menni egyenes úton. Hát és minden nap gyakoroltunk, egy hétig kinn voltunk szabadságon, és egy hét alatt olyan jól megtanultunk, hogy egy ilyen meredeken is le tudtunk már menni. Amikor ... ja, közben a tehenekkel is foglalkoztunk, nagyon érdekes volt, s megtudtuk, hogy ez a bácsi, ennek egy Gaz kocsija van, hasonló a dzsipre, csak nem dzsip, ez a bácsi ott ebben a kilenc kerületben, innét hordja ki a László Kórházból a moslékot. És mindig mikor ment a dzsip, akkor felültünk hátuljára és le, leugráltunk, aztán futottunk utána, újból felugrottunk. Hát ez volt nekem, számomra a legérdekesebb élmény, nyáron ... Az is, hogy hoztak egy ilyen injekciós tűt, és megpróbáltam vele kísérleteket végezni, és a szőlőt be akartam oltani vízzel, szétpukkadt a szőlőszem, mert felduzzadt, és az injekciós tűvel egymást is fröcsköltük, a cseresznyefa alatt, mert van egy fánk, ... de persze dolgozni is kellett. Nyár volt, ... Amikor vége volt a szabadságnak, fájó szívvel gondoltam arra, hogy vége a legeltetésnek, mert nagyon mgszerettem a teheneket.

2. melléklet

Hm ... Láttam barackokat fönn, az óvodának a sarkában volt egy barackfa, és akkor oda, láttam, hogy ott van fönn három barack, vagy kettő, és akkor fel akartam mászni, de hát nem olyan könnyű, mert nagyon ágas-bogas volt, aztán felmásztam a kerítésre, átmentem az ágra, elkaptam, felmentem, aztán nagy nehezen mentem fel, mert hát olyan nagyon ágas-bogas volt, és alig tudtam úgy fölfelé mászni, és aztán már mondták, már majdnem felértem, aztán akkor kiabáltak, hogy sorakozó, mert megyünk be ébédelni, és tiszta erőmből másztam fölfelé, csapkodtam jobbra-balra úgy az ágakat, aztán végül felértem, leszedtem két barackot, aztán mentem le, ahogy tudtam, persze csupa karcolás meg minden voltam, aztán mikor leértem, akkor belekóstoltam a barackba, de egyből kiköptem, olyan rossz volt, aztán gondoltam, majd ebéd után jó lesz, bementünk ebédelni, aztán már nem tudom, hogy milyen ebéd volt, és akkor utána le kellett volna feküdni. Akkor én meg kikéredzkedtem a WC-re, megmostam a barackot, visszajöttem, lefeküdtünk, közben én meg akkor megettem a barackot, és akkor a magját, azt hiszem, nem dobtam ki, hanem valahová leraktam az ágy alá, vagy valami, aztán hát nem aludtam el, aztán végül fájt a hasam, meg minden, aztán óvónéni hazaküldött, aztán otthon meg valamit adtak be nekem, és már nem fájt, másnap már nem volt semmi bajom, csak hát jól összekarcoltam magamat. Arra emlékszem, meg volt egy másik is, hogy ott építették a Pest-Buda mozit, ami

most már kész van, aztán ott laktunk, és láttam, hogy kezdték építeni, csak a befejezését nem láttam, mert már elköltöztünk. És olyan élményem volt, hogy a kerítésre felmásztunk, és átugrottunk a háztetőre, mert nem volt magas, és akkor egyszer meg átmásztunk, jött a bácsi ilyen bottal a kezében, jött, hogy "nem megyünk innen!", aztán jött, ő is át akart mászni, aztán puff, így beakadt a kerítésbe a ruhám, aztán gyorsan kiakasztottam, nagyot estem, bele a csalánba, jól megszúrtam magam, de nem törődtünk vele, futottunk, ahogy csak bírtunk, aztán futottunk a házunk mögé, és akkor ilyen recés volt a fal, és akkor nem figyeltünk, csak futottunk, és puff, nekifutottunk tiszta erőnkből annak a falnak, és felhorzsoltam magamat, a térdem. Meg egy másik, karácsonyi élményem, hogy nagyon szeretem a csokit, aztán egyszer nem volt ott benn a karácsonyfánál, aztán gondoltam, hogy vettek valamit, mert nézték a tévét, anyukám meg a többiek, és akkor bementem, és vettem le egy ilyen csokoládét, hát ilyen kocka alakú vagy milyen volt, és akkor bevittem, aztán alábújtam az ágy alá (nevet), aztán bebújtam, megettem, kicsit kesernyés volt, nem tudom, milyen keserű csoki volt, és akkor a papírt otthagytam. Persze másnap felfedezték, aztán egyből mondták, hogy aha, megint te voltál, te etted a csokit, szóval megtudták.

3. melléklet

Hát nekem legszebb élményem az volt, mikor lenn vidéken voltam egy ilyen kis faluban, és az unokatestvéremnél voltam akkor, és hát kezdett szemerkélni az eső, de még mi kinnmaradtunk, mert a másik háznál építkezés volt, és ilyen homokbuckák voltak, és ott lehetett jól hülyéskedni, de aztán nagyon kezdett esni, hát az unokatestvéremmel egyedül voltunk otthon, mert az anyu, a nagynéném, az ő anyukája, dolgozott, épp délutános volt, és tizenegy óra után jött haza. Éjféli vonattal ... és akkor bementünk, mert elkezdett esni az eső. És hát egyre jobban dörgött, villámlott, az utcán egészen nagy, szóval ilyen nagy gödröket ásott ki a víz, ahogy folyt, egy nagy áradat lett otthon, és az unokatestvéremmel ki akartunk menni, hogy kikapcsoljuk az automatát, vidéki házban kint van az automata, és akkor hát ki is szaladtunk, kikapcsoltuk, akkor visszaszaladtunk nagyon gyorsan, és akkor egyszer azon vettük, hogy ömlik befele a víz a verandára, az ajtón, mert valahogy rossz volt alul, és hát ... sok felmosóronggyal áztattuk, de nagyon is féltünk, és akkor beszed, összeszedtük úgy a vizet nagyjából, kimentünk, kiöntöttük, becsuktuk jól az ajtót, aztán alátettünk valamit, hogy ne legyen olyan különösebb baj, és akkor jöttünk, bementünk a szobába, és akkor ottan lebújtunk egy olyan kis sarokba, és úgy kucorogtunk, féltünk, hogy jaj, most mi lesz, be ne csapjon a házba a villám, szóval nagyon féltünk, és akkor megágyaztunk, lefeküdtünk, és akkor jött haza az anyukája. És minha kopogott volna valami, hirtelen villany lett, szóval gyertyát vett elő, hát nagyon nagy kopogásra nagyon feléledtünk, és hát azon vettük észre, hogy hát a Maca nénje jött, szóval az ő anyukája, ő jött ... és akkor mondta, hogy csak az ernyőn kopogott az eső (mosolyogva). Hát nagyon megkönnyebbültünk, aztán másnap már sütött is a nap. Ez volt az én legszebb élményem.

4. melléklet

Hát amikor a Bakonyban voltunk, apuékkal, kocsival mentünk, hát ez nekem egy nagyon jó élményem, idén történt, és az volt, hogy szóval kocsival mentünk. A Bakonyba. Ilyen nagyon alacsony a kocsinak az alja, tehát ahogy ezt mondják, nem a dzsip, hanem az a másik, a Moszkvics kombi, megyünk vele, és látjuk, már előre láttuk, hogy nagyon pocsolyás ott minden, és ahogy, turistaút volt, megyünk nagyba, és egyszer akarom mondani a vezetőnek, mert apunak egy kollégájával mentünk, mondom neki, hogy itt víz van, azt mondja, ne törődjek vele, azt hitte, hogy Gazzal van, mert neki van egy Gaz nevű dzsip kocsija, az minden terepen átmegy, tehát ilyen terepjáró, és hát ... megyünk nagyban, és egyszer csak azt vesszük észre, hogy a kocsi így

félreáll (mutatja), egyik felén jön be a víz. És kinyitjuk az ajtót, kiszállok, persze mezítlábas szandálban voltam, most nyáron történt, s térdig süppedek a sárba, ilyen sáros patakba mentünk bele. Ki kellett szállni, bementünk a városba, Palóznaknál volt, és addig begyalogoltunk, és ott a Vörös Csillag Tsz, mert ott is van egy ilyen nevű termelőszövetkezet, annak az egyik traktora húzott ki minket a sárból. És azt beszéltük meg, Csopakon nyaraltunk a SZOT központi iskolájának az üdülőjében, és ott voltunk, és befelé menet, amikor megyünk be abba a kis faluba, városba, akkor, mikor még nem történt meg, tehát ott a félreállás előtt, odafelé láttunk két rókát, egyiknek a szájában egy kakassal, a másiknak meg egy tyúkkal, szaladtak, megláttak, meghallották a kocsit, a zúgást, a kocsi előtt pillanatok alatt bent voltak a lyukban, ott volt az út mentén a lyuk, rókalyuk, aztán visszafelé menet pedig egy ilyen hosszú siklót láttunk. Traktorral kellett menni, egy ilyen kis traktorral, bementünk, és azt mondtuk, hogy egy óra múlva ott vagyunk. És megyünk, és erre nem volt a közelben autómosó, csak Veszprémben. S elfelejtettünk autómosást csinálni. Akkor jutott eszünkbe, hogy autómosás is kellett volna, mikor már a teteje kész volt. Mikor az egész kocsit megcsinálták, és tehát kész volt, tiszta volt, akkor az alján, előrementünk, és lehetett látni alul, hogy ilyen vastagon, öt centiméter vastagságban állt a sár, s akkor gyorsan lemostuk alul, de mikor alul lemostuk, akkor megint fölül lett koszos, akkor még egyszer le kellett mosni fölül (nevet), fölül is lemosták, és összesen 1200 Ft-ba került, az egész cakk-pakk, akkor még a kerekeket is le kellett mosni, ki kellett cserélni a gumit, mert tűbe mentünk, és le is eresztett a gumi, tehát úgy döcögve mentünk, mert az egyik kerék ilyen lapos volt, és akkor mindig a fordulatnál így bement a kerék egy kicsit, döcögve mentünk le, az autósztrádán, mert ott van egy ilyen autósztráda, és sokat játszottunk. Meg a Balatonon, ott a csopaki üdülőbe mikor visszamentünk, letusoltunk, és kimentünk játszani. S tetszik ismerni, van ez a gogo nevű játék, ilyen tányér, amit dobálni kell, s bementünk a Balatonba, jó meleg volt víz, eső után jó meleg, s így megdobtuk. S így itt állt a bal oldalon apu meg a barátja, a másik két oldalon meg a két gyerek, mármint a barátom meg én. És közben, mikor én nem figyeltem oda, mert elsuhant itt mellettünk egy ilyen jó kis indián csónak, hajtották a gyerekek, odanéztem, közben apu meg a barátom helyet cseréltek. Nem vettem észre, és apu hajította meg a gogót, és így fejen talált. És megszólaltam, hogy ki volt az a marha (nevet). Persze nem kaptam ki, mert nem láttam, hogy ők helyet cseréltek. Mert hogyha tudom, hogy helyet cserélnek, akkor biztos nem mondom ezt. De annyi élményem volt még, ez volt a legszebb, a bakonyi.

5. melléklet

A mamáéknál voltunk, bicikliztünk, és versenybiciklim volt, és nem volt első, hátsó fékje, és jöttünk le egy meredek lejtőn, és pont ott volt az út. Az országút, ahogy ment, és azon féltem, hát ... a többi gyerek hát mondta, örültem is, hogy ha ezt megúszom, a többi gyerek is mondta, hogy lassan menjek, és én néztem már, mentem jó gyorsan, mert nem volt fékem, és néztem, nem jön-e kocsi, és szerencsésen megúsztam ezt, hogy nem jött nekem egy kocsi. És (vállrándítással) akkor hazamentem, és megcsináltam a biciklit ... Volt egy olyan is, hogy elmentünk ott lent a mamáéknál horgászni, és hm, a többi gyerek ilyen kicsi halakat fogott, meg hát először én is, aztán bánkódtam, mondom hát ... abbahagyom, és épp a, épphogy az utolsó, mentünk volna, akkor ... fogtam egy kékilós pontyot! Hát ez jó volt, örültem neki, hogy hát fogtam. Nemcsak kis halat, hanem nagy halat is ... Aztán meg fociztunk, aztán nagy gyerekekkel, mi még többen voltunk kicsik, és azt hittük, hogy elvesztjük ezt a játszmát, az elején 2:1 volt, és megvertük őket 3:1-re!

6. melléklet

Amikor először fürödtem a Balatonban, akkor harmadikos voltam, akkor az akkori tanárnőmmel, Mária nénivel mentünk el, és ... szép, szóval meleg nap volt, és ahogy beértünk a táborba, még meg se vetettük az

ágyakat, ki se pakoltunk, mink voltunk azok, akik elsőre mentünk megfürdeni, és hát szóval másnap már rögtön írtam is az anyuéknak, hogy hát milyen jó volt, mert meleg volt a víz, meg aztán akkor voltam életemben először ... Balaton mellett ... hát ... (17 sec szünet). Több nincsen.

7. melléklet

Hát nekem az volt az élményem, hogy nyáron elmentem egy hónapra dolgozni, aztán ott voltam ruhatáros, és nekem nagyon jó volt, mert anyukám is ott dolgozott, és ott együtt dolgoztunk, és ... és én is úgy szerettem oda járni, mert akkor már tudtam, hogy én is pénzt keresek, és én annak annyira örültem. S amikor megkaptam a fizetést, ezerkétszáz forintot, akkor megvettem a könyveimet, a füzeteimet, és ... hát mást nem vettem a pénzből, de még mindig van belőle ... egypár forint.

A kézirat a szerkesztőségbe érkezett: 1990. október 16.

IRODALOM

Barta L., Geiger Á., Molnár M. (1975). Kóros kövérség és sovány ság a gyermekkorban. In: *A gyakorló orvos könyvtára, 176.* Medicina Könyvkiadó, Budapest), 38-64.

Beghammer R., Geiger Á. (1989). Emocionális reakciókészség fiatalkori elhízásban szenvedőknél. *Magyar Pszichológiai Szemle, XLVI*, 247-257.

Bruch, H. (1961). Conceptual confusion in eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 133.* 46-54.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders - obesity, anorexia nervosa and the person within.* Basic Books, New York.

Geiger Á. (1978). A testhatárok szerepe a juvenilis obesitas tünettanában. *Magyar Pszichológiai Szemle, XXXV*, 33-44.

Geiger Á., Berghammer R. (1982). Külső kontroll, érzelmek felismerése és kifejezése kövér gyermekeknél. *Magyar Pszichológiai Szemle, XXXVIII*, 260-271.

Kozéki B. (1975). *Motiválás és motiváció.* Tankönyvkiadó, Budapest.

Kozéki, B. (1985). Motives and motivational styles in education. In: Entwistle, N. (ed.), *New directions in educational psychology.* The Falmer Press, London, 189-199.

Kozéki B. (1987). *Moralitás és jellemfejlesztés.* Tankönyvkiadó, Budapest.

Lénárd F., Forrainé Bánlaki E. (1961). Az érzelmek felismerése arckép alapján 7-17 éves korban. *Pszichológiai Tanulmányok, III.* Akadémiai Kiadó, Budapest. 267-283.

Mahl, G. F. (1956). Disturbances and silences in the patient"s speech in psychotherapy. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 53*, 1-15.

Mérei F., V. Binét Á. (1972). *Gyermeklélektan.* Gondolat Kiadó, Budapest.

Shaeffer, E. S. (1959). A circumplex model for maternal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology, 59.* 226-235.

SUMMARY

Study on school-aged children's expression of emotions, from motivational aspects

Berghammer, Rita

The present study is aimed at adapting Kozéki's system of motivations to the emotional experiences of a pathological and a normal school-aged group.

Fifty-one pupils with developmental obesity and 51 normals, from 9 to 13 yrs were involved in the study. In the Rudolph test the obese group identified the emotional (mimical) information better than the control group. On the contrary, normals were found to express their own emotions at a higher level: the analysis of their oral reports of experiences revealed more motives for activity and competence in normals and more for passivity and dependence in obese children, from the aspect of the content. The psycholinguistical analysis showed a significantly higher incidence of verbal elements expressing emotions in the normals' reports.

The interpretation of the results is given within the framework of the above motivational theory (closed-open educational style, passivity-activity motives) and in terms of Bruch's concept (the dichotomy of dependence-autonomy). The author makes an attempt to match the two conceptions, which could be reconciled on the basis of their developmental and educational psychological relevance.

MAGYAR NÉPMESÉK NEGATÍV NŐALAKJAIRÓL*

ENDRESZ HAJNA

A dolgozatom empirikus alapokon született kategóriarendszert mutat be magyar népmesékben szereplő negatív nőalakokról. Arra a kérdésre keres választ, hogy mi a pszichológiai oka annak, hogy a népmeséinkben szereplő negatív nőalakok időnként sokkal árnyaltabbak, izgalmasabbak, mint a pozitívak. Másik kérdése, hogy léteznek-e valóban azok az archaikus alakok, tipikus negatív nőfigurák, amelyekre állandóan hivatkozunk a köznyelvben. Az Ortutay Gyula által válogatott 412 magyar népmese nőalakjait vizsgálva a szerző 22 markánsan elkülönülő típust talált, mindegyikre jellemző külső megjelenéssel, tárgyi és kapcsolati környezettel és a mese cselekményében elfoglalt szereppel. A szerző ezeknek a jellegzetességeknek a leírását, valamint pszichodinamikai szempontú értelmezését kísérli meg, amelyből a jelen tanulmány három kategóriát mutat be részletesebben.

Ha az ember elkezdi figyelni a nőalakokat a népmesékben, az a legerősebb impresszió, ami éri, hogy amíg a pozitív nőalakok elnagyoltak, egyszerűek, szürkék, kevés dolog derül ki róluk, addig a boszorkányok, gonosz mostohák és más negatív női szereplők gondosan kidolgozottak, árnyaltak, izgalmasak. Ehhez kapcsolódik másik ösztönzőm a témaválasztásban: az az érzésem, sejtésem, hogy velem együtt sok nőtársam küszködik azzal a problémával, hogy a női létnek, léleknek vannak olyan oldalai, melyeket a társadalmi normák, etikai elvek negatívnak minősítenek, tiltanak, ugyanakkkor az emberlánya érzi, hogy mélyen archaikus, fontos megoldás- és viszonyulási formák, melyek integrálására, kifejlesztésére magunkban a női lét teljességéhez szükség van. A férfi-társadalom és racionális elvű korunk reakciója ellentmondásos ezzel kapcsolatban: elméletben, a tudományokban és főleg a művészetekben ősidők óta megsejtett és elfogadott, hogy a nőiséghez szorosan kapcsolódik, lényegével összefonódik a homály, az irracionalitás és a sötétség, ugyanakkor a hétköznapi életben kevés férfi fogadja el partnerének vagy akár anyjának vagy lányának irracionálisabb, homályosabb arculatát mint lehetséges viszonyulási formát. Nem destruktív magatartási mintákról írok, hanem olyan jellegzetesen női reakció- és megoldásmódokról, amelyek a racionalitás rendszerében nehezen elmagyarázhatók, ugyanakkor népmeséink jól megjelenítik őket.

---

* Ez a tanulmány az ELTE - Soros ösztöndíj keretében íródott. A szerző jelenleg a téma továbbfejlesztésén és más népek meséire történő kiterjesztésén dolgozik.

Ezekhez az érzéseimhez adott támogatást és sok új szempontot C. G. Jung tanítványának, Marie-Louise von Franznak a könyve (Franz, 1992), melynek ide vonatkozó legfontosabb gondolata, hogy keresztény ideológiai alapú kultúránkból teljességgel hiányzik az antik anyaistenség sötét aspektusa. "Az anyaistennő fejlődése elakadt, elnyomták, idővel Szűz Mária tiszteletében bukkant fel, ám jelentős szellemi fenntartásokkal és óvatossági rendszabályokkal földies aspektusaival szemben." Szűz Mária alakjából hiányoznak az istennők elementáris ösztön-indulatai, a dühödt, tomboló féltékenység, vagy a mindent szétrombolni, összezúzni, elpusztítani akaró bosszú reakciója. Mindezek az elemi indulatok letiltódtak, elfojtódtak, a tudattalanban árnyékká sűrüsödtek, és gazdagodott, markánssá formálódott belőle a néphitben a boszorkány figurája, a legélőbb és leggazdagabb alak népmeséinkben. Ennek a folyamatnak az intenzitását mutatja az is, hogy a boszorkány az egyetlen olyan mesealak, amely valóban megelevenedett, és hús-vér emberként mutatta meg magát a középkori boszorkányperekben. Jogi eljárás és súlyos, nagyon is valóságos következmények - legtöbbször halálbüntetés sújtotta a jellegzetesen női bűnökkel vádolt áldozatot (Fónagy, 1943; Kulcsár, 1968; Nagy, 1988; Pócs, 1988; Seligman, 1987; Szendrey, 1986).

A női lét homályos, sötét oldalával való foglalkozás vezetett népmeséink nagatív nőalakjainak tanulmányozásához. Ehhez a híres magyar néprajz kutató Ortutay Gyula által válogatott 412 magyar népmesét elemeztem végig, amelyek kellően reprezentálják a Magyarországon jellegzetes népmese kincset. Ezek negatív, sötét vonást hordozó nőalakjait gyűjtöttem össze és próbáltam kategóriákba sorolni. Már itt nehézségekbe ütköztem, mivel elég gyorsan kiderült, hogy egyáltalán nem létezik ilyen kategória, hogy 'negatív nőalakok', egyetlen kritériumot sem találtam, amivel egységesen kettéválaszthattam volna a mesékben szereplő nőket pozitívokra és negatívokra. Találtam erdőben lakó vasorrú bábákat, akik végül csupa jó tanácsot és segítő eszközöket adtak a főhősnek, és gyönyörű tündérlányokat, akik csak a bennük lakozó hadseregnyi ördög kiűzése után lehettek a főhős feleségei, mert addig a legádázabb módokon próbálták elpusztítani, de így maguk lettek a jóság megtestesítői. Ez a változékonyság fejtörést okozott, és rá kellet jönnöm, hogy a negatív nőalakokat egyébként sem vizsgálhatom a pozitívak nélkül, másfelől megnyugtatott, hogy a tündérmesék elég komplexek és valósághűek ahhoz, hogy ellenálljanak ilyen primitív kategorizálásnak. A legfontosabb mégis az volt, hogy mindez igazolni látszott azt az előfeltevésemet, hogy a női princípium homályos oldalát képviselő alakok korántsem egyoldalúan negatívak és visszahúzóak. Ezek után az összes nőalakot kezdtem vizsgálni különös tekintettel azokra, amelyekben ez a sötét, vagy homályos oldal akár külső megjelenésben, akár tetteiben, kihatásaiban megjelenik. Miután az összes ilyen nőalakot kijegyzeteltem függetlenül attól, hogy milyen jelentős szerepük volt az adott mesében, megpróbáltam őket kategóriákba rendezni, melynek során, úgy érzem, sikerült néhány markáns típust találni.

A kategóriák a következők:

1. Csodálatosan teherbe eső anya; természetesen csak azok az alakok kerültek bele, akik negatív vonást is hordoznak a csodás teherbe esés mellett;
2. Főhősnő féltékeny anyja;
3. Fia házasságát akadályozó anya;
4. Mostohaanya, dada, őrző;
5. Pótanya: azok a nőalakok tartoznak ide, akikre rábízzák a hős nevelését, vagy akik megtalálják és felnevelik a kitett vagy kosárban tengerre vetett gyereket;
6. Fogadott varázsló-boszorkány anya: őket a főhős már maga választja anyjának vándorútja során, és bár sok boszorkányos vonást mutatnak, a főhőst egyértelműen segítik céljai elérésében;
7. Öregasszony, aki a vándorúton segítséget, jótanácsot ad: Ez a típus is boszorkányos vonásai miatt került az elemzésbe, nem negatív szerepe miatt;
8. Öregasszony, akihez a főhős szolgálni áll be, és lányai;
9. Asszony, aki saját lányát akarja a főhőshöz erőltetni feleségül;
10. Gonosz ellenség felesége vagy anyja;
11. Tudós asszony, akinek a tanácsát kérik a faluból;
12. Boszorkányok: Ide azok a szereplők tartoznak, akiket maga a mese boszorkánynak definiál;
13. Telhetetlen asszony;
14. Elvarázsló, elátkozó asszony;
15. Titkokat kikutatni akaró, kíváncsi nő;
16. Férjét megcsaló, vagy férjére támadó asszony;
17. Pletykáló, titkot továbbadó, ezzel bajt keverő nő;
18. Örökké monoton munkát végző, elátkozott nő;
19. Gonosz szerető;
20. Lusta lány;
21. Férjhez menni nem akaró lányok;
22. Féltékeny nővér.

Egy-egy mesében szereplő nőalak több kategóriába is tartozhat, az volt a fontos számomra, hogy minden negatív vagy boszorkányos vonást hordozó szereplőt be tudjak sorolni legalább egy típusba, egy se maradjon ki az elemzésből.

A típusok objektív leírása után következett a pszichológiai munka: arra voltam kíváncsi, hogy ezek a kategóriák, amelyek jellemző korú, külső megjelenésű és a különböző mesékben azonos szerepet betöltő nőalakok csoportjai, pszichológiai szempontból milyen dinamikát jelenítenek meg. Munkahipotézisként a tündérmeséket, mint a főhős egyéni pszichológiai fejlődését bemutató kollektív lélektani anyagot tekintettem M-L. von Franz (Franz, 1988) munkássága nyomán. A jelen tanulmányban a 22 kategóriából 3 részletesebb bemutatására vállalkozom.

Fogadott varázsló-boszorkányanya (6.)

Ez a nőalak, bár rengeteg boszorkányos vonást visel magán, egyértelműen pozitív, sőt, a legtöbb idetartozó mesében segítsége nélkül semmire se menne a főhős. Külsőleg teljesen boszorkány: vasorrú bába, vén banya, fekete kígyókirály felesége, gonoszok úrnője, vagy egyszerűen vénasszony a sötét erdő közepén. A főhős(nő) vándorútja során találkozik vele, és vagy szolgálni áll be hozzá, vagy segít neki valamiben, ami után az fiává-lányává fogadja. Attól fogva mindennel ellátja, amire szüksége van. Fontos motívum az, hogy a főhős(nő)nek majdnem mindig viszonzásképp segít, nem maga keresi a kapcsolatot vele. Ez azt jelenti, hogy kiértünk a kisgyerekkorból, a főhős már nemcsak kap, meg is kell szolgálnia fogadott anyja hatalmának maga mellé állításáért. Ezt jelzi az is, hogy a mesének ebben a szakaszában már mindig a házasság a főhős vádorútjának a célja. Másrészt különös, hogy a főhős(nő) gonosznak látszó hatalmat állít fejlődése szolgálatába. A legtöbb jellemző elemet magába foglaló mese a kategóriánk szempontjából talán az "Aranyszőrű bakkecske" című. A főhős szegény fiú, akit már nem tudnak eltartani szülei, így 20 évesen elindul szolgálatot keresni. Útja során anyja tanácsának megfelelően kiszabadít egy nyulat, egy rókát és egy farkast a csapdából, akik ezért felajánlják segítségüket, ha bajba jut. Sötét erdőben egy házhoz ér, ahol egy banyát talál térdig érő vasorral, akinek szolgálatába szegődik. Három nap egy esztendő, három aranyszőrű kecskéjét kell megőrizni, amelyek minden nap ellenek. A kecskék, mikor a fiú elalszik, elszöknek, nyulakká változnak, de állatsegítője, a nyúl segítségével megtalálja őket. Másnap már kilenc kecskét kell hazahajtania, amelyek csirkékké változnak, de a róka segítségével ez is sikerül. Harmadik nap már tizenöt kecskéje van, amelyeket fekete birka képében maga a banya őriz juhászként. A farkas, társai segítségével kiválasztja őket, és így most is sikerül őket hazahajtani. Még azt is megmondja a gazdájának, hogy mit kérjen másnap fizetségül. Úgy is lesz, elkéri a szennyes inget, rozsdás kardot és a három aranyszőrű bakkecskét, amit a banya némi vonakodás után oda is ad. S ha már odaadta, ad mellé egy zacskó aranyat is, meg néhány jótanácsot. Elmondja, hogy a szennyes ing viselője sebezhetetlen lesz, a rozsdás kardé legyőzhetetlen, de nem szabad levennie az inget, mert akkor bármilyen kis eszközzel megölhetik. Elmondja még, hogy nem messze van egy királyság, ahol szomorú lányát annak adja a király, aki megnevetteti. Ha pedig bajba kerülne, jöjjön csak el hozzá, majd ő megsegíti. El is indul a fiú, és a kecskéihez ragadt népekkel megnevetteti a királylányt, és feleségül veszi. Erre hadat üzen a szomszéd király, mert nem az ő fiáé lett a királylány. A főhős visszamegy az erdőbe a banyához, hogy elhozza varázseszközeit, melyeket otthagyott, majd azok segítségével legyőzi az ellenséget. A királyt megöli, fiát fogságba ejti, akibe beleszeret felesége, mert az királyfi. Lejár hozzá beszélgetni a börtönbe, és kitervelik, hogy kicsalja férjétől a varázseszközöket, és így majd meg tudja ölni a főhőst, és a helyére lép. Így is lesz, az elárult fiú annyit kér csak, hogy feldarabolt testét egy zsákba téve kössék a lovára, hadd egyék meg a farkasok. A lova azonban elviszi az erdőbe az öregasszonyhoz, aki feldarabolja, összegyúrja, élesztővízzel meglocsolja, majd hétszerte szebb és erősebb legényt gyúr belőle. Magához tér, sóhajt, hogy milyen nagyot aludt, és mikor megtudja az igazságot, megköszöni a vén banyának. Kap tőle még egy tollat, amivel azzá változik, amivé akar,

majd madárként visszarepül a királyi udvarba. Gyönyörű almafává változik, ami megtetszik a királynak, de felesége ráismer, hogy ez csak a férje lehet, kivágatja és elégetteti. Egy kis halom forgács azonban megmenekül, mert megkéri a szolgálóleányt, hogy titokban dobja ki az udvarba, vadkacsává változik, és a királyt egy tóba csalja, aki hogy megfoghassa, leveszi ingét, leteszi kadját a tópartra, melyeket a főhős így vissza tud szerezni. Megöli vetélytársát, majd a királynét is, hiába akarja visszakönyörögni magát. Elveszi a hűséges szolgálóleány, akiről kiderül, hogy szebb, mint a királyné. Végül elhozatja a szülét az erdőből, hogy ne boszorkánykodjon ott, hanem legyen a nagyanyjuk. El is jön, és tisztes, koros vénasszonyként él a királynál. A mese vége természetesen hétországra szóló lakodalom.

A mese kezdetén a főhős 20 éves, tehát érett fiatalember: ideje, hogy saját élete kialakítását elkezdje. Anyja tanácsát megszívlelve segít a bajbajutott állatokon. Pszichológiai szempontból ez azt jelzi, hoy jó anyja hatására kialakult pozitív animarésze segítségével jó kapcsolatot tud kialakítani ösztöneivel. A három megsegített állat három fokozatot képvisel, amely itt eljut a veszedelmes, agresszív ösztönök, a farkas, megszelidítéséig, saját céljai szolgálatába állításáig. Így kellően felvértezve érkezik a sötét erdőbe a banyához, aki itt még egyértelműen a gonosz, a negatív női princípiumot jeleníti meg. A főhős azonban, kis meghökkenés után, amit a vasorrú bába megpillantása okoz, mintha semmit se venne észre csúnyaságából, gonoszságából, édes öreganyjának szólítja, és szolgálatába szegődik. A szolgálat elemeit az "Öregasszony, akihez a főhős szolgálni áll be" kategóriánál elemzem, mert itt nem ez az egységes jellemző. Tehát a főhős kiállja a próbát, átlát a banya gonoszságán, de egy szóval sem említi, hogy a legeltetés közben gondjai lettek volna. Megkapja kiérdemelt fizetségét, amit itt a farkas sugallatára választ ki. A banya erre pénzzel és jó tanácsokkal látja el. A gonosz női elem segítővé változik szép lassan, aminek csúcspontja majd a fiú felélesztése lesz. Azt kell gondolnunk, hogy ebben része van a fiú tapintatának is. Kezdettől fogva szívélyesebb és segítőkészebb a fiú ebben a mesében a banyához, mint a többi mesebeli hősök hasonló helyzetben. Kemény élet-halál harc folyik köztük, ám az egymással való kommunikációban ezt egyik se mutatja a másik felé. A felszínen olyan, mintha teljesen rendben mennének a dolgok, a fiú semmilyen utalást nem tesz arra, hogy ne bíznék meg teljesen az öregasszonyban. Fontos az is, hogy megkapván a kecskéket, az inget és a kardot nála hagyja, annak jóindulatára utalja magát. Az öregasszony most már rá is szolgál a bizalmára, sőt végül ő adja vissza életét. Tehát úgy tűnik, hogy a fiú az állatok megszelidítése után szép lassan a gonosz vasorrú banyát is megszelidíti, betetőzve azzal, hogy végül magához veszi, így az tisztes öregasszonnyá válik a királyi udvarban. Ha az öregasszonyt a fiúban dolgozó negatív női elemként fogjuk fel, akkor a mese ezen fonala azt mutatja be, hogyan integrálható, állítható a fejlődés szolgálatába az eleinte destruktív árnyékként jelentkező animarész. Ebben nem csekély szerepe van a türelemnek, és egyfajta hallgatólagos tapintatnak, amire M. L. von Franz is felhívja a figyelmünket idézett munkájában (Franz, 1988). Az intenzív fejlődésben lévő lélekrésznek szüksége van erre a fajta türelemre és tapintatra, mert szélsőséges reakcióiban, amelyek a dinamikus fejlődés velejárói, nagyon sérülékeny. Ha a hétköznapi kommunikációban a tudat keresztтüzébe állítjuk, minősítjük, akkor könnyen előfordulhat, hogy megakasztjuk,

stabilizáljuk abban a szélsőséges formában, amiben éppen van. Ezt a mechanizmust fejezi ki a mesékben az a gyakori elem, hogy a titkos-tiltott szobában egy szörny lakik, akit a behatoló megpillantva felszabadít, ezzel még hosszú kálváriát okozva magának. Legtömörebben és legszemléletesebben számomra ezt a "Szerencséd, hogy öreganyádnak szólítottál!" kifejezés fogalmazza meg, ami minden boszorkány gonoszságát enyhíti. A "Ha el tudom fogadni, hogy közöm van hozzá, akkor már nem is olyan veszélyes rám nézve" pszichológiai igazságát demonstrálva.

Ha, ahogy eredeti mesénkben is láttuk, a főhős képes kivárni és türelemmel segíteni a negatív elem integrálógását, akkor ebből olyan erőt meríthet, amely így érettebb formában való újjászületését hozza magával, és amely legyőzhetetlenné teszi. Saját árnyékunk feldolgozása, megismerése és elfogadása olyan érettséget, olyan pozitív kisugárzást ad, amelyet legjobban talán tényleg a bölcs és igazságos király, vagy a mindentudó tisztes öregasszony képzete ír le.

Tudós asszony, akinek a tanácsát kérik a faluból (11.)

Ez a figura áll legközelebb a magyar néphit boszorkányához (Balassa-Ortutay, 1982; Kulcsár, 1968; Pócs, 1988; Sumner, 1978; Szendrey, 1986): félig reális, félig mágikus alak, akit a mese során valamelyik szereplő felkeres, tanácsát, segítségét kéri, mikor kifogy saját földi tudományából. Szomszédasszonyok, ördöngős asszonyok a falu végén, bábaasszonyok, cigányasszonyok, és tudós asszonyok. Fellelhetjük a magyar néphit boszorkány motívumainak egész sorát: eszközei kártyavetés, babhúzás, tenyérjóslás, fonállal megkötés, emberi fej főzésével halottidézés, állattá varázslás, ember és ördög elleni praktikák. A népmesei tudós asszony is lehet "fekete", vagy rontó boszorkány, aki csak rosszra képes, lehet "szürke", aki jóra és gonoszságra egyaránt kapható, és "fehér" boszorkány, akik hatalmukkal csak segítik az embert. Legtöbbjük, mint ahogy a boszorkányperek anyagából is ez derül ki (Biederman, 1989; Kulcsár, 1968; Nagy, 1988; Seligman, 1987), a "szürke" boszorkány kategóriájába tartozik. Leggyakrabban csak teljesíti a hozzáforduló kérését: kiválasztja, melyik nem az ő gyereke, megidézi a halott kedves szellemét, kideríti, hogy a lány szeretője valóban az ördög, megmutatja, hogy szabadulhat meg férje állati külsejétől. Azonban ezzel olyan gonosz erőket szabadít el, olyan titkokat nyit fel, amelyek a hős halálát, vagy hosszú további szenvedését okozzák. Azt hiszem, ez a rossz tudás, a fekete mágia lényege pszichológiai szempontból: vannak olyan titkok, tudattalan erők, melyeket nem szabad bolygatni, mert felszínre, tudatközelbe kerülésükkor romboló erőre tesznek szert. Ez a probléma a pszichoterápia egyik sarkalatos pontja is, ahogy analógia is húzható a földi tudományából kifogyott mesebeli szereplő tudós asszonyhoz fordulása, és az élete problémáiban elakadó mai ember pszichológustól, pszichiátertől való segítségkérése között. Ha egy komplexust pszichoterápiás munkával sikerül a tudathoz közelíteni, akkor az én energia felszabadulást él meg, és ez gyógyulásának eszköze lehet. Ha azonban a felszabaduló energia túl nagy, akkor teljesen elöntheti, megszállhatja a tudatot, és az már komoly veszélyekel, a kontroll és a fejlődés ideiglenes vagy végleges elvesztésével járhat (Jung, 1948; 1987).

Vannak azonban olyan mesék, ahol a tudós asszony valóban jó tanácsot, segítséget tud adni a hozzá fordulónak, és ez pszichológiai értelemban akár pozitív pszichoterápiának is tekinthető. A "Rupcsen-Hencsen" című mesében egy szegény lány szolgálni indul, mert a szülei még ruhát se tudnak neki venni, hogy férjhez adják, nem tudják eltartani. Épp a királyhoz téved be, s mikor az megkérdezi, mi a mestersége, ijedtében, megilletődöttségében azt találja mondani, hogy a szalmából aranyat tud csinálni. Megörül a király, bezáratja egy nagy kazal szalmával, hogy csináljon belőle neki aranyat, mert ha nem, akkor fejét véteti. A lány elkeseredetten zokog a sötétben, de már nem vonhatja vissza szavát. Egyszercsak egy titkos ajtón feljön egy háromaraszos emberke, aki felajánlja segítségét, ha cserébe megkapja a lány apjától kapott gyűrűjét. Odaadja a lány boldogan, másnap a selyemkeszkenőt a nyakából és harmadnap neki ígéri leendő gyermekét is. A király boldog, és elveszi a lányt feleségül, aki aranyhajú gyereket szül neki. A kisfiú szépen fejlődik, de a királyné örökké sír, fél, hogy mikor jön el a törpe behajtani tartozását. Már iskolás a kisfiú, mikor elmegy tanácsért a falubéli ördöngős asszonyhoz, hogy mit tegyen. Elmondja neki élete történetét, és ezek után azt a tanácsot kapja, hogy mikor eljön a háromaraszos emberke, mondja azt, hogy nem adhatja, mert akkor a király megöli őt. Erre az azt fogja mondani, hogy akkor három napot még ad, de ha akkor nem találja ki, hogy mi az ő neve, akkor elviszi a gyereket. Háromszor próbálkozhat, és ha kitalálja, akkor maradhat a gyerek velük. A tudós asszony elmeséli, hogy erdőben járt, mikor egyszercsak meglátta a törpét, aki azt mondogatta, miközben ugrált, hogy senki nem tudja az ő nevét, pedig az ő neve Rupcsen-Hencsen, de megkéri az asszonyt, hogy senkinek ne mondja, hogy tőle tudja a nevet, mert akkor oda az élete, majd ő is titoktartást ígér. A királyné hazamegy és minden úgy történik, ahogy az asszony megjósolta. Elsőnek két közönséges nevet mond, amitől elbízza magát Rupcsen-Hencsen, majd harmadszorra kimondja a navét, amire olyan dühbe gurul, hogy szétveti a méreg. A királynő eltemeti, és boldogan élnek tovább.

A mese kezdetén a főhősnő elhagyja a szülői házat, és szolgálni indul a világba: ez mindig a pszichológiai fejlődés kezdetét, az első lépés megtételét jelzi a felnőtté válás útján. Magának kell megszolgálnia ruhája árát, amiben majd férjhez mehet, az érett én, a felnőtt szerepek kialakítását nem kaphatja meg szüleitől. Nem ismervén fel, hogy hol jár, egyből a királynak ajánlja fel szolgálatait, majd megijedve olyat ígér, ami túl van erőhatárain, képességein. A király a belső mikrokozmosz, a teljes lélek uralkodója, a legfelső fórum, a jungi mélymag szimbóluma, amily kollektív értékeket képviseli (Franz, 1988). Ebben az értelemben a lány olyan valamivel találja magát szemben, amire még felkészületlen, éretlen. Elhangzik a kérdés: mi a mesterséged? Vagyis: hol tartasz, mik eddigi fejlődésednek eredményei, melyeket fel tudsz mutatni? A lány kincset ígér a szalmából, értékeset az értéktelenből, integrációt a káoszból, tehát gyors és dinamikus fejlődést, az érettség, a bölcsesség megszerzését. Azonban kikerülve a találkozás intenzív érzelmi, energetizáló légköréből, úgy érzi, hogy lehetetlenre vállalkozott, "nincs is olyan mester, aki ezt meg tudná csinálni", és teljes kétségbeeséssel várja a halált. Megint, mint a mesékben és a való életben is oly gyakran, a legmélyebb, legkétségbeesettebb pillanatban jön a segítség: megjelenik a háromaraszos emberke, aki elvégzi a feladatot helyette. A törpék nagyon közel állnak a

női világhoz, a tudattalan csírázó, termő impulzusait képviselik általában, olyan alkotó aktivitást, amily még kialakulatlan fejlődésben lévő (Franz, 1988). Hanem ebben a mesében túlságosan kiszolgáltatottjává válik a lány a törpének, az alvilágból felhozott kincseiért előbb gyűrűjét és keszkenőjét, végül már leendő gyermekét kell cserébe adnia. A törpe a teremtő animus szimbóluma is egyben, de a lány már megint olyan értéket ígér, ajándékoz el, ami még lérte sem jött, meg sem született. Ezzel felületet ad az animus gonoszságának, negatív hatalmának. Amíg csak a vele való szoros jó kapcsolatot ígéri aminusának (gyűrű és keszkenő), addig nincs baj, de mikor fejlődésének gyümölcsét, gyermekét is neki ajándékozza, akkor már destruktívvá válik hatalma rajta. Ebben a helyzetben fodul az ördöngős asszonyhoz "pszichoterápiáért". Az asszony titoktartást ígér, és hogy megpróbál segíteni (terápiás szerződés), majd végighallgatja egész élettörténetét (exploráció), amely a mesében is újra részletesen le van írva mégegyszer hangsúlyozva fontosságát, és ezek után azt javasolja, hogy ne engedjen a háromaraszos emberke gonosz követelésének, hanem nevezze nevén, és ettől majd veszélytelenné válik (feldolgozás, tudatosítás). A dogok nevének megtalálása régi mágikus gyógyító eljárás a mesékben és a néphitben egyaránt (Makra, 1988; Mitológiai enciklopédia, 1988; Sumner, 1978). A gyermeki fejlődésben is van egy olyan időszak, a szó mágikus hatalmának időszaka, amikor a gyerek nem hajlandó a nevét elárulni, hiába korholja, okítja illemre anyja, mert úgy érzi, ezzel hatalmat nyer felette az, aki megtudja. Nevet adni valaminek annyit jelent, mint hatalmat nyerni felette, birtokba venni, uralni. Tehát ezzel végül sikerül legyőzni animusának destruktív hatalmát, megszűnik, mint ellene harcoló önálló entitás, kénytelen visszatérni az "árnyékvilágba", oda, ahova való, és véget ér egy fejlődési fázis.

Férjhezmenni nem akaró lányok (21.)

Az idetartozó szereplők mindannyian királylányok, akik sokszor nagyon gőgösek, mindenesetre olyan próbák elé állítják kérőiket, amit szinte lehetetlen kiállni. Megérkezik a főhős, és neki végülis sikerül, de van hogy még ekkor is abban mesterkednek, hogy elveszejtsék a fiatalembert, hiszen aki elbukik a próbán, annak karóba kerül a feje.

A királylányok kicsit hasonlók az istennőkhöz, a kezük eléréséért, a velük való kapcsolatba kerülésért kitűzött nehéz próbák a lét csúcspontjainak közelébe visznek, krízisbe sodornak, melynek következménye katasztrófa is lehet - lásd elbukott kérők -, de eljuttathat a fejlődés egy magasabb szintjére is, amit mindig boldogságérzésként élnek át. Ezek a királylányok azonban sokszor még büszkék és gőgősek is, ami azt jelzi, hogy még nincsenek készen a férjhezmenésre, és ezért akadályozzák még nehezebb feladatokkal, ármánnyal kezük elnyerését. M. L. von Franz (1988) hívja fel a figyelmet ennek a szakasznak a fontosságára a nők életében a "Csipkerózsika" mese elemzése kapcsán, hogy mennyire szükségük van a fiatal lányoknak erre a "tüskés rózsasövényre", ami a mi meséinkben gőgként, és távolságtartásként jelenik meg, ahhoz, hogy biztonságban, az általa adott védettségben érlelhessék ki még sérülékeny nőiségüket. Erre hozza példaként a görögországi Artemisz kultuszát, ahol a nősténymedve

istennőnek úgy hódoltak, hogy jó családból való 12-18 év közötti lányokat adtak szolgálatába. Ezek a lányok bocsoknak nevezték magukat, úgy viselkedtek, mint a "vadak", nem mosdottak, egyáltalán nem ápolták magukat, és beszédük is nyers volt. Mindez megvédte őket a szexualitás problémái elől ebben a szakaszban, és így a mackóbunda oltalmában szerzett viszonylagos érettséggel léphettek ki az életbe. Azok a lányok, akiknek nem adatik meg ennek a lappangási periódusnak az óvó légköre, túl hamar zuhannak bele a nemi életbe, és emiatt esetleg kiégettek, koravének lesznek, megnehezül további útjuk.

Ezen az egyetemes fejlődési jellegzetességen kívül számos idetartozó büszke királylánynál megmutatkozik a férjhezmenés előtt törvényszerűen jelentkező animus problematika is. Az ezt talán legjobban bemutató mese "A rejtvényfejtő királylány" című. A nagyon szép hiú királylány, mikor eladósorba kerül, kitalálja, hogy csak annak adja a kezét, aki olyat tud tőle kérdezni, amire ő nem tudja a választ. Két hercegkisasszonyával együtt egész nap hatalmas könyveket bújnak, és olyan okosak lesznek, hogy tényleg senkit nem hagynak válasz nélkül, ami a próbálkozók fejébe kerül természetesen. Végül megérkezik a főhős királyfi, aki hűséges kocsisa segítségével olyan furfangos, jelbeszédes kérdést ad fel, hogy tanácstalanul állnak előtte a lányok. Három napja van a kitalálásra a királylánynak, első két nap a szobalányait elküldi a kocsishoz, hogy tudják meg a titkot bármi áron. A szobalányok hízelegnek a kocsisnak, végül vele hálnak, hogy megtudják, mi a rejtvény megoldása, de a királyfi, ahogy kocsisával előre megbeszélték, megzavarja őket, így a lányok ruha és a megoldás nélkül távoznak az istállóból szégyenszemre. Harmadnap a királylány maga megy az istállóba, ahol a kocsisa ruhájába bújt királyfi várja, és a titokért cserébe tőle is szerelmét kérik. A büszke lány teljesíti kívánságát, de neki is az ablakon kell távoznia meztelenül, mikor megbeszélésük szerint a kocsis zörget az ajtón, mintha ő lenne a királyfi. Másnap a rejtvény, amelyet a lánynak az egész nép előtt meg kellene fejtenie már erről az eseményről beszél virágnyelven, de nem fejtheti meg hangosan értelmét, hiszen ezzel magát szégyenítené meg az egész udvar előtt. A királyfi harmadnapi rejtvényéből az is kiderül, hogy a királylány vele hált, nem a kocsissal, és erre a hírre hálásan, szerelmesen ugrik a nyakába a lány.

Azt hiszem, elég egyértelműen kiderül, hogy ebben a mesében a királylány védekezése, férjhezmenéstől való húzódozása animus problematikával kapcsolódik össze. Ahelyett, hogy hímezne, varrna, mint minden rendes királylány, poros könyveket tanulmányoz, és már-már olyan okos lesz, annyira férfias oldala kerül előtérbe, hogy szinte lehetetlenné válik kezének elnyerése, a valódi női oldalával való kontaktusfelvétel. Ekkor megjön a királyfi, aki maga ugyan nem tud elég fogós kérdést kitalálni, de van egy kocsisa, aki túljár a királylány eszén. A szolga a királyfi alacsonyabbrendű énje, mint ahogy a királylány hercegkisasszony szolgálói is ösztönösebb, alacsonyabbrendű részét képviselik. A királyfinak, ha a lány kezét akarja elnyerni, nem szellemével kell feladatot adnia neki, hanem elemibb, ösztönösebb rejtvényt kell kitalálnia, elemi férfiasságával közelíteni, hogy a királylány ne animusával, hanem végre nőiségével reagáljon. Ezt sikerül is elérni, hiszen végül maga is elmegy a vélt kocsishoz megtudni a titkot, és végre nőként kezd viselkedni, csábítással próbálkozik, a testét adja a titokért, de mivel érett férfiakkal áll szemben,

alul marad. Ami alul marad, kudarcot vall, az animusa, de erre a megszégyenítésre, szembesítésre az animus-megszállott lányoknak szüksége is van ahhoz, hogy végre nőként lépjenek elő a férfi maszk mögül. A büszke húzódozó királylány megleckéztetése sorsával jár, nem maradhat el mielőtt házasságra kerül a sor. A mi mesénkben azonban még szükség van arra a nőies tapintatra, és óvatosságra is, amit a királyfi azon tette kifejez, hogy megalázta ugyan a lányt, de vele már ő hált, nem a kocsisa, és ezt tudomására is hozta. Meg kellett leckéztetni a lányt, de azért nem sárba tiporni. Néha hajszálon múlik a kettő különbsége, azonban az egyik fejlődéshez, míg a másik lelki sérüléshez, traumához vezet, tehát pontosan kell érzékelnünk, kinél hol van a választóvonal.

A büszke rátarti királylány figurája, aki nem akar férjhez menni egyrészt egy egészséges igényt mutat meg a női fejlődés útján, viszont, ha ez külön intrikákkal társul a főhős elveszejtésére, a próba kiállásának megakadályozására, akkor már animus problémája is belekeveredett a képbe, ami néhány mesében a próba kiállásával, majd a lány kezének elutasításával végződik emiatt.

A legerősebb globális élmény, ami összeállt bennem a meseelemzések során, hogy mennyire relatívvá válik a jó és a rossz fogalma, amint pszichológiai szempontból nyúlunk a mesékhez. Amikor elkezdtem csoportosítani a meséket, akkor rögtön rá kellett jönnöm, hogyha a kategórizálásba pszichológiai szempontot viszek bele, akkor a pozitív és negatív pólus egy pillanat alatt feoldódik a lélektani dinamikában. Mit értek ezen? Mikor a főhőst sanyargatja mostohája, és elárulja testvére, vagy legjobb barátja nem húzza fel a feneketlen kútból, akkor pszichológiai szempontból új feladatok elé állítják, egyszersmind katalizálják is a fejlődését. Ha nem kerülne ezekbe a nehéz helyzetekbe, ha nem űznék el otthonról, nem választanák le, lehet, hogy még mindig anyja szoknyáján ülne gyermeki kényelemben, és soha nem válna belőle hős, aki a mese végén eléri az érettséget, a boldogságot, a bölcsességet. Tehát bizonyos szempontból a főhős sokat köszönhet ezeknek a gonosz figuráknak. Megint csak az a kérdés, hogy elég erős és teherbíró-e az adott konfliktus elviselésére, vagy összeroppan alatta, és elveszti életkedvét. A népmese, legalábbis a főhős szempontjából, úgy tűnik, hogy olyan szituációt mutat be, olyan próba elé állítja, amire már megérett, vagy közel van terhének elviseléséhez, tehát van, hogy kisebb-nagyobb kerülőkkel, de kiállja. Sokszor előfordul az, hogy a főhősnek több nagyon hasonló szituációval kell megküzdenie egymás után. Például mostohaanyja után még az erdőben is több negatív anyafigurával, gonosz boszorkánnyal találkozik, akikkel egyre sikeresebben tud elbánni. Ilyenkor a negatív anyakép feldolgozásának, hatástalanításának egy-egy fejlődési állomását látjuk. Ez azt mutatja, hogy a népmeséinkben ugyanúgy, mint az életben, nagyon jól működnek az én védelmében az elháritó mechanizmusok. A főhős, mint a reális ember is, nehéz pszichológiai helyzetbe kerülve csak azt a szintjét engedi magához a konfliktusnak, amivel már tud valamit kezdeni, van rá megoldásmódja. Így ez elsőre szinte sosem öleli fel a probléma teljes körét, mert még nem elég erős teljes súlyának elviselésére. Így például először csak kilép a helyzetből, mikor mostohaanyjával konfrontálódik, majd az első boszorkány szolgálatába áll, de már

elhozza kincseit, és végül, mikor a sárkány anyjával szembekerül, akkor őt már teljes sötétségében megláthatja, és képes is elpusztítására.

Végül szeretném elmondani, hogy ezekkel az eredményeimmel, következtetéseimmel nem népmeséink csodálatos gonosz boszorkányait akartam kifehéríteni. Épp ellenkezőleg, arra a gazdagságra, differenciáltságra szerettem volna felhívni a figyelmet, amilyet ezek az alakok dinamikájukkal, szimbolikájukkal képviselnek. Mint ahogy az is meggyőződésem, hogy ha a pozitív nőalakokkal kezdek foglalkozni, ott is számos olyan helyzetet találok, ahol a segítség és gondoskodás olyan kötéseket eredményez, amelyek hátráltatják a hőst és megakasztják őt fejlődésének vándorútján. Mindez inkább a paradox terápiás technikák jelentőségére hívta fel a figyelmemet természetesen amellett, hogy népmeséink ma is nagyon korszerű és rendkívül gazdag analógiás anyagot tartalmaznak a pszichológiai fejlődésünkre nézve, amit nagy kár lenne feltáratlanul hagyni.

A kézirat a szerkesztőségbe érkezett: 1993. január 14.

IRODALOM

Balassa, I. és Ortutay Gy. (1982). *Magyar néprajz*. Corvina Kiadó. Békéscsaba.
Biedermann, H. (1983). *A mágikus művészetek zseblexikona*. Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest.
Fónagy I. (1943). *Mágia és titkos tudományok története*. Tinódi Könyvkiadó, Budapest.
Franz, Marie-Louise (1992). *Női mesealakok*. Európa Könyvkiadó, Budapest.
Jung, C. G. *Bevezetés a tudattalan pszichológiájába*. Gondolat, Budapest, 1949.
Jung, C. G. *Emlékek, álmok, gondolatok*. Európa Könyvkiadó. Budapest, 1987.
Kulcsár Zsuzsanna (1968). *Inkvizíció és boszorkánypörök*. Gondolat, Budapest.
Ortutay Gyula (szerk., 1960) *Magyar népmesék*. Szépirodalmi Könyvkiadó, Budapest.
Makra Sándor (1988). *Mágia*. Magvető Könyvkiadó, Budapest.
Tokarev, Sz. A. (főszerk., 1988). *Mitológiai enciklopédia*. Gondolat, Budapest.
Nagy László (1988). *Erdélyi boszorkányperek*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest.
Pócs Éva (1989). *Tündérek, démonok, boszorkányok*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
Seligmann, Kurt (1987). *Mágia és okkultizmus az európai gondolkodásban*. Gondolat, Budapest.
Sumner, W. G. (1978). *Népszokások*. Gondolat, Budapest.
Szendrey Ákos (1986). *A magyar néphit boszorkánya*. Magvető Könyvkiadó. Budapest.

SUMMARY

Negative female figures in Hungarian folk tales

Endresz, Hajna

The paper describes an empirical system of categories of the typical female figures playing negative roles in the Hungarian folktales. The author was seeking the psychological background of the fact according to which the negative female figures are usually much more elaborated, well-shaped, more exciting than the positive ones. Another question of this same research was to investigate if the female figures often referred to in the common language are to be found in the folktales. 412 Hungarian folktales selected by Gyula Ortutay, were examined and 22 well formed female characters were found, who had a distinct behaviour and played a specific role in the tales. In the paper a description and a psychodynamic interpretation of these characters is provided in the case of three categories.

SZEMLE

MAGYAR PSZICHOLÓGIAI MŰHELYEK A II. VILÁGHÁBORÚ UTÁN (1945-1950)*

KISS GYÖRGY

Budapesti Műszaki Egyetem,
Tanárképző és Pszichológiai Intézet

Az alábbi tanulmány döntően olyan gyakorlati munkahelyek tevékenységével foglalkozik, amelyeknél a neveléslélektan, a munkalélektan, a pályaválasztási tanácsadás kapott hangsúlyozott szerepet. A gyógyító, klinikai pszichológiai munka egy másik tanulmányt igényelne. A háború után ugyanis újjáéledtek a korábban elnyomott, hallgatásra ítélt egyesületek, társaságok, mint pl. a Magyar Pszichoanalitikai Egyesület, és tagjaik újra kezdték tevékenységüket, ha nem is teljesen zavartalanul. Sok helyütt persze még nem pszichoterápia, hanem egyszeri tanácsadás, segítség iránt merült fel az igény, és ezt kívánták megoldani azok az alkalmazott pszichológiai műhelyek, amelyekről az alábbiakban szólunk.

A háború befejezése után, a tudományos és termelő tevékenység beindulásával a pszichológia különböző területein is megpezsdült az élet. A munkapszichológiával összefüggő vizsgálatok kicsit várattak magukra, hiszen az első feladat az üzemek műszaki és gazdasági helyreállítása volt. A Pedagógusok Szabad Szakszervezete Pszichológiai Szakosztálya már 1945-ben megkezdte működését, összegyűjtve így a pszichológusokat és konkrét feladatot is adva számukra (Pázmándy, 1991). Pedagógiai és klinikai pszichológiai tevékenységük mellett a munkapszichológiához közel álló pályaválasztási tanácsadó munkába is bekapcsolódtak, ahol erre szükség volt és a körülmények is megfeleltek.

Így a Pázmány Péter Tudományegyetem Lélektani Intézetében 1945 után is végezték a felvett hallgatók pszichológiai vizsgálatát. Az 1944-45, illetve 1945-46 folyamán összesen 1809 elsőéves hallgatóval foglalkoztak. Teljesítményük - Molnár Ilona pszichológus szerint - nem különbözött az előző években megvizsgáltakétól. Az utóbbi évek eseményei azonban elbizonytalanították az ifjúságot, úgy vallanak, hogy

* A tanulmány az OTKA-III. (ny. sz. 1155) pályázat támogatásával készült.

nem ismerik képességeiket, és minden tanácsot, útbaigazítást az életre, tanulásra szívesen vesznek.

"Mint életének legnagyobb eseményét, legmaradandóbb élményét - 3 hallgató kivételével - mindegyik az ostrommal és a háborús idők egyéb eseményeivel kapcsolatosan említi elsősorban. Gyakran említik, hogy jellemüket egész életükre kihatóan alakították az események" (Molnár, 1947).

Az Egyetemi Lélektani Intézet a termelőszférába nem kapcsolódott be vizsgálatai révén úgy, mint 1945 előtt. Nemcsak a gazdasági körülmények alakultak másként, mint néhány évvel azelőtt, de az egyetemi struktúra is módosult, és - ami esetünkben a legfontosabb - személyi változások is történtek. Harkai Schiller Pál, az intézet motorja, másik egyetemre került, s így az általa irányított gyakorlati pszichológiai munka is, amit az üzemekben végeztek, összeszűkült.

A Lélektani Intézet befolyása is érvényesült a korszak egyik, időben talán legkésőbb készült tanulmányán, amit Perczel József "Az emberi munka tudományos vizsgálata" címmel 1950 októberében adott át a "Rákosi Mátyás" Vas- és Fémművek (Csepel Művek) akkori vezérigazgatójának, Bíró Ferencnek. E munka alapvetően elméleti megközelítésű, és a szovjet tapasztalatokat is igyekszik bemutatni a pszichológia ipari, gazdasági alkalmazására vonatkozóan. A tanulmány a munka vizsgálatában a komplex módszer jelentőségét hangsúlyozza, mivel a munka több tudományterület érdeklődési szférájába tartozik; gerincét a munka megkönnyítésének gondolata képezi, kitér a munkatevékenységet serkentő tényezőkre, mint a munkaörömre, a monotónia hatásának csökkentésére, a munkaszervezés jelentőségére, valamint a dolgozó motívumainak megállapítására és általában ez utóbbiak fontosságára. A szerző szól arról is, hogy a motiváció kutatása megfelelő cselekvéstani teóriába ágyazva Harkai Schiller Pál munkásságának fő irányát képezte.

Jelentős pszichológiai intézményei voltak a fővárosnak is, így mindenekelőtt az 1912-ben alapított Fővárosi Pedagógiai Szeminárium Lélektani Laboratóriuma.

A 90246/1945. VII. sz. rendelet alapján a főváros akkori polgármestere, Vas Zoltán, a Pedagógiai Szemináriumot Székesfővárosi Neveléstudományi Intézetté szervezte át. Az intézmény nemcsak továbbképző, hanem kutató intézetté is vált, tevékenysége kibővült.

A 81107/1945/VII. sz. rendelet 1945. szeptember elsejével Mérei Ferencet nevezte ki a Lélektani Intézet vezetőjévé. A Lélektani Intézet két osztályból tevődött össze. A Pályaválasztási és Képességvizsgáló Osztály az Intézet igazgatóhelyettesének, Radnai Bélának a vezetésével, a Gyermektanulmányi Osztály Jusztné Kéri Hedvig irányításával és az intézet vezetőjének hathatós támogatásával működött.

Az eleinte havonta, később félévenként küldött jelentésekből kiderül, hogy mindkét osztályon nagyon serény munka folyt. Havonta több száz, döntően 14-18 év közötti tanuló számára, pályaválasztási tanácsadást és ehhez szükséges vizsgálatokat végeztek. Részt vettek különböző egyetemi, főiskolai felvételeknél, pl. a Színművészeti Főiskolára jelentkezők, szegényparaszt és munkás tanulók kiválasztásában, akik középiskolai tanulmányaikat állami támogatással folytathatták stb. Üzemi felmérések alapján készítettek pályatükröket.

Annak ellenére, hogy a tanácsadó 3-4000 jelentkező számára ad tanácsot évente, ez nem oldja meg a fővárosi tanulók ilyen jellegű gondjait, állapítja meg egy tanulmányában Radnai Béla (Radnai, 1948). A tanulók ugyanis nem ismerik a foglalkozásokat. Az olyan kérdésekre: "Mi lehet belőled adottságaid alapján?", a tanulók 60 %-a megalapozatlan színes képet fest jövendő életéről és foglalkozásáról. A helyes pályaválasztáshoz tárgyilagos önismeret és a szakmák ismerete is szükséges. Ebben a tanulót a pedagógus hivatott segíteni, már csak azért is, mert a hazai lélektani intézetek száma, amelyek közreműködhetnének e tevékenységben, nagyon kevés.

Az intézet Gyermektanulmányi Osztálya a 4-14 éves korú gyermekek társas kapcsolatairól végzett csoportkísérleteket. A nevelőhatások szerepéről tájékoztattak. A gyermek- és szociálpszichológiai kísérletek eredményeként születtek - elsősorban az intézet igazgatójának tollából - olyan, a hazai pszichológia fejlődésére korszakos hatást gyakorló művek, mint "Az együttes élmény" 1947-ben, továbbá a "Gyermektanulmány" és a "Csoportosulás és társasszerkezet az általános iskolában" 1948-ban.

A közben Budapesti Pedagógus Továbbképző Intézetté átszervezett Szeminárium néhány fős laboratóriuma az akkori időkben, tekintélyes, 15-20 fős létszámmal Fővárosi Lélektani Intézetté növekedett. Komoly nemzetközi kapcsolatokkal rendelkezett, így a londoni Tawistock Intézettel és a zürichi Rorschach-körrel (Köznevelés Évkönyve, 1948).

Bognár József polgármester 93732/1948. VII. ü. o. sz. rendelete 1948. október 5-i keltezéssel a következőket tartalmazza: "A közoktatási ügyosztály jelentéséből tudomásul veszem, hogy a Székesfővárosi Lélektani Intézet vezetőjét, Mérei Ferenc igazgatót a Magyar Köztársaság elnöke az Állami Neveléstudományi Intézet igazgatójává nevezte ki. Ennek alapján őt az intézet vezetése alól felmentem, és a Székesfőváros szolgálatában eltöltött kiváló és eredményekben gazdag munkásságáért részére elismerésemet és köszönetemet fejezem ki. Egyidejűleg az így megüresedett helyre a Székesfővárosi Lélektani Intézet vezetésére Dr. Radnai Béla ipariskolai tanárt küldöm ki" (Bognár J., 148).

Radnai Béla az Intézetet megszűntéig, a Szeminráium 1950. évi újabb átszervezéséig vezette.

Az említett nagy múltú intézményen kívül természetesen más ilyen jellegű intézete is volt a fővárosnak. 1945 és 1950 között működött a Hernád utcai iskolában a Fővárosi Gyermek- és Neveléslélektan Intézet. Vezetője Noszlopi László volt, majd 1948 után Surány Pálné (Krúdy Gyula özvegye).

Az intézet fő tevékenységi köre elsősorban a neveléslélektan körébe tartozott (pl. nevelési tanácsadás stb.), de pályalélektani feladatokat is elláttak: így vizsgálták a Testnevelési Főiskola hallgatóit, és elkészítették a testnevelő tanárok pályatükrét. Érdekes munkájuk volt "A háború és ostrom hatása a budapesti tanulók lelki világára", amelynek adatait összevetették Nagy László 1915-ben elvégzett hasonló célú vizsgálataival (Noszlopi, 1948).

"Az intézet végezte el a háborús főbűnösök ösztönlélektani kísérleti kivizsgálását, 28 háborús főbűnöst vizsgáltak meg a Szondi-féle ösztöndiagnosztikai alapkísérlettel, egyet-egyet lehetőleg 10-10 kísérlettel. Az eredményekről mind Magyarországon, mind külföldön beszámoltak" (Kiss Á. 1948). Megvizsgálták Imrédy,

Szálasi, Jaross és mások pszichikus állapotát és személyiségét. Szondi Lipót is értékelte az Intézet ilyen kezdeményezéseit.

A pszichológia egyik legrangosabb hazai intézménye a Schnell János vezette Állami Gyermeklélektani Intézet volt. 1929-től az intézet gyakorlati munkája a tanulási és magatartási nehézségekkel küzdő gyermekek, illetve szüleik számára történő nevelési- és pályaválasztási tanácsadásra terjedt ki. Az intézet a háború viharait jelentősebb anyagi veszteségek nélkül vészelte át.

A Közoktatási Minisztérium 1945 őszétől a köznevelés megreformálására törekedett. Ebben jelentős segítséget kapott a Magyar Pszichológiai Tásaságtól és a Magyar Pedagógusok Szabad Szakszervezetének már említett Pszichológiai Szakosztályától. A pedagógusoknak tartott tanfolyamok hatására fellelkesültek a vidéki tanítóképzőkben működő tanárok, és kisebb lélektani vizsgáló állomásokat vagy gyermeklélektani társaságokat hoztak létre. Ezen állomások központi irányítását, amire a közoktatás reformja érdekében volt szükség (Pázmándy, 1991), az Állami Gyermeklélektani Intézet végezte. E gondolat minisztériumi mentora, Barra György a következőket írta:

"A jövő perspektívájában tárgyilagos szemmel is nagy lehetőségeket látunk a neveléstudomány vidéki gócainak nagyobb szabású kifejlesztésére; az ország gazdasági helyzete azonban bölcs mérsékletre int, ezért ma még másra, mint e fiókintézetek hálózatának szerves felépítésére, nem törekedhetünk.

Most, hogy az ötödik lélektani tanfolyam indult meg, s rövidesen a tizedik vidéki állomás létesítése fejeződik be, indokoltnak látszik az egész pedagógus társadalom részletesebb tájékoztatása erről az intézményről. Ezért adjuk közre az állomások vezetőinek a központban tartott legutóbbi értekezletéről készült jegyzőkönyv teljes szövegét" (Barra Gy.-Tóth B. 1947).

Az egész ország területén 10-15 ilyen állomás működött nagyobb városainkban. Működésük sajnos nem tartott oly sokáig - néhány esztendőt - és nem volt olyan hatékony, hogy kitermelte volna e városok pszichológus társadalmának magvát. Csak néhányan (pl. Szeged és Debrecen) tudták átmenteni a pszichológia mondanivalóját és presztízsét az eredmények felhasználását biztosító hatvanas évekre.

Kimondottan munkalélektani célokat szolgált az Országos Társadalombiztosító Intézet (OTI) Gyakorlati Lélektani Vizsgáló Állomása. Az Állomás 1945 előtt és után is az 1928. évi 40. törvénycikk alapján, amely "Az öregség rokkantság, özvegység és árvaság esetére szóló kötelező biztosításról" intézkedik, fejtette ki tevékenységét. A két háború között egyes években a tanoncnak jelentkezettek egészségügyi és pszichológiai vizsgálatának száma a tízezer főt is elérte. Ekkoriban elsősorban a fizikai munkakörökre jelentkezőkkel foglalkoztak (Kiss, 1983).

1945 után a Tisza Kálmán téren (Köztársaság tér) lévő, sok bombatalálat érte épületből az Állomás elköltözött az Eötvös utca 3. számú házba. Ebben az időszakban a kb. 5 fős Állomást Noszlopiné Végh Margit vezette az OTI 1949. évi megszűntéig. Ekkoriban nemcsak tanoncokat vizsgáltak, hanem a közigazgatás különböző területeire kerülő alkalmazottakat, tisztviselőket is (Kiss, 1983).

Az ebben az intézményben folyó munkáról személyes tapasztalatai alapján számolt be egy interjúban Csirszka János. Ebből az alábiakban idézünk[1]:

"... A felszabadulás után kapcsolódtam be a munkába, amikor a fogságból visszatértem, 1947-ben. Az OTI-ban Noszlopiné vezette az Intézetet. Az Eötvös utcában, az Egészségügyi Múzeum ötödik emeletén voltunk. Az eléggé jól felszerelt intézetben akkoriban főleg rutinvizsgálatokat végeztünk. Egy rendelet szerint minden ipari tanuló köteles volt alkalmasságvizsgálaton részt venni. Az odaterelt ipari tanulók szűrővizsgálata volt a mi rutinfeladatunk. Csoportos tesztvizsgálatokat végeztünk, és azok értékelése alapján szűrtük az akár valamilyen inadekvát pályaválasztás szempontjából, akár mentálhigiéniailag problematikusokat. Akkoriban Végh Margiton kívül ott volt még a fiatal pszichológus, Gergely Lajos is, aki azután disszidált az 50-es évek elején. Rajtunk kívül volt még 3 asszisztens, többek között Vas-Witteg Erzsébet ... Kabainé Huszka Antónia már csak bejárt az Intézetbe, de nem volt státusban. Előfordult György Júlia is, és bejárt, de státusban nem volt Horváth László is ...

... Később bejárt hozzánk Kardos Lajos mint tudományos tanácsadó. Elbeszélgettünk, okos dolgokról lehetett vele beszélgetni, ez tartott 1949-ig, amikor is az OTI pszichológiai laboratóriumát megszüntették ... Csoportosan vizsgálatokat végeztünk: figyelemkoncentrációra, emlékezetre, analógiai következtetésre, vizuális emlékezetre stb. irányuló rutinvizsgálatokat. Volt egy nagy szoba, és egy előtér a lépcsőházból, amely nem várakozó volt, mert ott tartózkodtak az asszisztensek, akik teszteknek a numerikus értékelését, a standard adatok gyűjtését, és a számításokat végezték. Volt még két kis szoba is, ahol az egyéni vizsgálatokat lehetett végezni. Tehát négy helyiség volt az Eötvös utcában. Szervezetileg az egészségügyi részleggel együtt voltunk, az Egészségügyi Osztályhoz tartoztunk. ... Nem követek el indiszkréciót, ha elmondom, hogy amikor az OTI intézete megszűnt, és "itt volt a világ vége", mert egy rendelet megszüntette ..., megkapta mindenki az elbocsátó szép üzenetet, akkor Noszlopi Margit azt mondja nekem, hogy: "Vigye el ezt a Rorschach-ot magával!" Mondom, hogy ez nem az enyém, mire azt mondja: "Tudja mit, ha magának ilyen érzékeny a lelkiismerete, akkor vigye el kölcsön, megőrzésre, és ha újraalakítódik az OTI-ban a munkapszichológia intézete, akkor majd visszaadja nekem." Igen, én is és gondolom mások is, amit lehetett összeszedtünk emlékbe azzal, hogy ... kár ezt zúzdába adni, vagy a szemétbe hagyni. Szóval, az anyagnak egy része így maradt fenn, tulajdonképpen ... az már ebek harmincadjára került, tehát ami megmaradt, az véletlenszerű" (Csirszka, 1983).

A háború után szerveződött még a Munkatudományi és Racionalizálási Intézet, amelynek vezetői Harsányi István (később egyetemi tanár a Budapesti Műszaki Egyetemen) és Mártonfi Rudolf. Harsányi és Mártonfi a háború előtt és alatt egy "Indorg" elnevezésű magán szervezési irodát tartottak fenn, amelynek pszichológiai alkalmasságvizsgáló részlege is volt.

Alapvetően a vállalatok igényeinek kiszolgálását célzó szervezési és racionalizálási feladatokat ellátó (állami támogatást is kapó) intézmény lényegében az "Indorg"-ból fejlődött ki, ahol a szervezést olyan műszaki és gazdasági tevékenységként

---

[1] A cikkben szereplő interjúk szövegét stilárisan szerkesztve közöljük.

fogták fel, amelyben az ember alkalmassága és általában az emberi tényező is fontos szerepet kap. A belvárosban a Reáltanoda utcában működő intézet a vállalatok - ekkor, 1946-49-ben még magáncégek - megrendeléséből biztosította megélhetését. Az itt folyó munkáról Perczel József visszaemlékezéseiből tájékozódhat az érdeklődő, amiből részleteket idézünk.

"Az INDORG a háború után már nem INDORG-ként működött, állami intézmény volt. Munkatudományi és Racionalizálási Intézet, azt hiszem, hogy a Reáltanoda utcában. Ez az intézet pszichológiai főosztályt létesített, és Kardos Lajoshoz fordult, hogy ajánljon pszichológust. Mártonffy Rudolf és Harsányi István legnagyobb meglepetésére Kardos engem ajánlott, akikkel ők korábban már tárgyalásban voltak, hogy valami közös erőfeszítést végezzünk. A közös erőfeszítés helyett ebből az alakult, hogy Kardos írásbeli javaslata alapján engem alkalmaztak a lélektani főosztályon, amit pszichotechnikai főosztálynak hívtak. Én voltam az első pszichológus, aztán még két vagy három pszichológust alkalmaztak, többek között Réti Lászlót. A gyakorlati munkánk elsősorban alkalmasságvizsgálatból állt. Egyébként ennek a cégnek a neve Munkatudományi és Racionalizálási Intézet volt. Szójátékként az emberek ezt úgy mondták, hogy Mártonfi Rudolf Intézete, mert ugyanazok voltak a kezdőbetűk. És az igazság is körülbelül ennek felelt meg. Mártonfi Rudolf volt az igazgatója az intézetnek, korlátlan hatalmmal, és a pszichotechnikai főosztályt Harsányi István vezette. Az alkalmasságvizsgálat nem az egyetlen területe volt a főosztály működésének. Javaslatomra bekapcsolták az elfáradás vizsgálatának a kérdését is. Éspedig olyanféle módon, hogy egy másik főosztály, amelyik a darabbérezéssel foglalkozott, az időmérés-, az időnormák kidolgozásánál szükségesnek tartotta a fáradtsági tényezőnek az alkalmazását, ami a Taylor-féle amerikai gyakorlat óta standard mód volt: a mért időhöz egy bizonyos százalékot adtak hozzá fáradtsági tényező címen. Én javaslatot tettem az intézetnek, hogy ezt a becslést, a becslés alapján hozzáadott százalékot mérhetővé tegyük és tudományos alapozottságot próbáljunk ezen a területen is biztosítani.

Ez a rendszer alkalmas volt a monoton munkának a leírására, szembehelyezve például a változatos munkának a leírásával. Amikor Kardos Lajos a javaslatomat elfogadta, a Racionalizálási Intézet ezt súlyponti kérdéssé tette, és minden időelemző vagy időmérő mérnöknek kötelező volt tanfolyamokat elvégezni. E tanfolyamokat én tartottam, a hallgatók száma átlagosan 30-40 mérnök, illetve műszaki képzettségű személy volt" (Perczel, 1985).

Mivel a szervezést ennél az intézménynél komplex, a humán tényezőt is figyelembe vevő tevékenységként kezelték, külön pszichológiai részleget is létrehoztak Harsányi István vezetésével. Az Ipari Termelési Tanács, illetve az Intézet folyóirata, a "Többtermelés" több írása is beszámol az ott folyó pszichológiai tevékenységről. Az Intézetnek két laboratóriuma volt, amelyek elsősorban a feladatokban különültek el egymástól. Az egyik a "sofőrvizsgáló laboratórium" volt, amelyet Réti László vezetett. A laboratóriumban folyó munkákról Réti egyik írásában az alábbiak szerint számol be: "Itt csak azokat az alapfunkciókat vizsgáljuk, amelyeket a sofőr-hivatás megszólaltat; nem terjed ki tehát a vizsgálat ismeretekre vagy begyakorlott készségekre. A vizsgálat sokirányú mozzanatait 6 fő csoportra oszthatjuk: 1. az érzékelés-, 2. a figyelem-, 3. az

értelmesség-, 4. a cselekvés-, 5. az ügyesség-, és 6. a személyiség vizsgálatára" (Réti, 1948.)

A másik laboratórium fizikai és szellemi munkakörökre szelektálta a különböző intézményektől küldött jelentkezőket. A "képességvizsgáló laboratórium" egyik munkatársa volt Körmendy Györgyi (Fehér Miklósné) is. A vele készített beszélgetésben elmondotta, hogy a vizsgálatokat az "Indorg"-nál használt tesztek segítségével végezték, az OTI-nál kidolgozott pályatükrök alapján. Használtak olyan eszközöket, mint a Moede-fonaltábla vagy a Bogen-kalitka is, de amit mindenkinél és minden esetben elvégeztek, az az exploráció volt (Körmendy, 1986).

Az alkalmasságvizsgálatokat nemcsak fizikai munkakörökre vonatkozóan végezték, hanem különböző szellemi foglalkozásokra is. Az említett kolléganő egy, a "Többtermelés"-ben megjelent tanulmányában beszámol az Országos Munkabérmegállapító Bizottsághoz felvételre kerülő mérnökök és technikusok pszichológiai vizsgálatáról. "Így amikor az OMB megalakulásakor szükség volt normaelőadó ménökökre, a szakszervezet munkaközvetítő osztálya a munkakörre egyébként (szakmai képesítés, gyakorlat szempontjából) alkalmasnak látszó mérnököket és technikusokat, szám szerint 94-et a Munkatudományi és Racionalizálási Intézet képességvizsgáló laboratóriumába küldte, a munkakörre való alkalmasság megállapítása céljából. A vizsgálatokat január 17-től kezdve több csoportban folytattuk le laboratóriumunkban.

A vizsgálat alkalmával az OMB munkakörök nem voltak, nem is lehettek pontosan kidolgozva, vizsgálataink így a következő szempontok figyelembevételével folytak le, illetve a következő adottságokra terjedtek ki: a) intelligencia, b) műszaki érzék, c) a figyelem tartóssága és pontossága, d) a munkavégzés minősége, e) emlékezet, f) munkában való magatartás (kézügyesség), g) emberekkel való kapcsolat, h) irányítóképesség, i) önállóság (gondolkodásban és személyiségben).

A vizsgálati eredményt nagyrészt a csoportosan végzett feladatok, az ún. tesztek kiértékeléséből nyertük (a, b, c, d, e), a csoportos tesztvizsgálatok után pedig egyéni és kisebb csoportos vizsgálatok egészítették ki a személyiségképet (f, g, h, i)" (Fehérné, 1948).

Bizonyos mértékig ehhez az iparorientált intézményhez tartozott Severini Erzsébet tevékenysége is. Még az újjáépítés időszakában végezte szociálpszichológiai indíttatású vizsgálatát, és 1946-ban jelent meg 100 oldalas "Munkaverseny és a magyar munkás lelkisége" című könyve. Severini - mint műve első fejezetében írja - önállóan dolgozott, saját költségére. A MÁVAG-ban mint segédmunkást alkalmazták 6 hónapra, amíg a vizsgálatokat végezte.

Severini munkájának célját a következőkben határozza meg: "Tanulmányom tárgya ... a budapesti gyári dolgozók munkaversenyének lélektani szempontból való megfigyelése, megragadása és bemutatása. Ennélfogva tanulmányom tárgyához tartozik minden olyan lelki jelenség és lelki megnyilvánulás, amely azokra a gyári dolgozókra, kiket a verseny tartama alatt megfigyeltem, munkájukra, továbbá a verseny keretébe tartozó termelésre valamilyen vonatkozásban kihatással van" (Severini, 1946).

A szerző kutatása tárgyát az interjú és megfigyelés eszközeinek segítségével írta le. Munkája a szociálpszichológia történetének abba a korszakába tartozik,

amelyben elsősorban a kollektív teljesítmény bemutatása volt a cél. Ugyanakkor már átmenetet észlelünk a 3. korszakba is, amikor a csoport erőterén belül a vonzás, taszítás, kohézió és kényszerítés speciális jelenségeit kutatják (Montmollin, 1975).

Severini egyik végső megállapítása a munkaverseny eredményességéről a következő: "Valami foghatatlan áram kering az üzemek levegőjében. Meghatározza azt az igazgatótól kezdve az Üzemi Bizottság tagjai, tisztviselők, munkások, minden egyes gyári személy. Gyakorlati rövidséggel, egyszerűen szólva úgy nevezzük: közösségi szellem" (Severini, 1946.)

Igen jelentős kezdemény volt a Horváth László Gábor által a Magyar Államvasutaknál megindított alkalmasságvizsgálat és az ehhez felállított intézmény. A MÁV Pályaalkalmassági Vizsgáló Állomás 1946 májusában kezdte meg működését, és szelekciós feladatait szervezeti módosításokkal ugyan, de ma is ellátja. A szervezet és vezetőjének kétségtelen érdeme, hogy a pszichológia számára nehéz időkben is folyamatosan végezte munkáját, és az újjászületető pszichológiai közéletben a munkapszichológia egyik jelentős bástyája lett.

A negyvenes évek végén (1949-50-ben) a politikai változások és a nyomukban kialakult gazdasági helyzet a pszichológia alkalmazási lehetőségeit, igényeit leszűkítette. Az állami-társadalmi tulajdonba vett üzemekben, intézményekben a párt ideológiai irányításával nem volt szükség "rafinált burzsoá" módszerekre a dolgozók kiválasztására, munkára serkentésére, mert a legfontosabb szempont a megbízhatóság volt - vezető állások betöltése esetén -, amit viszont nem a pszichológia, hanem a párttitkár volt hivatva eldönteni. Az ország teherbíró képességét meghaladó nagy- és nehézipari beruházások viszont minden munkaerőt felszívtak, így pszichológiai szelekcióra ezen a téren nem volt semmi szükség. Általában a lélektanra sem volt szükség a továbbiakban, csak igen szűk területen.

A tanulmány a szerkesztőségbe érkezett: 1992. szeptember 7.

IRODALOM

Barra Gy., Tóth B. (1947). *Nagy László és Ranschburg Pál nyomdokain.* Állami Gyemeklélektani Intézet kiadása, Budapest, 5.

Bognár J. (1948). *A Székesfővárosi Lélektani Intézet vezetése.* Budapest Főváros Levéltára (BLF), XXVI/634. Budapesti Pedagógus-továbbképző Intézet Iratai, 471/1948.

Csirszka J. (1984). Magnetofonszalagra rögzített visszaemlékezések. Budapesti Műszaki Egyetem. Tanárképző és Pszichológiai Intézet Pszichológiatörténeti Gyűjtemény.

Fehér M.-né (Körmendy Györgyi) (1948). Munkaközvetítés képességvizsgálat alapján. *Többtermelés, 5,* 111-112.

Kiss Á. (szerk.) (1948). *A köznevelés évkönyve.* Budapest, VKM, 281.

Kiss Gy. (1983). A pszichológia ipari alkalmazásának kezdetei Magyarországon. *Magyar Pszichológiai Szemle, XL,* 28-39.

Kiss Gy. (1984). A Fővárosi Pedagógiai Szeminárium Lélektani Laboratóriumának története (1912-1949). *Budapesti Nevelő, 3,* 59-70.

Körmendy Gy. (1986). Magnetofonszalagra rögzített visszaemlékezések. Budapesti Műszaki Egyetem. Tanárképző és Pszichológiai Intézet Pszichológiatörténeti Gyűjtemény.

Molnár I. (1947). Egyetemi hallgatók lélektani vizsgálata. In: Harkai Schiller Pál (szerk.) *Lélektani tanulmányok IX.* A Pázmány Péter Tudományegyetem Lélektani Intézetének kiadása. Budapest, 84-90.

Mérei F. (1946). Munkalélektan. In: *A mai lélektan.* Budapest Irodalmi, Művészeti és Tudományos Intézet kiadása. Budapest, 59-67.

Montmollin G. (1973). A szociális kölcsönhatás a kiscsoportokban. In: Hunyady Gy. (szerk.) *Szociálpszichológia.* Akadémiai Kiadó, Budapest, 8-9.

Nagy M. (1947). Eltérés a feladattól a vitatkozás során. In: Harkai Schiller Pál (szerk.) Lélektani Tanulmányok IX. A Pázmány Péter Tudományegyetem Lélektani Intézetének kiadása. Budapest, 54-61.

Noszlopi L. (1948). Egy lélektani intézet munkájából. In: *Köznevelés Évkönyve,* 248-256.

Pázmándy Gy. (1991). Beszélgetés Molnár Imrével. *Magyar Pszichológiai Szemle, XLVII,* 94.

Perczel J. (1950). Az emberi munka tudományos vizsgálata. Pázmány Péter Tudományegyetem Lélektani Tanszék, Rákosi Mátyás Vas- és Fémművek. Budapest. 28. Kézirat.

Radnai B. (1947). Pályaválasztás. In: Tanítás és értelmi fejlődés. *Köznevelés Könyvtára 3.* Budapest, 151-160.

Réti L. (1948). A gépkocsivezetők pszichotechnikai vizsgálata. *Többtermelés, 3,* 39-42.

Perczel J. (1985). Interjú Perczel J. életéről és szakmai működéséről. Készítette Kiss Gy. BME TPI Pszichológiatörténeti Gyűjtemény.

Severini E. (1946). Munkaverseny és a magyar munkás lelkisége. Munkalélektani tanulmány műhelyekben a termelésről. A szerző kiadása. Budapest, 1946. 9., 89.

Személyzeti beosztás (1945). A neveléstudományi Intézet személyzeti beosztása. BFL VIII/761. Pedagógiai Szeminárium Iratai, 1945/506.

Tanácsi határozat (1945). 88-290/1945-VII. A Pályaválasztási Tanácsadó és Képességvizsgáló Intézet személyzete. Budapest Főváros Levéltára (BFL) VIII/761. Fővárosi Pedagógiai Szeminárium Iratai, 218/1945.

INTERJÚ

SZENZÁCIÓKERESŐK

Beszélgetés Marvin Zuckermannal
a vállalkozók, az iskolások, a dolgozók, a sportolók és a házasemberek kockázatvállalásáról*

Marvin Zuckerman érdekes előadást tartott a II. Európai Pszichológiai Kongresszuson "Szenzációhajhászás és rizikóvállalás" címmel. Közvetlenül az előadása előtt sikerült beszélgetnem vele.

- *Kérem, hogy mutatkozzon be.*

- Marvin Zuckerman vagyok, a Delaware Egyetem pszichológiaprofesszora.

- *Az Ön előadásának témája, a kockázatvállalás nagyon időszerű kérdés ma Magyarországon. A rendszerváltozás, az újrakezdés következtében viszonylag sok ember szinte rá van kényszerítve arra, hogy kockázatot vállaljon. Mivel tudja a pszichológia segíteni ezeket az embereket?*

- Nos, én hosszú évek óta vizsgálok egy olyan személyiségtulajdonságot, amit talán "szenzációhajhászásnak"[1] nevezhetnénk. A "szenzációhajhászók" olyan emberek, akik a számukra újszerű, "szenzációs" tapasztalatok elérése érdekében hajlandóak kockázatot vállalni. Legtöbbjük nem magáért a kockázatért vállalja a rizikót, hanem azért, mert szeretnék, ha új élményekben lenne részük, szükségük van az újdonsággal együtt járó feldobott hangulatra. A kockázat másodlagos a számukra.

Vannak kivételek is természetesen, akik számára a kockázatvállalás önmagában is érték. Ilyenek például a szerencsejáték megszállottjai és a pszichopaták bizonyos típusai. De a legtöbb szenzációhajhászó számára a kockázatvállalás másodlagos ahhoz képest, amit el akarnak érni. Kétségtelen azonban, hogy ami jellemző rájuk: vállalják a kockázatot, olyan kockázatot is, amelyet azok, akik alacsony értéket mutatnak e személyiségtulajdonság vizsgálata során, biztosan nem vállalnának.

- *Mi a kockázatvállalás ésszerű szintje?*

- Hogy mi a kockázatvállalás ésszerű szintje, az nagymértékben függ a helyzet jellegétől és a kockázatot vállaló személy képességeitől, tapasztalatától. Amikor az emberek elkezdenek kockázatot vállalni, gyakran követnek el hibát, mert nem ismerik a saját korlátaikat. Később, ahogy jobban megismerik önmagukat, kevesebb baleset éri

---

* Eredetileg megjelent a BOOM című folyóirat 1991. decemberi számának 62-63. oldalán.

[1] Az elfogadott magyar terminus: szenzoros élménykeresés. A szerk.

őket. Valahogy úgy, ahogy az a síelésnél is történik. A kérdés valójában annak a megismerése, hogy mi az, amit biztonságosan meg tudok tenni. A sziklamászók például többnyire nem tekintik magukat kockázatvállalóknak, mert annyi elővigyázatossági szabályt tartanak be, hogy úgy érzik, hogy minimálisra csökkentették a rizikót.

- Úgy érzem, hogy a szocialista rendszer nem készítette fel az embereket arra, hogy ésszerű szintű kockázatot vállaljanak. Most, hogy szabadabbá vált az élet, sokan nem élnek a szabadság adta lehetőségekkel, nem vállalnak kockázatot. Mások viszont nem érzik a saját és a szituáció korlátait, és túl sok kockázatot vállalnak.

- A betegesen szenvedélyes szerencsejátékosok szinte mindenfajta kockázatot elvállalnak a nyerés reményében, és gyakran óriási pénzeket vesztenek. Az üzleti életben sokkal óvatosabban és pontosabban kell kalkulálni. Kimutatható azonban, hogy a "szenzációhajhászásban" magas pontértéket elért üzletemberek valóban magasabb kockázatot hajlandók vállalni üzleti vállalkozásaikban. Kétségtelen, hogy a kockázat nem vállalása is kárt okozhat. Hosszú távon a szélsőségesen kockázatvállaló és a szélsőségesen kockázatot nem vállaló viselkedés egyaránt káros, a környezethez, a lehetőségekhez nem alkalmazkodó jellegű.

- Milyen nevelési környezet készíti fel leginkább az embereket arra, hogy az életben megfelelő mértékű kockázatot vállaljanak?

- Olyan környezet, amely arra ösztönzi a gyerekeket, hogy saját maguk próbáljanak megcsinálni, létrehozni mindenfélét. Ebből a szempontból biztos, hogy káros az olyan környezet, ahol a gyerekek mások utánzásával, szövegek papagájszerű visszamondásával tanulnak. Általában azt mondhatom: a demokratikus környezet hasznos a kockázatvállalás mértékének megtanulása szempontjából.

- Mintha létezne egy ördögi kör: nagyon sok tanár alacsony kockázatvállaló, és így igyekeznek maguk körül egy biztonságos környezetet megteremteni, melyben a gyerekeket semmilyen ártalom nem érheti. Igen ám, de ebben a biztonságos környezetben a gyerekek sem tanulják meg, hogyan kell megfelelő szintű kockázatot vállalni. Van-e kiút ebből az ördögi körből?

- Igaz, hogy az általános iskolai tanárok általában alacsony szinten vannak a "szenzációhajhászás" tulajdonsága tekintetében. Ennek ellenére sok tanár a nevelési folyamat fontos céljának tekinti, hogy tanulóik nyitottak legyenek a tapasztalat számára. A "nyitottság a tapasztalat számára" egyike a fontos személyiség-tényezőknek, és szoros kapcsolatban áll a "szenzációhajhászással". Sok tanár rávehető arra, hogy gyakorlati lépéseket tegyen a "tapasztalat számára nyitottabb" gyerekek nevelése érdekében.

Ugyancsak nem szabad figyelmen kívül hagyni, hogy a gyerekek is nagyon különbözőek e tekintetben: egyeseknek még strukturáltabb környezetre van szükségük, mások sokkal "kalandvágyóbbak". Az igazán jó az lenne, ha a tanár a gyerek szükségleteinek megfelelően tudná változtatni a tanulási környezetben a gyerekekre leselkedő kockázatok mértékét.

- Egyáltalán befolyásolható ez a személyiség-tulajdonság a környezet változtatásával, vagy erősen örökletes?

- Elég erősen örökletes személyiségtulajdonságokról van szó: számításaink szerint a "szenzációhajhászás" mértékéért 58%-ban az öröklés felelős. (A legtöbb

személyiségtulajdonság esetén ez az érték 40-60% közé esik.) De ez egyben azt is jelenti, hogy azért igen jelentős mértékben befolyásolja a környezet is. Az az érdekes, hogy ez a környezet nem elsősorban a család, hanem a családon kívüli környezet: az iskola, a barátok stb.

Elméletünk szerint, mindamellett, bár az emberek rendelkeznek az alacsony vagy magas kockázatvállalás diszpozíciójával, a családi környezet jellege ezt a hajlamot módosíthatja. A gyereküket a széltől is óvó szülők igyekeznek elvenni a gyerek kedvét a kockázatvállalástól. Természetesen a szülők kötelessége, hogy megóvják gyerekeiket a szélsőséges kockázatvállalásoktól, de ha mindenért aggódnak - például nem engedik a gyereket sportolni, nehogy sérülés érje -, ez oda vezethet, hogy a gyerek felnőttként nem mer majd ésszerű kockázatot sem vállalni.

- *Munkapszichológusként nagyon érdekelne, hogy van-e a kutatásainak kapcsolata az üzemi balesetekkel?*

- Ez a munka jellegétől függ. A "szenzációhajhászás" tekintetében magas értéket mutatók sajátos munkaköröket keresnek maguknak: általában olyanokat, amelyek kihívást jelentenek a számukra (mint pl. a légiforgalom irányítása).

Nemrégiben végeztek egy vizsgálatot a munkával való megelégedettséggel kapcsolatban. Azt tapasztalták, hogy a monoton, rutinjellegű munkát végző dolgozók közül sokan nagyon elégedetlenek a munkájukkal. Kábítószer-használókat kezelve azt tapasztaltam, hogy sokukat azért bocsátották el a munkahelyükről, mert rájöttek, hogy kábítószereznek. Egyikük azt mondta: "Én mindig csak a munka után szedtem be a szert eleinte. De azután egyre kevésbé tudtam elviselni másnap délelőtt a futószalag unalmát. Így azután rászoktam, hogy munkába menet előtt is bevegyem. De ennek a hatása nem tartott elég sokáig, így kénytelen voltam munkaidő alatt is bevenni belőle, míg végül kiraktak."

Egy "szenzációhajhászó" dolgozó "szenzációkra" lehetőséget nem nyújtó munkahelyen leginkább az unalomtól szenved. Ezért azután úgy érzi, hogy a munkaidő után, hétvégeken be kell hoznia a mulasztást, és így fordul a mesterséges izgalom- és stresszkeltő szerekhez, mint amilyenek például a kábítószerek.

- *Én nagyon veszélyesnek tartanám, ha egy erősen szenzációhajhászó ember például egy atomerőműbe menne dolgozni, ahol is a munka egyszersmind nagyon veszélyes és nagyon unalmas.*

- Igen. Sajnos nem hiszem, hogy a pályaválasztási tanácsadók kellőképpen figyelembe vennék ezt a fontos tényt.

- *Ennek a tulajdonságnak nagy szerepe lehet a sporttevékenységekben is. Végzett-e vizsgálatokat sportolókkal?*

- Nagyon sok vizsgálatot végeztek a sportolók kockázatvállalásával kapcsolatban. Az erősen szenzációhajhászó emberek általában szokatlan sporttevékenységet választanak, olyanokat, amelyek közben szokatlan élményekben lehet részük (ejtőernyőugrás, mélyvízi búvárkodás stb.). De - különösen a férfiak - szeretik a test-test elleni harcot lehetővé tevő sportokat is (mint pl. a labdarúgás). Tipikusan nem a szenzációhajhászóknak való sport a tenisz vagy a futás. (A legjobb hosszútávfutók tipikusan alacsony értéket mutatnak a "szenzációhajhászás" tekintetében.) Vagyis sok függ a sport jellegétől. A testgyakorlás önmagában nem

vonzza a szenzációhajhászókat, csupán bizonyos fajta sportok, melyek újszerű, különleges élményt nyújtanak (például a nehézkedési erő legyőzése). A szenzációhajhászók általában nem szeretik azokat a sportokat, amelyekhez rendszeres tréningre van szükség.

- Elképzelhető, hogy a "szenzációhajhászás" tulajdonsága hatással van a családi életre is. Az erősen szenzációhajhászó férj vagy feleség könnyen kényelmetlennek érezheti a családi köteléket.

- Végeztünk vizsgálatokat házaspárok körében. A boldog családoknál pozitív kapcsolatot találtunk a férj és a feleség szenzációhajhászásának mértéke között: úgy tűnik, hogy az erősen szenzációhajhászók ugyancsak erősen szenzációhajhászókkal házasodnak, míg a kevésbé szenzációkeresők hasonlóan kevéssé szenzációkereső párt választanak maguknak.

A házassági tanácsadók tapasztalata szerint viszont a rosszul végződő házasságok esetén gyakran a házasfelek e téren sem illenek össze.

A legboldogabb házasságok talán akkor jönnek létre, ha két alacsony szenzációkereső találkozik össze: ők ugyanis sohasem unják meg egymást. Az erősen szenzációhajhászó házaspárnak komoly problémái lehetnek, hacsak nem jutnak valamiféle megegyezésre, nem találnak valami olyan tevékenységre, amely mindkettőjük izgalmi állapotát képes fenntartani. Volt egy barátom, akinek nagyon sok baja volt a feleségével. Egy ízben megkérdeztem tőle: "miért maradsz együtt vele?" Mire ezt válaszolta: "még mindig ő a legizgatóbb ember, akit csak ismerek".

- Köszönöm szépen a beszélgetést.

Klein Sándor

A kézirat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. február 17.

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Kállai, János and *Sörédi, Pál:* Fear and panic 187
Túry, Ferenc and *Wildmann, Márta:* An integrative therapeutic approach in the treatment of eating disorders - one year's experience 213
Varga, Katalin: The Hungarian version of the "Creative Imagination Scale" and the preliminary results concerning its application 236
Sarkady, Kamilla and *Zsoldos, Márta:* Conceptual questions concerning learning disabilities 259
Kulcsár, Zsuzsanna: Childhood hyperactivity
I. Early interpretations, descriptive characteristics, genetics 270
II. Laterality, male dominance, and vestibular compensation 292
Berghammer, Rita: A Study on school-aged children's expression of emotions, from a motivational perspective 322
Endresz, Hajna: Negative female figures in Hungarian folk tales 337

REVIEW

Kiss György: Hungarian psychological workshops after the Second World War (1945-1950) 349

INTERVIEW

Sensation seekers. Interview with Marvin Zuckerman on risk taking of managers, schoolchildren, workers, sportsmen and married persons (*Klein Sándor*) 358

A kiadásért felelős az Akadémiai Kiadó és Nyomda Vállalat igazgatója
A nyomdai munkálatokat az Akadémiai Kiadó és Nyomda Vállalat végezte
Felelős vezető: Zöld Ferenc igazgató
Budapest, 1993. — Nyomdai táskaszám: 22021
Felelős szerkesztő: Kulcsár Zsuzsanna
Műszaki szerkesztő: Sándor István
Megjelent: 15,75 (A/5) ív terjedelemben
HU ISSN 0025 — 0279

KÖZLÉSI FELTÉTELEK

1. A Magyar Pszichológiai Szemle olyan kéziratokat fogad el közlésre, amelyek a pszichológia és határterületeinek tudományos kérdéseivel foglalkoznak. Ezen belül közöl eredeti kutatásokról szóló beszámolókat; témaösszefoglaló, magas szintű ismeretterjesztő, illetve továbbképzési célokat szolgáló tanulmányokat; didaktikusan feldolgozott esetelemzéseket; pszichológiatörténeti közleményeket; beszámolókat a hazai és nemzetközi pszichológiai intézmények munkásságáról; hozzászólásokat a pszichológia és általában a kulturális élet pszichológiai vonatkozású eseményeihez; szakmai szempontú könyv- és folyóirat ismertetéseket.

2. A kézirat terjedelme tanulmányok esetében általában nem haladhatja meg az egy szerzői ívet (egy ív 40 000 leütés; 20 oldal, oldalanként 28 sor, soronként 60 leütés). Beszámolók, recenziók esetében a terjedelem ne haladja meg a fél ívet. Amennyiben a téma kifejtése szükségessé teszi, a szerkesztőség hosszabb kéziratot is elfogad. A teljes kéziratot 3 példányban kell a szerkesztőségbe beküldeni. Az elfogadott cikkeket lehetőség szerint IBM kompatibilis számítógépen működő szövegszerkesztővel előállítva, szövegfile-ban (ASCII), mágneslemezen is kéri a szerkesztőség.

3. Az eredeti közlemények 25-50 soros magyar és angol nyelvű összefoglalását külön oldalon — 3-3 példányban — kell csatolni a közleményhez. A magyar nyelvű összefoglalás elé a tanulmány címét, a szerző(k) nevét, és a munkahely(ek) megnevezését kell írni. A közlemény szövege a magyar nyelvű összefoglaló folytatásaként a második oldalon kezdődjön. Az angol nyelvű kivonat a cikk végére kerül.

4. A szöveg közbeni dőlt betűs kiemeléseket egyszeri aláhúzással kérjük jelezni. Ha a szöveg egy részét kisebb betűtípussal kívánja szedetni, ezt ne sűrűn gépelt sorokkal, hanem a szöveg bal oldala mentén húzott vonallal és "sűrű szedéssel" szóval jelezze. A kézirat lapjait oldalanként folyamatosan, középen számozza arab számjegyekkel. Betoldás nem alkalmazható.

5. A lábjegyzeteket — helyüket a szövegben arab számokkal jelölve — külön lap(ok)on — ugyanazon számokkal megjelölve kérjük mellékelni.

6. A számozott és címmel ellátott ábrákat az első példányban csak eredeti rajzban — nem xerox másolatban — vagy lézernyomtatóval előállítva külön oldal(ak)on fogadjuk el. A közlemény szövegébe az ábrák számozott helyét kérjük bejelölni. Az ábrák és táblázatok szövegét külön lapon kérjük.

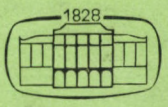
7. Az irodalmi hivatkozások esetében a szöveg közben vagy a szerző vezetékneve után zárójelben a megjelenés évszámát, vagy zárójelben a szerző vezetéknevét és vesszővel elválasztva a megjelenés évszámát kérjük feltüntetni. Ha azonos szerző(k)től ugyanabban az évben több tanulmányra hivatkozunk, akkor a közleményeket az évszám után írt a,b,c jelekkel kérjük megkülönböztetni — mind a szövegben, mind az irodalomjegyzékben.

8. Az irodalomjegyzék összeállítása ábécérendben történik. A tételek formája a következő legyen:
Folyóiratcikkek esetében: Endler, N. S., Edwards, J. M. (1986). Interactionism in personality in the twentieth century. *Journal of Personality and Individual Differences, 7*, 379-384.
Könyvek esetében: Endler, N. S., Magnusson, D. (1976,a). *Interactional psychology and personality*. Hemisphere, Washington.
Tanulmánygyűjtemények esetén: Von Bertalanffy, L. (1952). Theoretical models in biology and psychology. In: Krech, D., Klein, G. S. (eds), *Theoretical models and personality theory*. Duke University Press, Durnham.

9. A szerző vállalja, hogy a korrektúrát javítva, postafordultával visszaküldi a szerkesztőségbe.

10. A szerkesztőség kéziratot nem őriz meg, és nem küld vissza.

Ára: 282,- Ft áfával.



AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST

1998 MARC 23.
MTA Pszichológiai Intézete KÖNYVTÁRA

Magyar Pszichológiai Szemle

1992
1993 / 5-6

AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST

MAGYAR PSZICHOLÓGIAI SZEMLE

Hungarian Journal of Psychology

A MAGYAR PSZICHOLÓGIAI TÁRSASÁG FOLYÓIRATA

XLVIII-XLIX. kötet Új sorozat 32-33. 1992-93/5-6. szám

Szerkesztőbizottság:

ANTALOVITS MIKLÓS, BAGDY EMŐKE, BARKÓCZI ILONA, BUGÁN ANTAL, CZIGLER ISTVÁN, HUNYADY GYÖRGY, KALMÁR MAGDA, KLEIN SÁNDOR, KULCSÁR ZSUZSANNA (elnök), MÜNNICH IVÁN, TORMA KÁLMÁN, VÁRINÉ SZILÁGYI IBOLYA, VIKÁR GYÖRGY

Szerkesztőség:

KULCSÁR ZSUZSANNA (mb. főszerkesztő), FARAGÓ KLÁRA (mb. főszerkesztőhelyettes), NAGY JÁNOS és RÓZSA SÁNDOR (szerkesztőségi titkárok)
1064 Budapest, Izabella u. 46. I. em. 130. Telefon: 1-423-130.

Rovatvezetők:

BAGDY EMŐKE, FARAGÓ KLÁRA, FELVINCZI KATALIN, GERVAI JUDIT, KOVÁCS ZOLTÁN, KÓSA ÉVA, KULCSÁR ZSUZSANNA, LÁNYINÉ ENGELMAYER ÁGNES, PLÉH CSABA, VARGHA ANDRÁS

Akadémiai Kiadó
1117 Budapest, Prielle Kornélia u. 19-35. Telefon: 181-2134.

Terjeszti a Magyar Posta. Előfizethető bármely hírlapkézbesítő postahivatalnál, a Posta hírlapüzleteiben és a Hírlapelőfizetési és Lapellátási Irodánál (HELIR), 1900 Budapest XIII. Lehel u. 10/A, közvetlenül vagy postautalványon, valamint átutalással a Postabank Rt. 219-98636, 021-02799 pénzforgalmi jelzőszámra. Példányonként megvásárolható az Akadémiai Kiadó "Stúdium" (Budapest, V. Váci u. 22.) és "Magiszter" (Budapest, V. Városház u. 1.) könyvesboltjaiban.
Külföldön terjeszti a KULTURA Külkereskedelmi Vállalat (H-1389 Budapest, Pf. 149.)

A tanulmányok közlési feltételeit lásd. a borító 3. oldalán.

1998 MARC 23.

TARTALOMJEGYZÉK



TANULMÁNYOK

Hernád István: A szimbólum-lehorgonyzás problémája 365
B. Kakas Gizella, Ittzés Lilla, Gara Imre: Az A-típusú viselkedés kérdőíves méréséhez. A szorongás és a rigiditás összefüggése egészséges és infarktuson átesett személyek körében 384
W. Németh Kinga: Személyiségdimenziók táplálkozási zavarokban 398
Kállai János, Kóczán György, Martin László: Pániktünetek és az én védelmét szolgáló mechanizmusok kapcsolata 430
Tremkó Mariann: A megtalált és elveszett paradicsom - ópiátfüggők kreativitásának vizsgálata 445
Kónya Anikó, Szabó Anna és Dóra Csilla: Gyermekek érzelmi jelentésadásának vizsgálata Suzanne Szasz fényképeivel 470
Gerő Zsuzsa: Milyen a metró alagút? Egy introvertált óvodás fiú térlátása 485
Rácz József: Az ifjúkori problémaviselkedések és a "pszi-intézményegyüttes" kapcsolata: elméleti megközelítés 499

SZEMLE

Szakács Ferenc: A klinikai pszichológia, ahogy én látom (1993 április 8-án) 517

MEGEMLÉKEZÉS

Kozéki Béla (1937-1993) (*Berghammer Rita*) 523

INTERJÚ

"A robot próbája az evés", avagy vegetariánus beszélgetés a tudatosságról Hernád Istvánnal, a Princeton Egyetem kutatójával, a Behavioral and Brain Science alapító szerkesztőjével (*Vinkler Zsuzsanna*) 525

HUMOR 534

CONTENTS 536

TANULMÁNYOK

A SZIMBÓLUM-LEHORGONYZÁS PROBLÉMÁJA[1]

HERNÁD ISTVÁN

Department of Psychology
Princetoni Egyetem
Princeton NJ 08544

Sok vita volt mostanában az elme pusztán szimbolikus modelljeinek alkalmazási területeiről és határairól; továbbá arról, hogy mi a konnekcionizmus szerepe a kognitív modellezésben. Ebben a tanulmányban a "szimbólum-lehorgonyzás problémájá"-ról lesz szó: Hogyan lehet egy formális szimbólum-rendszer szemantikus interpretációját *belsővé* tenni, olyanná, amely nem élősködik a fejünkben lévő jelentéseken? Hogyan lehet az értelmetlen szimbólum-egységek - melyekkel való manipuláció csak azok mesterséges formájától függ - jelentését más szintén jelentés-nélküli szimbólumban lehorgonyozni? A probléma hasonlít ahhoz, mint amikor kínaiul akarunk megtanulni és csak egy kínai/kínai szótárunk van hozzá segítségül. Az alábbi lehetséges megoldás vázolható fel: A szimbolikus reprezentációknak bottom-up kétféle nem-szimbolikus reprezentációban kell lehorgonyozva lenniük: (1) *ikonikus reprezentációkban*, amelyek analógok a távoli tárgyak és események szenzoros projekcióival, és (2) *kategoriális reprezentációkban*, amelyek tanult és veleszületett jegy-detektorokból állnak, melyek a tárgyak és események kategóriáinak szenzoros projekcióiból kiválasztják azok invariáns jegyeit. Az elemi szimbólumok a tárgyak és eseménykategóriák azon nevei, melyek a nem-szimbolikus kategoriális reprezentációjuk alapján rendelődnek hozzájuk. A magasabb-rendű (3) *szimbolikus reprezentációk* ezekben az elemi szimbólumokban vannak lehorgonyozva, és olyan szimbólum-láncokból állnak, melyek leírják a kategória-tagsági viszonyokat (pl., "Egy X az egy Y, ami Z"). A konnekcionizmus egyike a kézenfekvő jelölteknek, amely képes a kategoriális reprezentáció mögött húzódó invariáns jegyeket megtanulni, és így a tárgyak projekcióihoz neveket kapcsolni. Ezen a módon a konnekcionizmus, mint kiegészítő komponens vesz részt ebben a hibrid nem-szimbolikus/szimbolikus elme-modellben, nem a tiszta szimbólum-modell riválisaként. Egy ilyen hibrid modellnek nem lenne autonóm szimbolikus "modul"-ja; a szimbolikus funkciók a rendszerből belülről jönnének; ezek a kategórianevek a

[1] Harnad, S. (1990). The Symbol Grounding Problem, *Physica D, 42*, 335-346. Fordította: Vinkler Zsuzsanna

Magyar Pszichológiai Szemle, 1992-93, XLVIII-XLIX. (32-33.), 5-6. 365-383.

szenzoros reprezentációban való lehorgonyzásból származnának. A szimbólum manipuláció nem pusztán a szimbólum-egységek mesterséges formáján alapulna, hanem az ikonok és a kategória-invariánsok nem-mesterséges formáin, amelyekbe le vannak horgonyozva.

1. Az elme modellezése

1.1. A behaviorizmustól a kognitivizmusig

Sokáig a pszichológiában az egyedüli empirikus megközelítés a behaviorizmus volt, kizárólagos magyarázó eszközeivel: az input/output és az input/output asszociációk (a klasszikus kondicionálás esetében; Turkkan, 1989), és a viselkedést formáló jutalmak és büntetések története (az operáns kondicionálás esetében; Catania és Harnad, 1988). A karosszék-introspekcionizmus szubjektivitására reagálva a behavoirizmus deklarálta, hogy ahhoz, hogy a viselkedést bejósoljuk, éppolyan jogtalan arról elmélkedni, hogy mi ment végbe annak a szervezetnek a *fejében*, amelyik ezt a viselkedést létrehozza, mint arról, hogy mi történt az *elméjében*. Csak a *megfigyelhetők* ("observables") lehetnek a pszichológia tárgyai; és ezek elvileg magukért beszélnének.

A pszichológia a kognitivizmus fokozatos beköszöntésével egyre inkább tapasztalati tudománnyá vált (Miller, 1956, Neisser, 1967, Haugeland, 1978); elfogadhatóvá vált az, hogy következtessünk a viselkedés mögött húzódó, nem megfigyelhető folyamatokra. Sajnos ezzel a kognitivizmus a mentalizmust is újra beengedte a hátsó ajtón, így a feltételezett belső folyamatok feldíszítődtek szubjektív interpretációkkal. Valójában a szemantikai értelmezhetőség (jelentésteliség), amint majd látni fogjuk, egyik meghatározó jegye annak a legkiemelkedőbb jelentkezőnek, amely a kognitivizmus elméleti szótára szeretne lenni, a "gondolat nyelvének" (language of thought; Fodor, 1975), amely a kognitív elméletben több évtizedig uralkodó nézetté vált, mint az elme szimbolikus modellje: az elme szimbólumrendszer, és a megismerés szimbólummanipuláció. Összetett viselkedések generálásának lehetőségét szimbólummanipuláción keresztül tapasztalatban a mesterséges intelligencia (MI) kutatás sikerei mutatják.

1.2. Szimbólum rendszerek

Mi is a szimbólumrendszer? Newell (1980), Pylyshyn (1984), Fodor (1987) továbbá Neumann János, Turing, Goedel, Church, stb. (l. Kleene, 1969) a komputáció alapjairól szóló klasszikus munkái révén az alábbi definíciót rekonstruálhatjuk:

(1) mesterséges *fizikai egységek* készlete (vonalak egy papíron, lyukak egy lyukszalagon, események egy digitális számítógépen stb.), amelyeket

(2) *explicit szabályok* manipulálnak

(3) fizikai egységeken és azok *láncolatán*. A szabály-vezérelte szimbólum-manipuláció

(4) a szimbólumok puszta *formáján* alapul (nem a "jelentésükön"), tisztán *szintaktikai*

(5) *szabályosan kombinálódó* és újrakombinálódó egységekből áll.

(6) Vannak primitív, *atomi* szimbólum egységek, és

(7) *összetett* szimbólum-egységláncok. Az egész rendszer és minden része - az atomi és a összetett egységek, a szintaktikai manipulációk (mind a tényleges, mind a lehetséges) és a szabályok -

(8) *szemantikailag* mind *interpretálhatók*: a szintaxist *szisztematikusan* jelentéssel lehet ellátni (pl. mint ami egy tárgy helyett áll, mint ami a dolgok állását írja le).

Az elme szimbolikus modelljének javaslói szerint, mint Fodor (1980) és Pylyshyn (1980, 1984), az ilyen fajta szimbólumláncok megragadják az olyan mentális jelenségeket, mint a gondolatok és a hiedelmek. A szimbolisták azt hangsúlyozzák, hogy a szimbolikus szint (ami számukra a mentális szint) önálló természetes funkcionális szint, olyan szabályszerűségekkel, amelyek függetlenek azok speciális fizikai megvalósulásaitól. A szimbolisták számára az implementáció-függetlenség a kritikus fogalom a kognitív és az egyszerű fizikai jelenségek megkülönböztetéséhez és magyarázatához. Az autonóm szimbolikus szintnek ez a fogalma megfelel a komputáció általános és alapvető elveinek, alkalmazható az összes szimbolikus MI-ben végzett kutatásra, amely eddig a legsikeresebbnek bizonyult intelligens viselkedés létrehozására (és ezzel a megmagyarázására).

Mind a nyolc itt felsorolt tulajdonság kritikusnak tűnik a szimbólum definíciójához[2]. Sok jelenség rendelkezik néhánnyal ezekből a tulajdonságokból, de nem szimbolikusak ebben az explicit, technikai értelemben. Nem elég például, hogy egy jelenség *interpretálható* legyen mint szabály-vezérelte működés, mivel szinte bármilyen működés interpretálható szabály-irányította működésként is. Egy termosztátot is lehet úgy értelmezni, mintha egy szabályt követne: kapcsold be a kazánt, ha a hőmérséklet 20 alá süllyed, és kapcsold ki, ha 20 fölé emelkedik; bár egy termosztátban sehol sincs expliciten reprezentálva egy ilyen szabály. Wittgenstein (1953) hangsúlyozta a különbséget az *explicit* és az *implicit* szabályok között: mást jelent egy szabályt követni (explicit módon) mint pusztán egy szabállyal összhangban viselkedni (implicit módon)[3].

---

[2] Paul Kube (személyes beszélgetés) javasolta, hogy a (2) és (3) lehet, hogy túl erős kritérium, és kizár néhány fajta Turing-gépet, és lehet, hogy az explicitség és a szisztematikusság végtelen regressziójához vezet.

[3] Hasonló megfontolásokkal találkozhatunk Chomsky (1980) "pszichológiai realitás" fogalmában (vajon a chomskyánus szabályok valóságosan fizikailag reprezentálva vannak-e az agyban, vagy csupán illeszkednek a performancia szabályosságaihoz, anélkül, hogy azok valójában irányítanának). E megkülönböztetés egy másik változata az expicit módon reprezentált szabályok és az előre huzalozott fizikai korlátok megkülönböztetésére vonatkozik (Stabler, 1985). Minden esetben az explicit reprezentáció olyan elemekből áll, amelyek szisztematikusan újrakombinálódva szimbolikusat alkotnának, míg az implicit fizikai korlát nem - habár

Szóval a puszta tény, hogy egy viselkedés "interpretálható" úgy, mint ami szabályszerű, nem jelenti azt, hogy azt ténylegesen szimbolikus szabály irányítja[4].

A szemantikai interpretálhatóság explicit reprezentációval (2), szintaktikai manipulálhatósággal (4) és szisztematikussággal (8) kell társuljon ahhoz, hogy szimbolikus legyen. Ezen kritériumok egyike sem mesterséges, és amennyire én tudom, ha gyengítenénk őket, elveszítenénk a szimbolikusnak mint természetes kategóriának a megragadását, és elvesztenénk a kapcsolatot a komputáció formális elméletével; a szimbolikus szó értelme csak egy ki nem fejtett metafora maradna (aminek jelentése valószínűleg beszélőről beszélőre változik). Tehát a szimbólum rendszerek lehorgonyzásának tárgyalásakor a "szimbolikus" és a "szimbolikus rendszer" fogalmának csak ezt a formális értelmét vesszük figyelembe.

1.3. Konnekcionista rendszerek

Az elme szimbolikus modellezésének egy korai vetélytársán (Rosenblatt, 1962) a szimbolikus MI rendszerek (Minsky és Papert, 1969) kerekedtek felül - nemrég egy erősebb formában újra feltűnt és az MI-vel verseng a megismerés és a viselkedés általános elméletéért (McClelland, Rumelhart és mtsai, 1986, Smolensky, 1988). A "neurális hálózat", "PDP" és "konnekcionizmus" nevekkel illetett megközelítés számos célja között szerepel az agyi funkciók elméletének létrehozása is. Sok érv mondható el a viselkedési és az agyi funkciók független tanulmányozása mellett és ellen, ebben az írásban azonban leginkább és elsősorban azt tartjuk fontosnak, hogy egy elméletnek meg kell állnia a saját lábán, ami azon múlik, hogy milyen jól képes megmagyarázni megfigyelhető viselkedéses kapacitásunkat. Hogy ezt eléggé az agyhoz hasonló módon teszi-e vagy sem, az más kérdés, egy további fokozat az elmélet fejlődésében. Eddig még nagyon keveset tudunk az agy stukturájáról és az alsóbb szintű (vegetatív) funkciókról; a magasabb szintű agyi funkciók természete pedig puszta elméleti dolog. Az, hogy a kognitív elméletünket arra korlátozzuk, hogy csakis az agyhoz hasonló módon adjon számot a viselkedésről - két tekintetben is éretlen dolog lenne: (1) Távolról sem világos még, hogy mit jelent az, hogy "agyhoz hasonló", és (2) külön korlátozások nélkül is még távol vagyunk attól, hogy a viselkedés egy életnagyságú darabját is megmagyarázzuk. Mi több, a konnekcionizmus formális elvei úgy tűnik, hogy az okozati kapcsolatok asszociatív és a statiszikai struktúráján alapulnak; a neurális hálózat egy ilyen dinamikus rendszernek mindössze egy lehetséges megvalósulása.[5]

---

szemantikailag *mindkettő* interpretálható, mint szabály, ha nem egy rendszer részeként, hanem izoláltan jött létre.

[4] Ennek analógiájára, az a puszta tény, hogy egy viselkedés *értelmezhető* úgy, mint ami célvezérelt, tudatos vagy jelentéssel bíró, nem jelenti azt, hogy az valójában is az. (Érvek ez ellen l. Dennett, 1983).

[5] Még az sem világos, hogy egy "neurális hálózat"-ot hálózatként (párhuzamos rendszer egymással kölcsönös kapcsolatban lévő egységekkel) kell-e implementálni ahhoz, hogy azt tudja csinálni, amit tényleg tud; ha a szimbolikus szimulációk ugyanazzal a funkcionális kapacitással rendelkeznek, mint egy valódi hálózat, akkor a

Ennek megfelelően a konnekcionizmust csak mint kognitív elméletet kezeljük. A konnekcionizmus szerint a megismerés nem szimbólum-manipuláció, hanem dinamikus mintázatok aktivitása csomópontok vagy egységek sok rétegű hálózatában, amelyek súlyozott pozitív és negatív összeköttetésben állnak egymással. A mintázatok a hálózat belső korlátainak megfelelően változnak. A korlátok felelősek azért, hogy az aktivációk és a kapcsolatok erőssége hogyan állítódik be az új bemenetek alapján (pl. a generalizált "delta szabály"[6], vagy a "backpropagation"[7], McClelland, Rumelhart és mtsai, 1986). Az eredmény az, hogy a rendszer tanul, mintázatokat ismer fel, problémákat old meg, és még motoros képességekre is megtanítható.

1.4. A szimbólumok és a hálózatok érvényesülési tere és korlátai

Távolról sem világos, hogy melyek a szimbolikus MI és a konnekcionizmus tényleges képességei és korlátai. Az előbbi jobbnak tűnik formális és nyelvi, míg az utóbbi érzékelési, motoros és tanulási feladatokban; jelentős átfedés van azonban a kettő között, és egyik sem megy sokkal túl a "játék"-szintű feladatokon, hogy életnagyságú viselkedéses kapacitásokat magyarázzon. Mi több, sokan nem értenek egyet abban, hogy vajon a konnekcionizmus maga szimbolikus-e vagy sem. Mi itt azt az állaspontot fogadjuk el, hogy nem az, mivel a konnekcionista hálózatok nem felelnek meg a szimbólumrendszerek számos kritériumának, ahogy erről Fodor és Pylyshyn is érvelt nemrégiben. Ugyan, bármi máshoz hasonlóan, ezek viselkedésének és belső állapotainak is lehet adni különálló szemantikai értelmezéseket, azonban a kompozicionalitás (7) és a szisztematicitás (8) korábban ismertetett kritériumának nem felelnek meg: a kölcsönös kapcsolatok mintázatai nem bonthatók fel kisebb alkotórészekre; nem kombinálhatók és nem újrakombinálhatók egy formális szintaxisnak megfelelően, amelynek szisztematikus szemantikai interpretációt lehetne adni[8]. Ehelyett úgy tűnik, hogy amit csinálnak azt *nem* szimbolikusan teszik. Fodor és Pylyshyn szerint ez egy komoly korlát - a legtöbb viselkedéses képességünk szimbolikusnak látszik, tehát a legkézenfekvőbb feltételezés az őket generáló rejtett

---

konnekcionista modell a szimbolikus modellnek csak egy speciális fajtája, és a konnekcionizmus a szimbólum-algoritmusok egy speciális családja.

6 Delta-szabály: A felügyelővel (tanárral) zajló tanulási algoritmusoknak az a fajtája, ahol a rendszer arra törekszik, hogy az elvárt és a produkált aktivitási minta közötti különbséget (delta) minimalizálja.

7 Back-propagation: visszafelé terjedés, az a tanulási eljárás, ahol a végső hálózat külső rétegébe adott visszajelzés hatása átterjed a rejtett rétegekre, a belső reprezentációkra is.

8 Van egy félreértés ezen a ponton, amit gyakran mint egyszerű implementációs problémát említenek: a konnekcionista hálózatok szimbolikus rendszerekkel szimulálhatók, a szimbólum rendszerek pedig implementálhatók konnekcionista szerkezeten. Ez a kérdés azonban független attól, hogy melyik rendszer mit képes csinálni. Egy analógiával élve, a szilikon használható számítógép építésére, és a számítógép használható a szilikon tulajdonságainak szimulálására, azonban a szilikon funkcionális tulajdonságai nem a komputáció sajátjai, a komputáció funkcionális tulajdonságai pedig nem a szilikon sajátja.

kognitív folyamatokról az, hogy ezeknek is szimbolikusnak kell lenniük. A nyelvi képességünk a fő példa itt, de sok más képesség is - mint a logikai érvelés, a matematika, a sakkozás, és talán magas szintű perceptuális és motoros képességeink is - mind szimbolikusnak tűnnek. Amikor mondatokat, matematikai formulákat, sakk-állásokat úgy értelmezünk (és talán néhány perceptuális ítéletnél és motoros stratégiánál is), mint aminek van szisztematikus *jelentése* vagy *tartalma* - rögtön tudjuk, hogy ez tényleg igaz, s nem csupán egy beszédmód. A konnekcionizmusnak úgy tűnik, hátránya van ezen kognitív képességek modellezésében.

Még nem világos, vajon a konnekcionizmusnak emiatt törekednie kéne-e arra, hogy szimbolikus legyen, mivel a szimbolikus megközelítésnek is komoly hátrányai vannak. Talán ezek tehetők felelőssé a siker korlátozott voltáért (különösen ami az ember-léptékű képességek modellezését illeti), a szimbolikus tudás unalmas és ad hoc természetéért, amivel a szimbólum rendszer az elmét felruházza. A hátrányt a számítástechnika beköszönte óta több oldalról is megközelítették; én ennek egy mai megvalósulását "szimbólum lehorgonyzás"-nak neveztem.

2. A Szimbólum-lehorgonyzás problémája

2.1. A kínai szoba

Mielőtt a szimbólum-lehorgonyzás problémáját definiálnám, két példáját fogom bemutatni. Az első, Searle (1980) ünnepelt "Kínai Szoba Érv"-e, amelyben a szimbólum-lehorgonyzás problémájára Searle az intrinzik jelentés (vagy "intencionalitás") problémájaként utal: Searle megkérdőjelezi a szimbolikus MI központi feltételezését, vagyis azt, hogy egy szimbólumrendszer képes olyan viselkedést generálni, amely megkülönböztethetetlen az emberétől, akinek márpedig kell, hogy legyen elméje. Még pontosabban, az elme szimbolikus elmélete szerint, ha egy számítógép átmegy a Turing Teszten (Turing, 1964) kínaiul, - ha képes válaszolni minden kínai szimbólum láncra, olyan szimbólummal, ami megkülönböztethetetlen egy igazi kínai válaszától (ha mondjuk élete végéig tesztelnénk) - akkor a számítógép ugyanolyan értelemben értené meg a kínai szimbólumok jelentését, ahogy én megértem az angol szimbólumokét.

Searle egyszerű demonstrációja annyi, hogy elképzeli magát, amint mindent megcsinál, amit a számítógép - kínai szimbólumokat kap bemenetként, pusztán a formájuk alapján manipulálja őket (összhangban a (1) és a (8) kritériummal) és végül kínai kimeneti szimbólumokat produkál. Teljesen egyértelmű, hogy Searle (aki nem tud kínaiul) ilyen feltételek között sem értene kínaiul - tehát akkor a számítógép sem érthet. A szimbólumokat és a szimbólum-manipulációt, amely a formán és nem a jelentésen alapul, szisztematikusan *értelmezhetjük* úgy, mint amelyeknek jelentésük van - ami, végülis magát a szimbólumrendszert jelenti, definíciónk szerint. Az értelmezés azonban nem lesz *intrinzik* a szimbólumrendszer számára: jelentése azon fog alapulni, hogy *számunkra* van jelentése, a mi fejünkben. Ha tehát a szimbólumok jelentése a

szimbólumrendszerben extrinzik, nem intrinzik, mint a fejünkben lévő jelentés, akkor ez nem életképes modellje a fejünkben lévő jelentésnek: a megismerés nem lehet puszta szimbólum-manipuláció.

2.2 A kínai/kínai szótár-körbe-körbe

Két változata van a szimbólum lehorgonyzás problémájáról szóló példámnak: az egyik nehéz, a másik lehetetlen. A nehéz változat: Tételezzük fel, hogy második nyelvként meg kell tanulnod kínaiul, és az egyedüli információforrás, amit használhatsz, az egy kínai/kínai szótár. Ez az út, amit a szótárban be kell járnod egy körhintához hasonlatos, keringsz az egyik szimbólumtól vagy szimbólum-lánctól (a definiálandótól) a másikig (a definiálóig) a végtelenségig, körbe-körbe, és soha nem jutsz el oda, hogy bármit is megérts[9].

---

[9] A szimbolikus MI bővelkedik a szimbólum lehorgonyzás problémájának tüneteiben. Egy jólismert (bár félrediagnosztizált) megvalósulása, az ún. keret-probléma (McCarthy és Hayes, 1969; Minsky, 1974; McDermott, 1976; Pylyshyn, 1987): frusztráló, de ismerős tapasztalat a "tudás-alapú" programok írása során, hogy egy rendszer láthatóan teljesen intelligensen viselkedik, de egy váratlan eset azonnal elárulja tökéletes butaságát: Egy jelenet-megértő program vidáman leírja, hogy mi megy végbe a képen, és válaszol olyan kérdésekre, amelyek azt mutatják, hogy érti, amit mond (ki, hol mit miért csinált?) és hirtelen kiderül, hogy nem "tudja" azt, hogy ha valaki leteszi a telefont és kimegy a szobából, az nem jelenti azt, hogy a telefon eltűnik, vagy valami hasonlót. (Fontos megjegyezni, hogy ezek nem olyan botlások és hiányosságok, mint amilyeneket az emberek hajlamosak elkövetni; inkább olyan baklövések, amelyek komoly kétséget teremtenek afelől, hogy az ilyen rendszer rendelkezhet-e egyáltalán "tudás"-sal.) A keret-problémát optimistán úgy definiálták, mint annak a problémáját, formálisan hogyan specifikáljuk azt, hogy mi változik és mi marad állandó egy egyedi "tudásmező"-ben. A valóságban azonban ez a probléma a másod-tippelését jelenti mindazoknak a kontingenciáknak, amelyeket a programozó nem várt előre a tudás szimbolizálásában, amikor azt a tudást megkísérli szimbolizálni. Ezen kontingenciák gyakorlati okokból valószínűleg korlátlanok, mivel a tisztán szimbolikus "tudás" nincsen lehorgonyozva. Az, hogy hozzáadunk még néhány kontingenciát, olyan mintha amikor még néhánnyal többször forgatnánk körbe a kínai-kínai szótár-körhintát. Nincs kéznél horog: nincs elég "intelligens" szimbólum-manipuláció ahhoz, hogy képes legyen elaltatni a programozót annyira, hogy szem elől téveszthesse azt, hogy a jelentése csak élősködik azon a jelentésen, amit ő vetített rá a saját, a fejében lévő lehorgonyzott jelentésekből. (Ezt hívom én a "tükrök hermeneutikus termé"-nek [Harnad, 1990]; ez a szimbólum lehorgonyzás problémájának fordítottja). De ez még mindig parazitizmus, ahogy az itt következő keret-probléma is megerősíti. (A túlértelmezésnek egy hasonló formája fordult elő az emberszabásúakkal végzett nyelvi kísérletekben [Terrace, 1979]. Talán mind az emberszabásúakat, mind a számítógépeket meg kéne tanítani arra, hogy használják a kínai kódot - ahhoz, hogy meg lehessen óvni a kísérletezőket és a programozókat a hamis túlértelmezésektől. De mivel a tényleges viselkedési feladat mindkét területen annyira triviális, valószínűleg nincs mód arra, hogy megvédjük őket attól, hogy megfejtettek legyenek. Egyébként úgy tűnik, van egy ellenállhatatlan tendencia arra, hogy túlinterpretáljuk a játék-feladat teljesítményét, előre elvonatkoztatva és felnagyítva embernagyságúra, minden gyakorlati igazolás nélkül.)



1. ábra. A kínai szótár egyik címszava. Fordítását l. a 20. lábjegyzetben.

Hogy az ősi nyelvek és titkos kódok kriptológusai sikeresen megbirkóznak egy ehhez a problémához nagyon hasonlóval, annak egyedüli oka az, hogy erőfeszítéseik vagy egy első nyelvben, vagy a világról való tudásukban és tapasztalatukban vannak *lehorgonyozva*[10]. A Szótár-körhinta másik változata messze túlmegy a kriptológia elképzelhető forrásain: tételezzük fel, hogy meg kell tanulnod a kínait, mint *anyanyelvet* és az egyedüli információforrás, ami rendelkezésedre áll, egy kínai-kínai szótár[11]! Ez jobban hasonlít arra a feladatra, amivel az elme pusztán szimbolikus modellje szembesül: Hogy tudsz valaha is kiszállni ebből a szimbólum-szimbólum körhintából? Hogyan lehet a szimbólum jelentését lehorgonyozni valami máshoz, jelentés nélküli szimbólumok helyett[12]? Ez a szimbólum lehorgonyzás problémája[13].

---

[10] Mit használnak a rejtjelfejtők: statisztikai információkat a szógyakoriságokról; következtetéseket arról, hogy az az ősi kultúra vagy ellenséges kormány valószínűleg miről írhatott, rejtjelfejtő algoritmus stb.

[11] Természetesen nincs szükség arra, hogy szimbólum forrásainkat egy szótárra korlátozzuk; a feladat éppen olyan lehetetlen lenne, ha valaki számára hozzáférhető lenne az egész kínai irodalom, beleértve minden számítógép-programot és bármit, ami szimbólumokkal kódolható.

[12] Még a matematikusok is, legyenek akár platonisták vagy formalisták, rámutatnak arra, hogy a szimbólum-manipuláció (komputáció) önmagában nem képes megragadni a szimbólumnak szánt interpretációt (Penrose, 1989). Az a tény, hogy a formális szimbólum-rendszerek és azok interpretációi nem ugyanazt a dolgot jelentik, egyértelmű - függetlenül a Church-Turing tételtől (Kleene, 1969) vagy a Gödel eredményektől (Davis, 1985, 1965), amelyeket lelkesen, de rosszul alkalmaztak az elme-modellezés problémájára (pl. Lucas, 1964). Erre az ő eredményeiket szerintem teljesen irreleváns alkalmazni.

[13] Fontos megemlíteni, hogy szigorúan szólva a szimbólum-lehorgonyzás tulajdonképpen csak a kognitív modellezés és nem általában a mesterséges intelligenciakutatás problémája. Ha egy szimbólumrendszer önmagában képes minden intelligens gépi teljesítményre, ami az MI-kutatókat érdekli - ilyen például egy mesterséges szótár -, akkor a világon nincs semmi okunk arra, hogy azt állítsuk, azok a szimbólumok valóban jelentéssel bírnak. Másrészről pedig, az a tény, hogy a saját szimbólumainknak van intrinzikus jelentése, míg a számítógép szimbólumainak nincs, továbbá az a tény, hogy mi olyan dolgokat tudunk csinálni, amiket a számítógép mindeddig még nem, jelezheti azt, hogy még a mesterséges intelligenciában is jobb teljesítmény nyerhető abból, ha a kutatók törekszenek a szimbólumrendszer lehorgonyzására.

2.3. Összeköttetés a világgal

A szimbolista szokásos válasza (pl. Fodor, 1980, 1985) erre az, hogy a szimbólumok jelentése onnan származik, ahogyan a szimbólumrendszer "a megfelelő módon" összekapcsolódik a világgal. A világgal való helyes összekapcsolás problémájában tulajdonképpen benne rejlik magának a megismerésnek a problémája is. Ha a kínai-kínai szótár minden definiáló szimbóluma valahogy megfelelő módon hozzá lenne kapcsolva a világhoz, nemigen kéne nekünk definiálni! Sok szimbolista úgy hiszi, hogy a megismerés - szimbólum-manipuláció lévén - egy autonóm funkcionális modul, amit csak, úgymond fel kell akasztani a perifériás eszközökre ahhoz, hogy ténylegesen lássuk is a világ tárgyait, amelyekre a szimbólumok vonatkoznak (vagyis amelyekre - szisztematikusan interpretálva - vonatkoztathatóak)[14]. Sajnos ez a megközelítés radikálisan alulbecsüli azt a nehézséget, amit a tárgyak, események és állapotok kiválasztása jelent abból a világból, amire a szimbólumok vonatkoznak, vagyis trivializálja a szimbólum-lehorgonyzás problémáját.

Egy lehetséges megoldást vázolok fel az alábbiakban erre a problémára. Amit javaslok, egy hibrid nem-szimbolikus/szimbolikus modell, mely erre a célra rendelt, s amelyben az elemi szimbólumoknak kétféle nem szimbolikus lehorgonyzásuk van - melyek a közvetlen proximális szenzoros projekciókból kiemelik azokat a disztális tárgykategóriákat, amelyekre az elemi szimbólumok utalnak. A modell legtöbb alkotórészét (analóg projekciók és transzformációk, diszkretizáció, invariancia-detekció, konnekcionizmus, szimbólum-manipuláció) sokan, sokféle elrendezésben gondolták már el. Itt most egy specifikus alulról-felfelé építkező ("bottom-up") módon lesznek elrendezve, ahogyan még tudomásom szerint más nem javasolta. A lehorgonyzás potenciális sikere ezen a specifikus elrendezésen múlik.

Az *1. táblázat* a konnekcionizmus és a szimbolizmus relatív erejét és gyengéit foglalja össze - azt a két jelenleg versengő nézetet, amelyek mindketten egyedül akarnák megmagyarázni a teljes megismerő tevékenységet. Erejük az egymással versengés helyett kooperatív módon egyesül ebben a hibrid modellben - orvosolva ezzel mindkettő gyengeségeit. Nézzük most meg közelebbről, hogy melyek azok a viselkedési kapacitások, melyeket egy kognitív modellnek generálnia kell.

---

[14] Világosan látszik a "homunkulusz"-os megközelítés, amely ezen nézőpont sajátja, a "tükrök hermeneutikus terme" természetű jelenség hatása (Harnad, 1990).

1. táblázat. Konnekcionista vs. Szimbólumrendszerek

A konnekcionizmus erősségei:

---

(1) *Nem-szimbolikus funkció*: Mindaddig, amíg nem akar szimbólumrendszerré válni, a konnekcionista rendszernek megvan az az előnye, hogy nincs kiszolgáltatva a szimbólum-lehorgonyzás problémájának.
(2) *Generalitás*: A konnekcionizmus az algoritmusoknak ugyanazon kis családját alkalmazza sokféle problémára, míg a szimbolizmus - inkább módszer és nem algoritmus lévén - probléma-specifikus szimbolikus szabályok végtelenségére támaszkodik.
(3) *"Neuronszerűség"*: A konnekcionista architektúra agy-szerűbb, mint egy Turing-gép vagy egy digitális számítógép.
(4) *Mintázat-tanulás*: A konnekcionista hálózatok különösen jól tudnak mintázatokat tanulni.

A konnekcionizmus gyengéi:

---

(1) *Nem-szimbolikus funkció*: A konnekcionista hálózatok nem szimbólumrendszerek. Ezért sok kognitív jelenséggel ellentétben nincsen szisztematikus szemantikai interpretációjuk.
(2) *Generalitás*: Nem minden feladat jelent mintázattanulást. Néhány kognitív feladat probléma-specifikus szabályokat, szimbolum-manipulációt és sztenderd komputációt kívánhat meg.
(3) *"Neuronszerűség"*: Lehet, hogy a konnekcionizmus agyszerűsége csak felszínes hasonlóság, és lehet (mint a játék modellek), hogy elfed néhány mélyebb teljesítmény-korlátozást.

A szimbólumrendszer erősségei:

---

(1) *Szimbolikus funkció*: A szimbólumok a Turing-gép komputációs erejével rendelkeznek és formális szintaxisuk szisztematikus tulajdonságai szemantikusan interpretálhatók.
(2) *Generalitás*: Minden kiszámítható funkció (minden kognitív funkciót beleértve) megegyezik a Turing-gép egy komputációs állapotával.
(3) *Gyakorlati sikerek*: A szimbólum rendszerek képesek intelligens viselkedést generálni - ezt a mesterséges intelligenciakutatás sikerei bizonyítják.

A szimbólumrendszer gyengeségei:

---

(1) *Szimbolikus funkció*: A szimbólum rendszerek ki vannak téve a szimbólum-lehorgonyzás problémájának.
(2) *Generalitás*: A Turing-erő túlságosan általános. Az MI számos játék-problémájának megoldása nem a megismerés közös elveihez, hanem szimbólum-stratégiák óriási ad hoc választékához vezet.

3. Az emberi viselkedési kapacitás

A kognitivizmus beköszönte óta gyűjtögetik a pszichológusok a viselkedéses adatokat, habár a releváns bizonyíték nagyrészben már megvan: tudjuk már, hogy mire képesek az emberi lények. Tudnak (1) *diszkriminálni*, (2) *manipulálni*[15], (3) *azonosítani* és (4) *be* tudnak *számolni* tárgyakról, eseményekről és állapotokról abban a világban, amelyben élnek; (5) létre tudnak hozni ilyen *leírásokat* és (6) képesek *válaszolni* a tárgyak, események és állapotok leírásaira. Egy kognitív elmélet feladata az, hogy megmagyarázza az emberek (vagy más szerkentyűk) megismerő tevékenységének a mikéntjét[16].

3.1. Megkülönböztetés és azonosítás

Nézzük meg most közelebbről a megkülönböztetés és azonosítás kérdését. Ahhoz, hogy képesek legyünk *diszkriminálásra*, két bemenetet kell tudni megítélni, abban, hogy azok vajon hasonlóak, vagy különbözőek, és ha különbözőek, akkor *mennyire* azok. A diszkrimináció relatív ítélet. Azon a képességen alapul, hogy képesek vagyunk dolgokat szétválasztani és meg tudjuk ítélni azok hasonlósági fokát. Ahhoz, hogy *azonosítani* tudjunk, a bemenetek osztályozásakor tudnunk kell egyedi (általában mesterséges) választ tulajdonítani - egy nevet -, és mindegyiküket valamilyen tekintetben egyenlőnek, illetve állandónak kell, hogy tekintsük. Az azonosítás abszolút ítélet; ez a képességünk azon alapul, hogy meg tudjuk mondani, hogy egy adott bemenet egy bizonyos *kategóriának* a tagja-e.

Vegyük mondjuk a "ló" szimbólumot! Képesek vagyunk arra, hogy a különböző lovakat (vagy ugyanazt a lovat eltérő pozíciókban vagy időpontokban) szétválasszuk, és megítéljük, hogy melyek hasonlítanak egymásra jobban és miben. Ez

---

[15] Bár nincs kétség afelől, hogy a perceptuális és motoros képességek fontosak, itt nem fogunk ezekkel külön foglalkozni. Azt feltételezzük, hogy a szenzoros magyarázat (pl. ikonicitás) releváns jegyei generalizálni fogják a motoros magyarázatot (motoros analógiák; Liberman, 1982). Mi több, lehet, hogy a motoros elmélet nagy része nem kognitív, hanem veleszületett motoros minták és szenzo-motoros visszajelentéssel való magyarázaton alapszik. Gibson (1979) "hozzáférés" fogalma (az invariáns ingerjegyeket olyan motoros lehetőségekkel detektáljuk, amelyekkel azok hozzáférhetőek) itt is releváns , bár Gibson alábecsüli az invariánsok megtalálásának feldolgozási problémáját (Ullman, 1980). Természetesen a motoros és a szenzori-motoros lehorgonyzás minden kétséget kizáróan éppen olyan fontos, mint az itt tárgyalandó szenzoros lehorgonyzás.

[16] Ha egy jelölt modell mindezeket a viselkedési kapacitásokat - mind a nyelvit (5-6), mind a robotikusat (pl. szenzorimotorost; 1-3) - mutatná, átmenne a "Teljes Turing Teszt"-en (Harnad, 1989). A sztenderd Turing Teszt (Turing, 1964) csak nyelvi képességet vár el: szimbólum be- és kimenettel. Ez egyenlővé teszi státuszában, érvényességében és korlátaiban az egyszerű szimbólum-manipulációval, tehát a szimbólum-lehorgonyzás problémájának is ki van téve. Annak a modellnek, amely át képes menni a Teljes Turing Teszten, lehorgonyzottnak kell lennie a világban.

diszkrimináció. Ezentúl, egy ló megnézésekor megbízhatóan meg tudjuk ítélni, hogy hívhatjuk-e azt lónak ahelyett, hogy öszvért vagy szamarat mondanánk (vagy zsiráfot, vagy egy követ). Ez azonosítás. Milyen belső reprezentáció kell e két fajta teljesítmény generálásához?

3.2. Ikonikus és kategoriális reprezentációk

Az itt javasolt modell szerint az a képességünk, hogy meg tudjuk különböztetni a bemeneteket, *ikonikus reprezentációk* létrehozásán alapszik (Harnad, 1987b). Ezek belső analóg átalakításai a távoli tárgyak projekcióinak a szenzoros érzékelő felületeken (Shepard és Cooper, 1982). A lovak (és a látás) esetében analógjai lennének a lovak formáinak, ami a retinánkra vetül[17]. Az azonos/különböző ítéletek ezeknek az ikonikus reprezentációknak az azonosságán vagy eltérésén alapulnának; a hasonlósági ítéletek pedig az egybeesés mértékén. Itt nincsen semmiféle homunkulusz; egyszerűen ikonok egymásrahelyezéséről és azok eltérésének rögzítéséről van szó. Memória problémák sincsenek, mivel a bemenetek vagy egyidőben vannak jelen vagy elég gyors egymásutánban következnek ahhoz, hogy fennmaradó szenzoros ikonjaikat össze lehessen hasonlítani.

Tehát nekünk ló-ikonok kellenek ahhoz, hogy lovakat tudjunk megkülönböztetni. De mi lesz az azonosítással? A diszkrimináció független az azonosítástól. Meg tudnék különböztetni dolgokat anélkül, hogy tudnám, mik azok. Vajon lehetővé teszi számomra az ikon azt, hogy lovakat azonosítsak? Bár vannak olyan elmélkedők, akik úgy hiszik, hogy ez lehetséges (Paivio, 1986); én megpróbáltam megmutatni, hogy ez miért nem lehetséges (Harnad, 1982, 1987b). Ha egy olyan világban kéne osztályoznunk és azonosítanunk, ahol szembeszökő, könnyen felismerhető természetes határok vannak minden kategória között - egy olyan világban, ahol egy kategória tagjai nem keverhetők össze egy másik kategória tagjaival - ott lehet, hogy az ikonok elégségesek lennének az azonosításhoz. De egy aluldeterminált világban, a potenciálisan összekeverhető kategóriák végtelenségében az ikonok használhatatlanok az azonosításhoz, mivel túl sok van belőlük, és folytonos dimenzió mentén mennek át egymásba[18] - ezzel az *azonosítást* egy független

---

[17] Sok probléma van a figura/háttér diszkriminációval, az egyenletességgel, a méret- és a forma-konstanciával, a sztereopszissal, stb., amelyek még sokkal bonyolultabbá teszik a diszkriminációt az itt leírtaknál. Azonban ezek sem változtatják meg azt az alapvető tényt, hogy az ikonikus reprezentációk természetes jelölt megvalósítói diszkriminációs képességünknek.

[18] Egy másik cikkemben (Harnad, 1987a,b) megpróbáltam megmutatni, a "kategoriális percepció" jelensége hogyan hoz létre belső szakaszokat a külső folyamatosságon. Van rá bizonyíték, hogy perceptuális rendszerünk képes szegmentálni egy kontinuumot, mint például a szín-spektrumot, diszkrét, határolt területekre vagy kategóriákra. Egyenlő nagyságú fizikai különbségek könnyebben különböztethetőek meg határok közötti, mint határokon belüli összehasonlításokkor. Ez a határ-hatás, mind a veleszületett, mind a tanult, fontos szerepet játszhat azon elemi perceptuális kategóriák reprezentációjában, amelyekre a magasabb szintűek épülnek.

problémává teszi, ami arról szól, hogy mely ikonok kategóriatagok és melyek nem! A szenzoros projekciók ikonjai nem eléggé szelektívek. Az azonosításhoz az ikonoknak szelektíven csökkenniük kell a szenzoros projekció azon *invariáns jegyei* szerint, amelyek megbízhatóan képesek megkülönböztetni a kategóriatagokat bármely a kategóriába nem tartozótól, amellyel esetleg összekeverhető. Hívjuk ezen kategória-specifikus jegy-detektor kimenetét *kategoriális reprezentációnak*. Néhány esetben lehet, hogy ezek a reprezentációk veleszületettek, de mivel az evolúció aligha láthatja előre azokat a kategóriákat, amelyeket majd valamikor azonosítanunk kell, a legtöbb ilyen jegyet tapasztalatból kell megtanulnunk. Például a ló kategoriális reprezentációja is tanult reprezentáció. (Az invariáns jegyek problémájáról, mely az azonosítás mögött rejlik, a 4. részben lesz szó.)

Fontos megjegyezni, hogy sem az ikonikus, sem a kategoriális reprezentáció nem szimbolikus. Az előbbiek analóg másolatai a szenzoros projekciónak, hűen megőrizve annak formáját; az utóbbiak ikonok, amelyek szelektíven választódtak ki a szenzoros projekció formájának csak néhány jegyét őrizve meg - az alapján, hogy, melyek különböztetik meg megbízhatóan a kategóriatagot a nem kategóriatagtól. Ezek a reprezentációk azonban még mindig csak szenzorikusak és nem-szimbólikusak. A tárgyakkal való kapcsolat, a kiválasztás teljesen problémamentes: egy tiszta okozati kapcsolat, amely a távoli tárgyak, a proximális szenzoros projekció és a viselkedéses interakciók történetéből származó, elsajátított belső változások közötti viszonyon alapul. A szemantikai interpretációval, s ennek alátámasztásával sincs semmi probléma. Az ikonikus reprezentációk, a tárgyak projekciói semmivel nem "jelentik" jobban a tárgyakat, mint amennyire a fényképezőgépben lévő képek. Mind az ikonok, mind a fényképezőgépbeli kép természetesen *interpretálható* úgy, mint jelentés, vagy valami "helyett állás", de ez az interpretáció inkább származtatott lenne, semmint intrinzik.[19]

3.3. Szimbolikus reprezentációk

A kategoriális reprezentációk sem értelmeztetők úgy, mint amelyek ténylegesen jelentenek valamit. Igaz, hogy azokat a tárgyakat, amelyeket kiválasztanak, el is "nevezik", de ezek a nevek nem rendelkeznek mindazokkal a szisztematikus tulajdonságokkal, amelyekkel a fentebb leírtak szerint a szimbólumok és a szimbólumrendszerek. Ez pusztán egy tehetetlen taxonómia. Ahhoz, hogy szisztematikusságról beszélhessünk, lehetségesnek kell lennie annak, hogy szemantikailag értelmezhető, szabályos propozíciókká kombinálódjanak és újrakombinálódjanak. A "ló" ezzel még csak egy mesterséges válasz, amely megbízhatóan használható a tárgyak egy bizonyos kategóriájára. Nincs semmiféle

---

[19] Másrészről azonban az a hasonlóság, amelyen a diszkriminációs képesség alapul - az ikon és a szenzoros projekció, továbbá a szenzoros projekció és a távoli tárgy közötti izomorfizmus foka - úgy tűnik, hogy intrinzik, tehát nem puszta interpretáció kérdése. A hasonlóság objektíven jellemezhető annak a fizikai átalakításnak a mértékével, ami a tárgynak az ikonná való átalakításához kell (Harnad, 1987b).

igazolás arra, hogy holofrasztikusan (egyszavas mondatként) ez úgy interpretálható, mint ami azt jelenti egy ló jelenlétében: "Ez egy ló [egy tagja a kategóriának]" - mivel az elvárt "ez egy", az állításnak megfelelő copula nincsen benne ebben a puszta passzív taxonómiában. Mi kellene ezen egyéb szisztematikus tulajdonságok létrehozásához? Egyszerűen az, hogy a csupasz lehorgonyzott neveket *propozíciókká* fűzzük össze további kategória-tagság viszonyokkal. Például:

(1) Tételezzük fel, hogy a "ló" név le van horgonyozva ikonikus és kategoriális reprezentációval; tapasztalattal megtanulható, hogy szenzoros projekciójuk alapján megbízhatóan megkülönböztessük és azonosítsuk a lovakat.

(2) Tételezzük fel, hogy a "csíkok" hasonlóan le vannak horgonyozva.

Most nézzük meg, hogy mely kategória hozható létre ezekből az elemi kategóriákból pusztán a kategóriatagság szimbolikus leírása segítségével.

(3) "Zebra" = "ló" és "csíkok"[20]

Mi a zebra reprezentációja? Csak a "ló" és "csíkok" szimbólumlánc. De mivel a "ló és a "csíkok" szimbólumok le vannak horgonyozva ikonikus és kategoriális reprezentációkban, a "zebra" örökli ezek lehorgonyzását a lehorgonyzott *szimbolikus* reprezentáción keresztül. Elvben, ha valaki sohasem látott még zebrát (de már látott és megtanult azonosítani a lovakat és csíkokat), egyedül ezek szimbolikus reprezentációjával - továbbá ezek nem szimbolikus (ikonikus és kategoriális) reprezentációjával, amelyek ugye lehorgonyozzák azt - felszerelve, képes kell legyen arra, hogy egy zebrát azonosítson.

Ha valaki egyszer lehorgonyzott egy készlet elemi szimbólumot, ellátva azt nevek egy taxonómiájával (továbbá ikonikus és kategoriális reprezentációkkal, amelyek megadják a nevek tartalmát, és lehetővé teszik azt, hogy kiválasszunk és azonosítsunk tárgyakat) - a természetes nyelvek szimbólum-láncainak maradékát puszta szimbólum-összetétellel előállíthatja[21]. Ezek mind örökölni fogják az elemi készlet intrinzik lehorgonyzását[22]. Tehát az a képesség, hogy diszkrimináljunk és

---

[20] Az 1. ábra egyébként a kínai szótár "zebra" szócikke, amely egy "csíkozott ló". Figyelemre méltó, hogy a "zebra" jele ténylegesen a "ló" plusz a "csíkozott" jele. Bár a kínai jelek szerkezetükben ikonikusak, a szintaxis és a szemantika szintjén éppen úgy funkcionálnak, mint egy mesterséges ábécé.

[21] Néhány logikai kötőszó és kvantifikáló is kell, mint a "nem", "és", "minden" stb.

[22] Figyelembe kell vennünk, hogy senki nem állította, hogy a "ló", a "csíkok" stb. tényleges elemi szimbólumok, közvetlen szenzoros lehorgonyzással; amit mondok az az, hogy a szimbólumokból csak néhánynak kell közvetlen lehorgonyzás. Semmi kétség, hogy a legtöbb szenzoros kategória reprezentáció szenzoros/szimbolikus hibrid; jegyeik szemantikai felhozatallal megváltoztathatóak: Kripke (1980) ad egy jó példát arra, miként lehetne az "arany"-at elkeresztelni, amikor a fényes sárga fémről beszélünk, amivel kereskednek, amivel díszítenek, amiről beszélgetnek az emberek. Amikor felfedezzük az "aranyesőt", ez minden addigi szenzoros jegyet oda nem illővé tesz, és rákényszerít arra, hogy újakat keressünk. Rámutat arra, hogy még elméletben is lehetséges véletlenül "aranyeső"-nek keresztelni az "arany"- at! Itt azonban ami érdekes, az nem a lehetőség ontológiai aspektusa, hanem az episztemikus oldala: Sikeresen tudnánk eljutni az igazi aranyra még akkor is, ha az első eset az "aranyeső" lett volna. Az "arany" még akkor is a megfelelő szó lenne, amire ki akartuk választani, és az eredeti időleges jegyek mégis nyújtanának egy közelítést ahhoz, hogy lehorgonyozható legyen, mégha a későbbi információ - úgymond - kihúzza alóla a talajt.

kategorizáljunk (ami mögött persze a nem szimbolikus reprezentációk állnak) vezetett ahhoz a képességhez, hogy szimbolikus reprezentációk révén számoljunk be valamiről, állítsunk elő leírásokat és válaszoljunk rájuk.

4. A konnekcionizmus kiegészítő szerepe

A szimbólum-lehorgonyzás itt leírt sémájának van egy feltűnő hiányossága. Semmilyen mechanizmust nem javasol arra, hogy megmagyarázza, hogyan formálódnak az oly fontos kategoriális reprezentációk, mint: Hogyan találja meg a hibrid rendszer a szenzoros projekció invariáns jegyeit, amelyek lehetővé teszik azt, hogy helyesen kategorizáljunk és azonosítsunk tárgyakat[23]? A konnekcionizmus, a tanulási képesség általános mintájával, természetes jelöltnek tűnik (bár persze lehetnek mások is). Ha ikonokat nevüket megadó visszajelzéssel párosítunk, ez egy konnekcionista rendszer számára feldolgozható lesz; a rendszer megtanulja helyesen azonosítani az ikonokat összekeverhető alternatívák példájából olyan jegyek és jegykombinációk dinamikus súlyillesztésével, amelyek megbízhatóan asszociálódnak a nevekkel úgy, hogy ez megoldja (időlegesen) a rendezetlenséget, és ezzel az ikonokat annak a kategóriának az *invariáns* jegyeire csökkenti (rendezetlenség-megszüntetés), amelyekre vonatkozik. Tehát egy konnekcionista rendszer a szenzoros projekciók és az ikonok által létrehozott" a tárgyak és a nevek közötti kapcsolat teremtené meg.

A konnekcionizmus itt körülírt kiegészítő szerepe ebben a hibrid rendszerben orvosolni képes a jelenlegi két versengő elmélet gyengeségeit, amelyek egymástól függetlenül próbálták modellezni az elmét. Egy pusztán szimbolikus modellben hiányzik a szimbólumok és a referenseik közötti kritikus kapcsolat: egy autonóm szimbólum rendszer, bár szemantikailag szisztematikusan interpretálható, nincs

---

[23] Bár ennek hosszabb kifejtése már túlmutat ezen az íráson, meg kell említeni, hogy ezt a kérdést a múltban sokan felvetették, leginkább az "eltűnő metszetek" problémája alapján. Voltak, akik azt állították, hogy nem lehet invariáns jegyeket találni, mert egyszerűen ilyenek nem léteznek: az olyan kategória-tagok projekcióinak metszete, mint amilyen a "ló", üres. A brit empíristákat kritizálták azért, mert másképpp gondolkodtak; például Wittgenstein (1953) "játékok"-ról és a "családi hasonlóság"-ról szóló elmélkedése hiteltelenítette nézeteiket. Az emberi kategorizáció jelenlegi kutatását (Rosch és Lloyd, 1978) úgy értelmezték, mint ami megerősíti azt, hogy a metszetek eltűnnek, tehát a kategóriák nincsenek invariáns tulajdonságok szerint reprezentálva. Az "eltűnő metszetek" problémája (Chomskyval együtt [1980] az "ingerlés gyengeségé"-nek érve), amit még olyan gondolkodó is idéz, mint Fodor (1985, 1987) egy szélsőséges nativizmus igazolásához. A jelen írás őszintén empírista. Nézetem szerint az ok, amiért eddig nem találták meg a metszeteket, az az, hogy még senki sem nézte meg őket alaposan. Nem az introspekció révén kell keresni. És a tanulási algoritmus olyan általános mintázata, mint a konnekcionizmus, viszonylag új; induktív erejének tesztelése még hátra van. Ezenfelül nem tettek megkülönböztetést a tisztán szenzoros kategóriák (amelyeknek - állításom szerint - kell, hogy legyenek invariánsaik, máskülönben nem lehetne sikeresen azonosítani őket, ahogy mi tesszük) és a magasabb rendű kategóriák között, amelyek le vannak horgonyozva a szenzoros kategóriákba; ezek az absztrakt reprezentációk valószínűleg inkább szimbólikusak, mint szenzorosak, tehát nem közvetlen szenzoros invariánsokon alapulnak. (A probléma további tárgyalását l. Harnad, 1987b).

lehorgonyozva. Egy egyszerű konnekcionista modellben a nevek a tárgyakhoz vannak kötve a szenzoros projekciók invariáns mintáival, mely bemutatás és visszajelzés révén tanulódik meg; hiányzik azonban a kritikus alkotórész, a nevek hálózata, mely bár le van horgonyozva, nem hozzáférhető egy teljes szisztematikus interpretáció számára. Az itt javasolt hibrid modellben nincsen semmiféle autonóm szimbolikus szint; a reprezentációk, melyek kiválasztják a tárgyakat, amelyekre referálnak, egy konnekcionista rendszeren keresztül kiszűrik analóg szenzoros projekcióik invariáns jegyeit.

5. Következtetések

Sokszor hangoztatják azt az elvárást, hogy a megismerés felülről-lefelé ("top-down") és alulról-felfelé ("bottom-up") építkező modelljei valahol középen találkozzanak. Ha a lehorgonyzást illető itt megfogalmazott elgondolások érvényesek, akkor ez az elképzelés reménytelenül moduláris, és csupán egyetlen járható út vezet az érzékektől a szimbólumokig: a lehorgonyzás. Egy - a számítógép programjához hasonlító szintű - szabadon áramló szimbólumrendszert soha nem lehet ilyen úton elérni (vagy fordítva). Az sem világos, hogy egyáltalán miért akarjuk ezt a szintet elérni, mivel úgy tűnik, mintha az odáig való eljutás a szimbólumaink intrinzik jelentésétől való megfosztást jelentené (ezzel egy programozható számítógéppel való funkcionális egyenlőségre redukálva magunkat).

Egy feladatra specializált szimbólumrendszerben a szimbólumegységeknek nem pusztán szintaktikai korlátaik vannak. A szimbólumok nem pusztán a szimbólum egységek önkényes formája alapján kombinálódnak, hanem az ikonikus és a kategoriális reprezentációk világosan nem mesterséges formája alapján, mely az elemi szimbólumokban van lehorgonyozva, mely aztán a magasabb szintű szimbólumokat alkotják. E kétféle megszorítás közül az ikonikus/kategoriális az elsődleges. Nem tudok olyan formális analízisről, amely efféle elkötelezett szimbólumrendszereken működne[24]. Ez azért lehet, mert kizárólag a megismerési és robotikus modellezésre jellemző, és tulajdonságai attól függenek, hogy milyen fajta speciális robotikus (viselkedéses) képességek tudására tervezték.

Helyes, ha kiderül, hogy egy feladatspecifikus szimbólumrendszer tulajdonságainak viselkedéses megfontolásokon kell alapulnia. Az itt javasolt lehorgonyzási séma még mindig a behaviorizmus szellemében született: az egyedüli javasolt próbák arra, vajon a szemantikai interpretáció elbírja-e azt a szemantikai súlyt, amit ráraktak - egy formális teszt (megfelel-e a szimbólumrendszer nyolc kritériumának) és egy viselkedéses próba (tud-e diszrkiminálni, azonosítani, tárgyakat és eseményeket leírni, amelyekre a szimbólumok vonatkoznak?) Ha mindkét teszten

---

[24] Bár matematikusok vizsgálódtak a nem értelmezhető szimbólumrendszerek formális tulajdonságait illetően, minden szándékuk és intuíciójuk tisztán ezen rendszerek interpretálásának szándékából fakadt (l. Penrose, 1989). Talán az ikonikus és kategoriális reprezentációjukban ez túlságosan le van horgonyozva a fejükben.

átmegy, akkor a rendszer szimbólumainak szemantikai interpretációját a feladatspecifikus szimbólumrendszer viselkedési lehetősége rögzíti, ahogy a világ tárgyait és eseményeit tapasztalja, amelyekre a szimbólumok vonatkoznak. A szimbólum jelentése eszerint tehát nem pusztán élősködik az interpretáló fejében lévő jelentésen, hanem maga a feladatspecifikus szimbólumrendszer adja meg. Ez persze még nem biztosíték arra, hogy modellünk megragadta a szubjektív jelentést. Ha azonban ennek a rendszernek életnagyságú a viselkedéses kapacitása - akkor ennél közelebb már nem kerülhetünk.

IRODALOM

Catania, A. C., Harnad, S. (eds) (1988). *The Selection of Behavior. The Operant Behaviorism of B. F. Skinner: Comment and Consequences*. Cambridge University Press, New York.

Chomsky, N. (1980). Rules and representations. *Behavioral and Brain Sciences, 3*, 1-61.

Davis, M. (1958). *Computability and unsolvability*. McGraw-Hill, Manchester.

Davis, M. (1965). *The undecidable*. Raven, New York.

Dennett, D. C. (1983). Intentional systems in cognitive ethology. *Behavioral and Brain Sciences, 6*, 343-90.

Fodor, J. A. (1975). *The language of thought*. Thomas Y. Crowell, New York.

Fodor, J. A. (1980). Methodological solipsism considered as a research strategy in cognitve psychology. *Behavioral and Brain Sciences, 3*, 63-109.

Fodor, J. A. (1980). Précis of "The Modularity of Mind". *Behavioral and Brain Sciences, 8*, 1-42.

Fodor, J. A. (1987). *Psychosemantics*. MIT/Bradford, Cambridge MA.

Fodor, J. A., Pylyhsyn, Z. W. (1988). Connectionism and cognitive architecture: A critical appraisal. *Cognition, 28*, 3-71.

Gibson, J. J. (1979). *An ecological approach to visual perception*. Houghton Mifflin, Boston.

Harnad, S. (1982). Metaphor and mental duality. In: Simon, T., Scholes, R. (eds), *Language, mind and brain*. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.

Harnad, S. (1987,a). Categorial perception: A critical overview. In: Harnad, S. (ed.), *Categorial perception: The groundwork of Cognition*. Cambridge University Press, New York.

Harnad, S. (1987,b). Category induction and representation. In Harnad, S. (ed.), *Categorial perception: The groundwork of Cognition*. Cambridge University Press, New York.

Harnad, S. (1989). Minds, Machines and Searle. *Journal of Theoretical and Experimental Artificial Intelligence, 1*, 5-25.

Harnad, S. (1990). Computational Hermeneutics. *Social Epistemology* (in press).

Haugeland, J. (1978). The nature and plausibility of cognitivism. *Behavioral and Brain Sciences, 1*, 215-260.

Kleene, S. C. (1969). *Formalized recursive functionals and formalized realizability.* American Mathematical Society, Providence, R. I.

Kripke, S. A. (1980). *Naming and Neccesity.* Harvard University Press, Cambridge, M. A.

Liberman, A. M. (1982). On the finding that speech is special. *American Psychologist, 37*, 148-167.

Lucas, J. R. (1961). Minds, machines and Godel. *Philosophy, 36*, 112-117.

McCarthy, J., Hayes, P. (1969). Some philosophical problems from the standpoint of artificial intelligence. In: Meltzer, B., Michie, P. (eds), *Machine Intelligence, Volume 4.*, Edinburgh University Press, Edinburgh.

McDermott, D. (1976). Artificial intelligence meets natural stupidity. *SIGART Newsletter, 57*, 4-9.

McClelland, J. L., Rumelhart, D. E. and the PDP and the PDP Research Group (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition, Volume 1.*, MIT/Bradford, Cambridge M. A.

Miller, G. A. (1956). The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psyhological Review, 63*, 81-97.

Minsky, M. (1974). A framework for representing knowledge. MIT Lab. Memo #306.

Minsky, M., Papert, S. (1969). *Perceptrons: An introduction to computational geometry.* MIT Press, Cambridge MA. (Reissued in an Expanded Edition, 1988)

Newell, A. (1980). Physical Symbol Systems. *Cognitive Science, 4*, 135-83.

Neisser, U. (1967). *Cognitive Psychology.* Appleton-Century-Crofts, New York.

Paivio, A.(1986). *Mental Representation: A dual coding approach.* Oxford, New York.

Penrose, R. (1989). *The emperor's new mind.* Oxford University Press, Oxford.

Pylyshyn, Z., W. (1980). Computation and cognition: Issues in the foundations of cognitive science. *Behavioral and Brain Sciences, 3*, 111-169.

Pylyshyn, Z., W. (1984). *Computation and cognition.* MIT/Bradford, Cambridge M. A.

Pylyshyn, Z., W. (ed.) (1987). *The robot's dilemma: The frame problem in artificial intelligence.* Ablex, Norwood, New Jersey.

Rosch, E., Lloyd, B. B. (1978). *Cognition and categorisation.* Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, New Jersey.

Rosenblatt, F. (1962). *Principles of neurodynamics.* Spartan, New York.

Searle, J. R. (1980). Minds, brains and programs. *Behavioral and Brain Sciences, 3*, 417-457.

Shepard, R. N., Cooper, L. A. (1982). *Mental images and their transformations.* MIT/Bradford, Cambridge M. A.

Smolensky, P. (1988). On the proper treatment of connectionism. *Behavioral and Brain Sciences, 11*, 1-74.

Stabler, E. P. (1985). How are grammars represented? *Behavioral and Brain Sciences, 6*, 391-421.

Terrace, H. (1979). *Nim.* Random House, New York.

Turkkan, J. (1989). Classical conditioning: The new hegemony. *Behavioral and Brain Sciences, 12*, 121-79.
Turing, A. M. (1964). Computing machinery and intelligence. In: Anderson, A. R. (ed.). *Mind and Machines*. Prentice Hall, Engelwood Cliffs, New Jersey.
Ulman, S. (1980). Against direct perception. *Behavioral and Brain Sciences, 3*, 373-415.
Wittgenstein, L. (1953). *Philosophical investigations*. Macmillan, New York.

SUMMARY

The Symbol Grounding Problem

Stevan Harnad

There has been much discussion recently about the scope and limits of purely symbolic models of the mind and about the proper role of connectionism in cognitive modeling. This paper describes the "symbol grounding problem": How can semantic interpretation of a formal symbol system be made intrinsic to the system, rather than just parasitic on the meaning in our heads? How can the meaning of the meaningless symbol tokens, manipulated solely on the basis of their (arbitrary) shapes, be grounded in anything but other meaningless symbols? The problem is analogous to trying to learn Chinese from a Chinese/Chinese dictionary alone. A candidate solution is sketched: Symbolic representations must be grounded bottom-up in nonsymbolic representations of two kinds: (1) iconic representations, which are analogs of the proximal sensory projections of distal objects and events, and (2) categorial representations, which are learned and innate feature-detectors that pick out the invariant features of object and event categories from their sensory projections. Elementary symbols are the names of these objects and event categories, assigned on the basis of their (nonsymbolic) categorial representations. Higher-order (3) symbolic representations, grounded in these elementary symbols, consist of symbol strings describing category membership relations (e.g., "An X is a Y that is Y"). Connectionism is one natural candidate for the mechanism that learns the invariant features underlying categorial representations, thereby connecting names to the proximal projections of the distal objects they stand for. In this way connectionism can be seen as a complementary component in a hybrid nonsymbolic/symbolic model of the mind, rather than a rival to purely symbolic modeling. Such a hybrid model would not have an autonomous symbolic "module", however; the symbolic functions would emerge as an intrinsically "dedicated" symbol system as a consequence of the bottom-up grounding of categories' names in their sensory representations. Symbol manipulation would be governed not just by the arbitrary shapes of the symbol tokens, but by the nonarbitrary shapes of the icons and category invariants in which they are grounded.

ÚJABB TÁMPONTOK AZ A-TÍPUSÚ VISELKEDÉS KÉRDŐÍVES MÉRÉSÉHEZ

A szorongás és a rigiditás összefüggése egészséges és infarktuson átesett személyek körében*

B. KAKAS GIZELLA[1], ITTZÉS LILLA[2], GARA IMRE[2]

[1]ELTE BTK Általános Pszichológiai Tanszék, [2]Erzsébet Kórház

A szerzők a Jenkins Activity Survey-t (JAS) és a Cook Medley-féle ellenségeskedést (Ho) mérő kérdőívet alkalmazták az A-típusú viselkedés mérésére 202 infarktuson átesett és 614 egészséges személynél. A JAS mellett a Ho kérdőív eredményeinek figyelembevételét javasolják az A-típusú viselkedés becslésekor. Felhívják a figyelmet arra, hogy a Ho-kérdőív eredményei is életkor és iskolázottság függők. Vizsgálatuk második részében számolnak arról be, hogy a 41 szívinfarktust szenvedett beteg és 223 kontroll személy jelentősen különbözik szorongása és rigiditása mértékében. A betegek rigidebbek és kevésbé szoronganak, mint az egészségesek. Az eredmény a férfiakra volt jellemző. A parciális korrelációk (az életkor, a nem és az iskolázottsági szint kiszűrésével) arra utalnak, hogy a beteg személyek rigiditásukat, az egészségesek - ha A-típusúak - a kemény, önmagukat nem kímélő munkastílusukat használják ki szorongásuk leküzdésére.

Az A-típusú viselkedést úgy tartják számon, mint a koronária megbetegedés pszichológiai kockázati tényezőjét. Az A-típusú viselkedést általában versengő magatartással, sürgetettséggel, a munka-terhek túlvállalásával és ellenséges, gyakran agresszív viselkedéssel szokták jellemezni. A diagnosztikus munkában a viselkedés-jellemzők fiziológiai jeleit és szimptómáit is figyelembe veszik, és A-típusú viselkedésként értelmezik a feszült posztúrát, a gyors járást, az ismétlődő végtagmozgásokat, a sóhajtó levegő-vételt, stb. Az A-típusú viselkedés különböző leírásai - akár viselkedéses, akár attitűd-jellegű vagy kognitív a megfogalmazásuk - kivétel nélkül hangsúlyozzák a sürgetettséget és az ellenséges magatartást. Úgy tűnik, hogy e két jellemző a "legellenállóbb" a kutatási eredmények különbségeivel szemben.

Virginia Price (1988) hívja fel arra a figyelmet, hogy az A-típusú viselkedés kutatásának kevéssé művelt területe a terápiás tapasztalatok és kutatási eredmények együttes vizsgálata.

---

* A dolgozat az OTKA-III. 2095. számú pályázat támogatásával készült

Az Erzsébet Kórházban második éve folyik a miokardiális infarktuson átesett személyek pszichoterápiás rehabilitációja, s ezzel párhuzamosan az A-típusú viselkedés mintegy 6 éve tartó kutatása. A rehabilitációban szerzett tapasztalatok és a kutatási eredmények egybevetése - az A-típusú viselkedés diagnosztikájának problémáival kapcsolatosan - cikkünk egyik célja.

A terápiás rehabilitáció folyamán nyilvánvalóvá vált, hogy a betegek gyakran és erősen A-típusúak, de ez csak az élethelyzetek elemzésekor derült ki. Ez a tény arra utal, hogy a video-strukturált interjú (VSI), s még kevésbé a Jenkins Activity Survey (JAS) egyedüli alkalmazása többnyire nem eléggé differenciáló diagnosztikai eljárás. Minthogy hazánkban mind többen kezdik alkalmazni a Jenkins-féle tesztet, használatához néhány kiegészítést kívánunk tenni.

Terápiás megfigyeléseink összecsengtek azokkal a vizsgálatokkal is, amelyek szerint az A-típusú személyekre nem jellemző a szorongás és a neuroticitás, viszont az ilyen betegek rigid ragaszkodása megszokott megoldási sémáikhoz a rigiditás vizsgálatának szükségességére hívta fel a figyelmet. Dolgozatunk második része ezzel a kérdéskörrel foglalkozik.

A Jenkis-féle A-típusú viselkedés-mérés problémái

Az A-típusú viselkedés egyik elterjedt mérőeszköze a Jenkins Activity Survey (JAS, Jenkins és mtsai, 1979). Egyes vizsgálatok a JAS-vel mért A-típusú viselkedést a koronária megbetegedéssel kapcsolatosnak találták (Zyzansky és mtsai, 1976; Jenkins és mtsai, 1976; Silver és mtsai, 1980; Cohen és mtsai, 1985; stb.), míg mások szerint a JAS faktorok nem jósolják megfelelően a koronária megbetegedést (Dimsdale és mtsai, 1978; Case és mtsai, 1985; Shekelle és mtsai, 1985; stb.).

A JAS faktorok az irodalmi adatok szerint közepes szinten korrelálnak az A-típusú viselkedést legjobban diagnosztizáló strukturált interjú (SI) eredményeivel (Anderson és Waldron, 1983; Chesney és mtsai, 1981; Matthews és mtsai, 1982, stb.).

A mérési, illetve eljárásbeli különbségek jelentőségét emelik ki azok a vizsgálatok, amelyek szerint az extrém magas JAS értékek mellett a koronária betegség sokkal valószínűbb, mint a B-típusú személyeknél (Krantz és mtsai, 1979), valamint azok a vizsgálatok, amelyek szerint a JAS faktorok mértéke függ az iskolázottságtól, az életkortól és a nemtől (Zyzansky, 1978; In: Dembroski és mtsai, 1978). Jenkins a kérdőív értékelésének kézikönyvében (Jenkins és mtsai, 1979) hangsúlyozza ugyan, hogy kérdőíve a középkorú, magasabb iskolázottságú férfiak esetében alkalmazható, a teszt alkalmazói azonban ezt nem mindig vették figyelembe.

Előző munkánkban (Kakas és mtsai, 1991) kitűnt, hogy a JAS-faktorok a magyar mintában is az életkor és az iskolázottság függvényei.

További problémát okozhat az a tény, hogy a JAS az A-típusú viselkedés egyik leginkább veszélyeztető tényezőjét, az ellenséges magatartást csak gyengén mutatja ki (Matthews, 1982). Ez utóbbi jelenség indította Willamst és munkatársait arra, hogy az ellenségeskedést a Cook-Medley-féle kérdőívvel mérjék, s A-típusúnak tekintsék azt,

aki ezzel a kérdőívvel vizsgálva magas ellenségeskedés (Ho) pontértéket ad (l. Williams, 1989).

A JAS gyenge validitásának további oka az is, hogy sem a beszédstílust, sem más, nonverbális pszichomotoros aktivitást nem mér, amely pedig lényeges eleme az A-típusnak, amit a sturkturált interjú (SI) regisztrál.

Mindezen problémákból tulajdonképpen azt a következtetést lehet levonni, hogy a JAS alkalmazása az infarktus pszichológiai kockázati tényezőjének megállapítása szempontjából legalábbis problémákkal terhes.

A-típusú viselkedés, szorongás és rigiditás

Az A-típusú viselkedés Rosenman és mtsai (1988) megfogalmazása szerint nincs kapcsolatban a szorongással, a félelemmel, a neurózissal, vagy a depresszióval.

JAS-vel mért A-típusú viselkedés összetevők egyes vizsgálatok szerint a szorongással és az emocionális distresszel nem korrelálnak (Smith és mtsai, 1983; Smith és O'Keefe, 1985). A Smith-csoporttal ellentétben a szorongás és - az önkitöltős kérdőívekkel nyert - A-típusú viselkedés faktorok között pozitív korrelációt kaptak Bass (1984), valamint Irvin és munkatársai (1982).

Más vizsgálatok a JAS faktorai és a neuroticitás, valamint a depresszió között találtak együttjárást (Dimsdale és mtsai, 1978; Irvin és mtsai, 1982).

Julkunen és munkatársai (1990) a szorongás és az A-típusú viselkedés vonatkozásában az infarktuson átesett személyeknél azt az összefüggést találta, hogy bár tendencia van arra, hogy az A-típusúak kevésbé szoronganak, mint a B-típusú betegek, a szorongás mértéke sokkal prediktívebb az újra bekövetkező infarktus, illetve a hirtelen halált illetően, mint az A-típusú viselkedés.

Ugyancsak terápiás tapasztalataink indítottak a rigiditás vizsgálatára. Igazolódni látszott az a Dunbar (1950) megfigyelése óta gyakran alátámasztott tény, miszerint a koronáriabetegek - éppúgy, mint egyéb pszichoszomatikus megbetegedésben szenvedők - attitűdjeikben, életvezetésükben egyaránt rigidek. Ezt azonban az A-típusú viselkedéssel kapcsolatosan - ismereteink szerint - nem vizsgálták.

Vizsgálati eljárásunk

Mind a betegek, mind az egészségesek több csoportjával végeztünk vizsgálatokat, s így az egyes csoportok elemszámai különböztek, ezért a személyek számát az adott vizsgálat ismertetésénél adjuk meg.

A betegek szövődménymentes, első miokardiális infarktuson átesett, munkaképes korú, rehabilitációban résztvevő személyek voltak. A vizsgálatokat az infarktust követően 3-6 héten belül végeztük el. A rehabilitáció két részből áll: fizikális rehabilitáció (gyógytorna) és pszichológiai tanácsadás. A gyógytorna heti két alkalommal, a tanácsadás hetente egyszer, másfél órát vesz igénybe.

Az A-típusú viselkedést a JAS-vel (Jenkins és mtsai, 1979), az ellenségeskedést a Cook-Medley-féle Hostility kérdőívvel (Barefoot és mtsai, 1989) vizsgáltuk. A szorongás mértékének megállapításához a Spielberger-Sipos-féle szorongást mérő kérdőívet (Sipos és Sipos, 1983), a rigiditás mérésére a Brengelmann-Tringer-féle kérdőívet (Tringer, 1969) alkalmaztuk. Az eredmények értékelését kovarianciaanalízissel, illetve parciális korrelációval végeztük. Az életkor és az iskolázottság hatását, illetve ahol szükségesnek mutatkozott, a nem hatását is kiszűrtük. Az iskolázottság szerinti csoportosításnál magas iskolázottságúaknak tekintettük az érettségit, illetve annál magasabb iskolai végzettséget elérő személyeket, és alacsony iskolázottságúaknak vettük az ennél alacsonyabb végzettségűeket. Az életkori csoportosítás "vágási-pontja" 45 év volt.

Eredmények

Az ellenségeskedés vizsgálatai

Az egészséges és infarktust szenvedett betegek adatai közötti különbségek:

A Jenkins-féle kérdőívvel kapcsolatos vizsgálatokról - az egészséges és beteg csoport adatainak különbségéről, a kérdőív tételeinek faktor-képző tulajdonságáról és a JAS faktorokkal való azonosságukról a magyar mintában - korábbi (B. Kakas és mtsai, 1991) tanulmányunkban beszámoltunk. Ezért a következőkben az ellenségeskedéssel (Ho) kapcsolatos eredményeinket közöljük.

A *1. táblázat* 202 infarktust szenvedett és 614 egészséges, kontroll személy Cook-Medley teszttel mért ellenségeskedésének (Ho) az életkor, a nem, az iskolázottság és a csoport (infarktus/kontroll) változóktól való függését mutatja be.

A nem az adatokra jelentős hatást nem gyakorolt. Mind az iskolázottság és az életkor, mind a csoportba tartozás (egészséges/beteg) jelentősen befolyásolja a Ho mértékét. Ezenkívül a csoport és az iskolázottság interaktív módon is hat a Ho értékeire.

1. táblázat:

Faktor	csoportosító változó	F(1.808)	p
Ho	kor	12.27	0.0005
Ho	isk	29.63	0.0000
Ho	nem	0.15	0.6993
Ho	csop	8.17	0.0044
Ho	csop x isk	6.33	0.0121

A *2. táblázatban* bemutatjuk a Ho mutató átlagait az életkor, az iskolázottság és a csoportosítás figyelembevételével, tekintettel arra, hogy e csoportosító változók hatása volt jelentős az adatokra.

2. táblázat:

	Kontroll				Infarktusos			
	M. isk. Fiat.	M. isk. Id.	A. isk. Fiat.	A. isk. Id.	M. isk. Fiat.	M. isk. Id.	A. isk. Fiat.	A. isk. Id.
N:	336	132	80	66	19	95	15	73
Ho	11.8	12.9	14.3	15.4	14.4	13.9	13.9	15.2
s.d.	3.7	3.8	4.2	4.2	2.7	4.4	3.2	3.6

Rövidítések: M. isk. = magas iskolázottság (érettségi vagy több)
A. isk. = alacsony iskolázottság (8 általános vagy annál kevesebb)
Fiat. = 45 éves vagy fiatalabb
Id = 45 évesnél idősebb

A Ho-faktorban, amely az ellenségeskedés mértékét méri, a legnagyobb különbség a magas iskolázottságú fiatal egészséges és infarktuson átesett személyek között van ($p < 0{,}001$). A jelenség kétféleképpen is magyarázható: azok a fiatal személyek kapnak infarktust, akik magas Ho értéket adnak, vagy az infarktus az iskolázottság által beépített kontrollt csökkenti, azaz megbetegedésük után az ilyen személyek jobban kimutatják ellenségeskedő hajlamukat.

Az alacsony iskolázottságúak ellenségeskedése nem különbözik a beteg és a kontroll csoport között. (Akár feltehető az is, hogy a kórházi környezet, a pszichológus jelenléte is befolyásolják az ellenségeskedő válaszok mértékét, éspedig oly módon, hogy az alacsonyabb iskolázottságú személyek számára moderáló tényezőként hatnak.)

Az iskolázottság csökkenti, az életkor növeli a Ho mértékét. Az iskolázottság * csoport interakció jellegéről az életkorok figyelembe vétele nélküli átlagok adnak felvilágosítást. Ezeket a *3. táblázatban* mutatjuk be. Az iskolázottság és a csoport-hatás interakciója abban nyilvánul meg, hogy a magas iskolázottságú beteg személyek esetében a kontrollhoz képest megnő a Ho-értéke, az alacsony iskolázottságúak esetében változatlan marad.

A Ho-val kapcsolatos eredményeink kevésbé robosztusak, mint amelyekről az irodalmi adatok beszámolnak. Williams (1989) könyvében több előrejelző vizsgálatot leír, amelyek szerint - különböző utánkövetéses időintervallumok alatt - a magas Ho érték 1,5-7-szer gyakoribb halálozást jelzett, mint az alacsony Ho érték. A magas Ho előrejelző tulajdonságát azonban csak a fiatalabb korosztálynál (35 év alatt) találták

3. táblázat

	Kontroll		Infarktusos	
	M. isk.	A. isk.	M. isk.	A. isk.
	N=468	N=146	N=114	N=88
Ho	12.1	14.8	13.9	15.0
s.d.	3.7	4.2	3.5	3.5

igen jelentősnek. A fiatal páciensek körében végzett összehasonlító koronária artéria vizsgálatok igazolták, hogy egy artéria elzáródás %-os mértéke mintegy 3-4-szeres azoknál, akiket magas ellenségeskedés pontérték jellemzett, azokhoz képest, akiknél a Ho pontérték alacsony volt (p. 61).

A posztinfarktusos betegek részvételével végzett vizsgálataink eredményét nehéz az irodalmi adatokkal összehasonlítani. Nem utánkövetéses vizsgálat esetén sohasem tudhatjuk, hogy eredményünk mennyire lehet azonos azzal, amit a beteg személyek akkor adtak volna, amikor még egészségesek voltak. Nem tudhatjuk, hány potenciális beteg van egészséges mintánkban. Ha a kórházban vesszük fel a betegekkel a teszteket, nem tudjuk milyen hatást gyakorol a környezet a válaszokra. Mégis, az az eredmény, hogy a fiatal egészséges és beteg korosztály különbözik a Ho pontértékben, összecseng a Williams munkacsoport eredményeivel. Azaz az ellenségeskedés mérésére nagyobb hangsúlyt helyezve megfelelőbb diagnosztikus támpontokhoz juthatunk, amelyek hatásosságát utánkövetéses módszerrel a továbbiakban még ellenőrizni kell.

Az A-típusú viselkedésnek a JAS-vel és a Cook-Medley teszttel való becslésekor tehát a következő eljárást követjük:

Tekintettel a JAS-vel kapcsolatos problémákra és alkalmazásának előnyeire - az SI-hez képest könnyű alkalmazhatóságára és a faktorok számszerűsítésére -, a csoportosító változókat munkánkban mindig figyelembe vesszük. Ezen kívül a JAS mellett felvesszük a Cook-Medley ellenségeskedés (Ho) skálát, kiegészítve az ellenségeskedés mértékével a személyről alkotott képet.

A JAS faktoroknál az életkori és iskolázottságnak megfelelő átlag + egyszeres szórás értékeket tekintjük diagnosztikai jelző értékűnek. Ezzel csatlakozunk Krantz és munkatársai (1979) eljárásához, akik csak az extrém magas JAS értékek esetén tekintették személyeiket A-típusúnak. Megjegyezzük, hogy gyakorlati munkánkban ezt az eljárást alkalmazzuk mintegy 6 éve.

A Ho értékelésekor azonban már akkor is ellenséges attitűdöt feltételezünk a vizsgálati személynél, ha ellenségeskedésének mértéke meghaladja az átlagot. Ezzel figyelembe vesszük azokat a kutatási eredményeket, amelyek szerint az ellenségeskedés a "legtoxikusabb" a koronária betegségek szempontjából.

A-típusú viselkedés, szorongás, rigiditás

A szorongás és rigiditás adatok kevésbé függtek az iskolázottságtól és az életkortól, mint a JAS adatok, ezért a csoport (kontroll/infarktus) és a nem mint csoportosító változók hatását vizsgáltuk, és az életkor és az iskolázottság hatását szűrtük ki. A szorongás és rigiditás adatok 223 kontroll és 41 infarktusos személytől származnak.

A variancia analízis eredményeit az *4/a. táblázatban* mutatjuk be. Az átlagok és szórás adatok az *4/b. táblázatban* láthatók.

4/a. táblázat

Változó	csoportosító változó	F(1.258)	p
Szorongás	csoport	18.2	0.0001
	nem	16.3	0.0001
	csop x nem	4.81	0.0291
Rigiditás	csoport	16.1	0.0001
	nem	5.75	0.017
	csop x nem	5.98	0.017

Kovariancia változók: iskolázottság, életkor

4/b. táblázat

	Kontroll		MI beteg	
	férfi	nő	férfi	nő
Szorongás	N=131	N=92	N=36	N=5
x	43.16	42.29	28.38	42.12
s.d.	8.02	8.7	13.78	13.84
Rigiditás				
x	20.64	20.74	31.40	23.45
s.d.	5.35	4.56	12.16	11.71

Mind a csoport-hatás, mind a nem-hatás igen erősen érvényesül az adatokra.

Az infarktuson átesett férfiak sokkal kevésbé szoronganak, de sokkal rigidebbek, mint az egészségesek. A nőkre ez nem vonatkozik, bár az alacsony elemszám miatt ez az eredmény nem általánosítható.

További elemzésünkben a nem, a kor, az iskolázottság hatását kiszűrtük, és parciális korrelációval vizsgáltuk a rigiditás és a szorongás együttjárását.

Az egészségesek rigiditása szignifikánsan pozitívan korrelált a szorongással ($r = 0{,}301$, $df = 218$, $p < 0{,}01$), a betegeknél szignifikáns negatív korrelálciót kaptunk a két adat között ($r = -0{,}541$, $df = 36$, $p < 0{,}01$)

Tehát nemcsak arról van szó, hogy a betegek kevésbé szoronganak és rigidebbek az egészségeseknél, hanem úgy tűnik, hogy a betegek a rigiditásuk növelésével harcolnak a szorongásuk ellen. A rigiditás, a sémák és sablonok használata, az erkölcsi normák sematikus alkalmazása a mindennapi életben valóban gyakran "leegyszerűsítheti" az életet, s a döntéssel és a differenciált helyzet-megítélés problémáival járó szorongástól a személyt mentesítheti. A betegek rigiditása a foglalkozások során olyan "kézzelfogható", hogy érthetővé válik a szív-betegek (illetve a pszichoszomatikus betegek) terápiás megközelítésének sok nehézsége.

Terápiás szempontból ennek a jelenségnek fontos következményei lehetnek. Az infarktusos betegek szorongásának csökkentése általában a terápiás eljárás részét alkotja. Látjuk azonban, hogy az infarktust szenvedett betegek egy része sokkal kevésbé szorong, mint az egészséges emberek általában. Rigid gondolkodásuk viszont arra predesztinálja őket, hogy életmódjukon mit sem változtatva, újabb infarktust kapjanak. Ám, ha a szorongás-csökkentés együttjár a rigiditás növekedésével (szorongáscsökkentő stratégiaként), akkor a személy attitűdje, életvezetése, gondolkodása, munkához való viszonya nehezebben változtatható meg, amelyre pedig általában nagy szükség van. Ezeknél a betegeknél elsősorban nem a szorongás csökkentést kell "megcélozni", hanem a sematikus gondolkodást felváltandó a problémák rugalmasabb kezelésére való készség kialakítására kell a hangsúlyt helyezni. Kivételt képeznek természetesen az akut időszakban fellépő igen erős szorongás rohamok!

Ezeknek az eredményeknek validitását növeli az a tény, hogy egybeesnek a terápiás foglalkozások során tapasztaltakkal.

Julkunen és munkatársai (1990) említett vizsgálataiban azonban az tűnt ki, hogy a szorongás magas mértéke sokkal prediktívebb az újabb infarktus bekövetkezését illetően, mint az A-típusosság. A szorongás az infarktust követő egy héten belül, illetve a kórházból való elbocsátás után 3 hónap múlva mérve szignifikáns mértékben nőtt. A rossz prognózist azonban az akut fázisban mért szorongás magasabb értéke mellett kapták. Betegeinknél mi az első héten nem végzünk pszichológiai vizsgálatokat. Mint a módszerek leírásánál kitűnt, legkorábban az infarktust követő 3. héten került sor pszichológiai teszt felvételére. Természetesen a szorongás csökkentése az akut fázisban nálunk is a pszichológus egyik feladata. Azt, hogy az akut fázisban megélt szorongás mértéke milyen, s a nagyobb szorongás kapcsolatos-e az ismételt infarktus nagyobb valószínűségével, nem vizsgáltuk.

A szorongás és az A-típusú tulajdonságok

Minthogy a szorongás értéke az egészséges személyeknél sokkal magasabb, mint a betegeknél, a szorongás hatását az A-típusú viselkedés faktoraira a két csoportban külön kellett vizsgálnunk.

A *5/a.* és *5/b. táblázat* bemutatja, hogy milyen különbségek vannak az egyes A-típusú faktorokban a magas és alcsony szorongású személyek között.

5/a. táblázat. Egészségesek

	Szorongás < 44 N = 92		Szorongás > 44 N = 74			
	M	SD	M	SD	F(1.161)	p <
S	168.46	60.56	195.87	70.85	5.9	0.05
H	119.37	24.68	109.34	24.95	5.98	0.001
Ho	11.21	3.17	13.78	3.65	23.42	0.0001

Kovariancia változók: iskolázottság, életkor

S - sürgetettség
H - kemény (hard) munkastílus
Ho - ellenségeskedés

5/b. táblázat. Betegek

	Szorongás < 31 N = 21		Szorongás > 31 N = 20			
	M	SD	M	SD	F(1.161)	p <
Ho	12.57	4.38	14.8	3.79	4.11	0.05
Rigiditás	38.18	10.34	22.75	7.35	27.03	0.0001

Kovariancia változók: iskolázottság, életkor

Az átlagértékekből kitűnik, hogy az S-faktor, a sürgetettség és irritabilitás faktora az egészséges személyeknél, a Ho-faktor, az ellenségeskedő attitűd, mind az egészségeseknél, mind a betegeknél a nagyobb szorongású személyek esetében nagyobb. Ez az eredmény Smith és munkatársainak (1983) eredményével ellentétes,

ám Bass (1984), illetve Irvin és munkatársai (1982) említett eredményeivel azonos összefüggéshez jutottunk. Bass a vizsgálatait ugyan a Bortner-skálával végezte, ám annak egyik jellemzője, hogy a sürgetettség erősen hangsúlyozódik benne, s így a JAS S-faktorára vonatkozó eredményeink Bass eredményeivel összehasonlíthatók.

Az ellenségeskedés és a szorongás együtt növekedése a szorongásból következő védekező mechanizmusként is értelmezhető.

A H-faktor, amely a kemény, versengő munkastílusra jellemző faktor az egészségesek körében viszont azoknál a személyeknél magasabb, akik nem szoronganak. Ez az eredmény - a tapasztalatok fényében - magyarázható. Azoknak a személyeknek, akik nagyon sokat dolgoznak, a munka megszállottjai, szünet nélküli munkájuk "ellenértékeképpen" csökken szorongásuk. Akár az a hipotézis is megállhatja a helyét, hogy a szorongás leküzdésének egyik módja a kemény, megállás nélküli munka. (Az angolszász irodalom az ilyen típusú embert "workoholic"-nak nevezi, utalva arra, hogy olyan szenvedélybetegei a munkának, mint az alkoholisták az italnak. Folytatva az analógiát, a munka ezeknél a személyeknél épp úgy szolgálhat a szorongás leküzdésére, mint az alkohol az alkoholistáknál.)

A rigiditás és az A-típusú jellemzők

A rigiditás mértéke szerint csoportosított egészséges személyek adatai csupán az ellenségeskedés mértékében különböztek jelentősen egymástól. Az átlagértékeket a *6. táblázat* mutatja. A betegek rigid és nem rigid csoportjai között egyetlen A-típusú jellemzőben sem találtunk szignifikáns különbséget.

6. táblázat. Egészséges személyek

	Rigiditás < 20 N = 85		Rigiditás > 20 N = 81			
	M	SD	M	SD	F(1.161)	p <
Ho	11.85	3.69	12.88	3.58	4.1	0.05

Az az eredmény, hogy a rigid ember ellenségesebb is, mint a kevésbé rigid, tulajdonképpen a rigiditással együttjáró tényként értelmezhetjük. A rigid ember sokkal több "helytelen", elítélendő dologgal, hibásan viselkedő emberrel van körülvéve (saját kategóriái szempontjából), mint a rugalmasabban gondolkodó, elnézőbb személy. Azaz az elítélendő, ellenségességet, agressziót kiváltó események percepciója a rugalmatlan személy esetében kiélezett. A meglepőbb, hogy a betegek körében nincs erre vonatkozó szignifikáns eredmény. Bár a különbségek iránya a beteg személyeknél

feltételezhetővé teszi, hogy nagyobb minta esetén kimutatható lenne, hogy a rigid beteg személyek ellenségeskedése is nagyobb, mint a kevésbé rigid betegeké.

A szorongás mérésére Spielberger trait kérdőívét (Sipos és Sipos, 1983) alkalmaztuk; a rigiditás kérdőív egyszerűen nem alkalmas állapot-jellegű rigiditás mérésére, ezért mind a szorongással, mind a rigiditással kapcsolatos eredményeink ellenállóbbak azzal a problémával szemben, amit az A-típusú viselkedés becslésével kapcsolatos gondjaink között említettünk. Míg a viselkedés - akár a JAS-vel mért faktorok, akár az ellenségeskedés - megváltozhat egy betegség hatására, a személyiségvonások nagymértékű megváltozása (nem idegrendszeri károsodás esetén) kevésbé valószínű.

Összefoglalás

Munkánk első része az A-típusú viselkedés diagnosztikájához ad néhány szempontot.

Az A-típusú viselkedés becslésekor a következőket szeretnénk kiemelni:

A Jenkins-faktorok mérésekor a faktorok csoport-átlaghoz viszonyított egyszeres szórás értékkel való emelkedését tekintjük diagnosztikus jelnek. (Kivéve a munkával való azonosulás J-faktorát, amely - mint előző munkánkból kitűnt - inkább védő, mint veszélyeztető faktor. A J-faktor esetében az átlagból levonjuk az egyszeres szórást, s ha annál kisebb a személy J értéke, akkor vesszük figyelembe.)

A Ho esetében már a csoport-átlagot meghaladó értéket is magasabb ellenségeskedésként értelmezzük.

A JAS faktorok magas értékei esetén fontos, hogy a személy A-típusosságáról egyéni beszélgetés keretében is meggyőződjünk.

Ne támaszkodjunk egyedül a teszt adataira.

A JAS Manual (Jenkins és mtsai, 1979) előírásait gondosan be kell tartani.

A dolgozat második részében a szorongás és a rigiditás összefüggéseit tárgyaltuk. A szorongás és rigiditás összefüggései alapján úgy tűnik, a betegek sajátos "szorongás-elhárítási" manőverébe nyertünk bepillantást, amennyiben betegeknél a szorongás és a rigiditás negatív összefüggést mutat. Az egészséges személyek, ha A-típusúak, akkor versengők, és kemény munkával küzdenek a szorongás ellen - amíg bírják.

A szorongás és a rigiditással kapcsolatos eredményeink mind a diagnózis, mind a terápiás beavatkozás szempontjából felhasználhatók. Az A-típusú viselkedés vizsgálatakor általában kitöltetjük a rigiditás kérdőívet is, s amennyiben a személy nagyon rigid gondolkodásról tesz tanúságot, és egyéb A-típusú viselkedés-jellemzőben is kiemelkedő pontértéket ér el, akkor a veszélyeztetettség "súlyát" megnöveljük, fokozott figyelmet fordítva a rehabilitációra.

Minthogy a rigiditás az egészséges személyeknél az ellenségeskedéssel együtt jár, s mindkettő a beteg személyeknél magasabb, mint az egészségeseknél, a rigiditást az A-típusú viselkedés egyik jellemzőjeként fogjuk fel, mint pl. a versengést, vagy a

sürgetettséget. (Egyelőre azzal a megszorítással, hogy nem tudjuk, mennyire specifikus a kardiovaszkuláris betegségekre, s mennyire általános pszichoszomatikus jellemző.)

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1993. április 27.

IRODALOM

Anderson, J. R., Waldron, I. (1983). Behavioral and content components of the Structured Interview assessment of the Type A behavior pattern in women. *Journal of Behavioral Medicine, 6*, 123-134.

Barefoot, J. C., Dodge, K. A., Peterson, B. L., Dahlstrom, W. G., Williams, R. B. (1989). The Cook-Medley Hostility Scale Item content an ability to predict survival. *Psychosomatic Medicine, 51*, 46-57.

Bass, C. (1984). Type A behavior in patients with chest pain: test-retest reliability an psychometric correlates of Bortner scale. *Journal of Psychosomatic Research, 28*, 289-300.

Case, R. B., Heller, S. S., Case, N. B., Moss, A. J. (1985). Type A behavior and survival after acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine, 312*, 737-741.

Chesney, M. A., Eagleston, J. R., Rosenman, R. H. (1981). Type A behavior: Assessment and intervention. In: Prokop, C., Bradley L. (eds). *Medical psychology: Contributions to behavioral medicine*. Academic Press, New York

Cohen, J. B., Reed, D. (1985). Type A behavior and coronary heart disease among Japanese men in Hawaii. *Journal of Behavioral Medicine, 8*, 343-352.

Dembroski, T. M., Weiss, S. M., Shields, J. L., Haynes, S. G., Feinleib, M. (1978). *Coronary prone behavior*. Springer, New York.

Dimsdale, J. E., Block, P. C., Catanzano, D. M., Hacketgt, T. P., Hutter, A. M. (1978). Type A personality and extent of coronary atherosclerosis. *American Journal of Cardiology, 42*, 583-586.

Dimsdale, J., Hackett, T., Block, P., Hutter, A. (1978). Emotional correlates of the Type A behavior pattern. *Psychosomatic Medicine, 40*, 580-585.

Dunbar, F (1950). Emotions and bodily changes. Columbia Univ. Press. New York. Magyar nyelven: Császár Gy. (1980). *Pszichoszomatikus orvoslás*. Medicina. Budapest.

Houston, B. K., Snyder, C. R. (eds., 1988). *Type A behavior pattern*. Wiley, New York.

Irvin, J. L., Lyle, R., Allon, R. (1982). Type A personality as psychopatalogy Personality correlates and an abbreviated scoring system. *Journal of Psychosomatic Research, 26*, 183-189.

Jenkins, C. D., Rosenman, R. H., Zyzansky, S. J. (1974). Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary prone behavior pattern. *New England Journal of Medicine, 23*, 1271-1275.

Jenkins, C. D., Zyzansky, S. J., Rosenman, R. H. (1979). *Jenkins Activity Survey (JAS Manual)*. The Psychological Corporation, New York.

Julkunen, J., Ianpaan-Heikkila, U., Saarinen, T. (1990). Type A behaviour, anxiety and the first-year prognosis of a myocardial infarction. In: Teoksessa (ed). *Theoretical and applied health psychology*. Academic, Harwood.

B. Kakas G., Ittzés L., Gara I., Szelekovszky S., Naszlady A. (1991). Az A-típusú viselkedés mérése és kapcsolata az érzelmekkel és a megküzdő viselkedéssel. *Magyar Pszichológiai Szemle, 49*, 151-174.

Krantz, D. S., Matthews, K. A., Sanmarco, M. E., Sylvester, R. H. (1979). Psychological correlate of progression of atherosclerosis in men. *Psychosomatic Medicine, 41*, 467-475.

Matthews, K. A., Krantz, D. S., Dembroski, T. M., MacDougall, J. M. (1982). Unique and common variance in Structured Interview and Jenkins Activity Survay assessment of the Type A behavior pattern. *Journal of Personality and Social Psychology, 42*, 303-313.

Matthews, K. A., Glass, D. C., Rosenman, R. H., Bortner, R. W. (1977). Competitive drive, Pattern A, and coronary heart disease: A further analysis of some data from Western Collaborative Group Study. *Journal of Chronic Diseases, 30*, 489-498.

Price, V. A., 1988 : Research an clinical issues in treating Type A behavior. In: Houston, B. K., Snyder, C. R. (eds). *Type A Behavior Pattern*. Wiley. New York. Ch. 2.

Rosenman, R. H., Swan, G. E., Carmelli D. (1988). Definition, assessment and evolution of the Type A behavior pattern. In: Houston B. K., Snyder C. R. (eds). *Type A Behavior Pattern*. Wiley. New York. Ch. 2.

Shekelle, R. B., Gale, M., Norusis, M. (1985). Type A score (Jenkins Activity Survey) and risk of recurrent coronary heart disease in the aspirin Myocardial Infarction Study. *American Journal of Cardiology, 56*, 221-225.

Silver, L., Jenkins, C. D., Melidossian, C., Ryan, R. J. (1980). Sex differec in the psychological correlates of cardiovascular diagnosis and coronar angiographic findings. *Journal of Psychosomatic Research, 24*, 327-334.

Sipos, K., Sipos, M. (1983). The development and validation of the Hungarian form of the state-trait anxiety inventory. In: Spielberger, C. D., Diaz-Guerro, R. (eds). *Cross cultural anxiety. Vol. 2*. Hemisphere, Washington, 27-39.

Smith, T. W., Houston, B. K., Zurawski, R. M. (1983). The Framingham Type A Scale and anxiety, irrational beliefs, and self-control. *Journal of Human Stress, 3*, 32-37.

Smith, T. W., O'Keefe, J. L. (1985). The inequivalence of self-report of Type A behavior: Differential relationships of Jenkins Activity Survey and Framingham scale with affect, stress, and control. *Motivation and Emotion, 9*, 299-311.

Tringer, L. (1969). A Brengelmann-féle személyiségvizsgáló kérdőív magyar változata. *Magyar Pszichológiai Szemle, 26*, 477-491.

Zyzansky, S. J., Everist, M. Flessas, A., Jenkins, C. D., Ryan, T. J. (1976) Psychological correlates of coronary angiographic findings. *Archives of International Medicine, 136*, 1234-1237.

Zyzansky, S. J. (1978). Coronary-prone behavior pattern and coronary heart disease: Epidemological evidence. In: Dembroski, T. M., Weiss, S. M., Shields, J. L., Haynes, S. G., Feinleib, M. (eds), *Coronary prone behavior.* Springer, New York. Ch. 2.

Williams, R. B., Barefoot, J. C. (1988). Coronary prone behavior. The emerging role of the hostility complex. Houston, B. K., Snyder, C. R. (eds). *Type A Behavior Pattern*. Wiley. New York. Ch. 9.

Williams, R. (1989). *The trusting heart*. Times Books. New York. 49-71.

SUMMARY

On the questionnaire measures of the A type behavior: anxiety and rigidity in healthy subjects and in post-infarct patients

B. Kakas, Gizella; Ittzés, Lilla; Gara, Imre

The Jenkins Activity Survey (JAS) and the Cook Medley Hostility (Ho) questionnaire were applied in 202 myocardial infarct (MI) patients and 611 healthy volunteers (C: Control) for measuring A-type behavior. On the basis of the results, Ho questionnaire is suggested to be used, in addition to the JAS, for the assessment of type-A behavior. Ho scores proved to be also age and education dependent.

Part of the subjects (41 MI and 223 C) participated in a second study applying anxiety and rigidity measures. These groups were proved to differ in the degree of both anxiety and rigidity: MI patients were less anxious and more rigid, compared to the controls. This result were found only in males. Partial corrrelations (where age, sex and education were partialled out) indicated that the MI patients cope with anxiety by rigidity, while the controls by hard working style.

SZEMÉLYISÉGDIMENZIÓK TÁPLÁLKOZÁSI ZAVAROKBAN*

W. NÉMETH KINGA

A tanulmány célja annak vizsgálata volt, hogy léteznek-e megkülönböztető személyiségmutatók a táplálkozási zavarokban szenvedőknél, valamint hogy bizonyos személyiség-mutatók hozzárendelhetők-e bizonyos táplálkozás zavar-típusokhoz. Fő hipotézisünk azt vizsgálja, hogy a táplálkozási zavarokban szenvedők, mint csoport, több borderline személyiségjeggyel rendelkezik-e, mint a normál kontrollcsoport. Ehhez járul az a két kiegészítő hipotézis, melyek szerint az anorexiások a bulimiásoknál fokozottabb mértékű szkizotípiát mutatnak, míg a bulimiások az anorexiásoknál fokozottabb mértékű borderline személyiségzavarral jellemezhetők. A pszichiátriai diagnózisok alapján a kísérleti csoporton belül a következő alcsoportokat különítettük el: lazán definiált anorexiások (15 fő), lazán definiált bulimiások (14 fő), restriktív anorexiások (6 fő), szorosan definiált bulimiások (10 fő) és minden beteg a restriktív anorexiások kivételével (25).

A fő hipotézist egy diagnosztikus interjú (Diagnostic Interview for Borderline, DIBS) felvételével vizsgáltuk, amelyet a táplálkozási zavarban szenvedő betegek közül 14-gyel, a kontroll személyek közül pedig 9-cel folytattunk le. A vizsgálat két kiegészítő hipotézise a teljes populáció alapján kialakított fenti alcsoportok közvetlen összehasonlítása útján vált tesztelhetővé, a Szkizotípia kérdőív alkalmazásán keresztül, amely a borderline, az extraverzió, neurózis, pszichózis és hazugság skálákat is magába foglalja.

A Szkizotípia kérdőív segítségével végzett felmérés eredményei megerősítik a DIBS eredményeit. Mindkét eredmény a várakozásoknak megfelelően azt bizonyítja, hogy a táplálkozási zavarokban szenvedők fokozott patológiát mutatnak a borderline személyiségzavarok irányában. A táplálkozási zavaros betegek esetében a vizsgálat ezen felül hangsúlyozott abnormalitást talált a neurotikusság, a pszichoticizmus és a szkizotípia tekintetében. Az anorexia nervosás és a bulimia nervosás betegek összehasonlítása ezzel szemben nem fedett fel szisztematikus különbséget a két vizsgált populáció között.

---

* Köszönettel tartozom Túry Ferencnek és Rihmer Zoltánnak, akik a magyar betegekkel végzett vizsgálatokat lehetővé tették. Külön köszönet illeti Túry Ferenc főorvost, aki a szakirodalom jelentős részét rendelkezésemre bocsátotta, és számos szakmai tanáccsal segítette munkámat. A brit beteganyag feldolgozásában és a vizsgálómódszerek rendelkezésemre bocsátásában G. Claridge-nek tartozom köszönettel. A tesztek magyar nyelvű változatát az ELTE Személyiség és Klinikai Pszichológiai Tanszéke bocsátotta rendelkezésemre.

Bevezetés

A táplálkozási zavar egy lehetséges definíció szerint a táplálkozás olyan mérvű patológiája, amely veszélyezteti a testi vagy lelki egészséget (Harris, 1983).

A táplálkozási zavarok természete igen összetett: áttekintésükhöz elengedhetetlen a pszichológiai, fejlődéslélektani, biológiai és környezeti összetevők figyelembe vétele. A rendelkezésre álló adatok szerint a táplálkozási zavarok gyakorisága napjainkban immár szinte epidémiai mértékű. Hatalmas mennyiségű kutatási anyag látott és lát napvilágot a tárgykörben.

A jelen tanulmány célja annak a vizsgálata, hogy léteznek-e olyan személyiség-mutatók, amelyek megkülönböztetik a táplálkozási zavarokban szenvedőket az egészségesektől, valamint hogy bizonyos személyiség-mutatók hozzárendelhetők-e bizonyos táplálkozási-zavar-típusokhoz.

A Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III., 1980) a következő táplálkozási zavarokat sorolja fel: *anorexia nervosa, fonák étvágy, csecsemőkori kérődzés (rumination disorder of infancy), bulimia* és *bulimarexia*. A DSM-III-R (1987) a 'bulimia' kifejezés helyett a '*bulimia nervosa*' terminust használja. A legismertebb táplálkozási zavarok az *anorexia nervosa,* valamint a *bulimia nervosa* vagy *farkasétvágy/falás*.

Az *anorexia nervosa* diagnosztizálása, bár a kórképet több mint száz évvel ezelőtt leírták (Laségue, 1874), továbbra is problematikus (pl. Rollins és Piazza, 1978). A *bulimarexiát*, tehát a falásrohamokat követő purgálást egyes kutatók az anorexia nervosához rendelik (Casper és mtsai, 1980), mivel a betegek anorexiásan soványak, mások különálló kórképnek tekintik (pl. Boskind-Lodahl és White, 1978). A bulimarexia a bulimia és az anorexia átmeneti állapota, a kettő tünetei keverednek, tehát az anorexiás soványság mellett bulimiás jelenségek vannak. A DSM-III-R szerint a bulimarexia két diagnózist kap: anorexia és bulimia.

A *bulimiát* a szakirodalom hagyományosan az anorexia nervosával kapcsolja össze (Casper és mtsai, 1983). 1979-ig nem is tekintették különálló kórképnek. Diagnosztikai kritériumai csak 1979-től különülnek el (Russell, 1979). Bár a *falásrohamokat* általánosan táplálkozási zavarként tartják számon (Stunkard, 1959), egységes definíciójuk ma sincs. A 'binge-eating' és 'bulimia' kifejezéseket gyakran szinonímaként használják (Casper és mtsai, 1980). Falásrohamok normál populációban is előfordulnak (Hawkins és Clement, 1980), a jelek szerint a testsúlytól függetlenül (Wolf és Crowther, 1983).

A táplálkozási zavarok kategorizálásakor (Herzog és Norman, 1985) az *anorexia nervosán* belül két alcsoport különíthető el: a *restriktív anorexiások* és a bulimiás tünetegyüttessel rendelkező ún. *alacsony testsúlyú bulimiások* (Beaumont és mtsai, 1976; Halmi és Falk, 1982; Vandereycken és Pierloot, 1983) csoportja. A DSM-III (1980) a *normál testsúlyú bulimiát* már külön kórképként kezeli. Létezik egy másik normál testsúlyú alcsoport is, amelynek bizonyos pszichológiai jellemzői az anorexiás alcsoportéval egyeznek meg (pl. félelem az elhízástól, testképzavar). Ezek az ún. '*kövér-sovány egyének*' (Bruch, 1974).

Testsúly alapján különül el a táplálkozási zavarok többi alcsoportjától az *elhízottak* csoportja (Stunkard, 1959). A túlsúlyos bulimiások *bulimiás adipositás*sal jelölt alcsoportot alkotnak (Fichter, 1991).

Mindkét fő táplálkozási zavar esetében fellelhetők a szubklinikus megjelenési formák is. A DSM-IV (Walsh, 1991) pl. a *szubklinikus bulimia nervosa* megjelölésére a binge-eating elnevezést alkalmazza.

Amint az a fentiekből kitűnik, a táplálkozási zavarok jelenleg a fogalmi bizonytalanság állapotában vannak. A 10 éve még egymást átfedő elnevezések mára már kezdenek letisztulni. Ami a klinikai gyakorlat mögött meghúzódó elméletet illeti, a fentebb ismertetett kategóriák két, egymásnak ellentmondó ágra bomlanak. Mindkét tudományos álláspont a különböző táplálkozási zavarok közötti kapcsolaton alapszik.

A két nézet közül a hagyományosabb és a hosszabb múltra visszatekintő talán a *táplálkozási zavarok különállóságának a hipotézise* nevet viselhetné. Ez az elmélet az irodalomban inkább csak implicite, hallgatólagosan lelhető fel. Fő megjelenési formái a táplálkozási zavarok fajtáival és alfajaival külön-külön foglalkozó munkák (pl. Beaumont és mtsai, 1976; Boskind-Lodahl és White, 1978; Gilbert, 1986; Gordon, 1990; Hajnal, 1987; Halmi és Falk, 1982; Harris, 1983; Lacey, 1983; Margo, 1987; Rátay, 1987; Russel, 1979; Simon és Tölgyes, 1990; Wolf és Crowther, 1983; Yellowlees, 1985).

A fenti szerzőknek köszönhetően a táplálkozási zavarok kutatása egyre tökéletesebb leírásokkal és összefoglalókkal szolgál a táplálkozási-zavar-típusokról.

Minthogy a jelen tanulmány fókuszpontjában az anorexia és a bulimia áll, a következőkben ezeket a kórképeket tárgyaljuk, rövid ismertetés formájában. A második nézetet ezután ismertetjük.

Anorexia nervosa

Az összefoglaló Beaumont és mtsai (1976), Gilbert (1986), Gordon (1990), Hajnal (1987), Halmi és Falk (1982), Margo (1987), Rátay (1987), Zellowlees (1985), Túry (1991), Túry és Szabó (1989, 1991a, 1991b) Túry és mtsai (1992) munkái alapján készült.

A kórképet különféle szerzők sokféleképpen jellemezték: például "lankadatlan törekvés a soványságra" (Bruch, 1974), "félelem a kövérségtől" (Russell, 1977), vagy "súlynövekedési fóbia" (Crisp és mtsai, 1980). Az anorexia diagnosztikus kritériumai változóak (Garfinkel és Garner, 1982).

A DSM-III-R a következő diagnosztikai alapkritériumokat szögezi le:

1. a beteg nem hajlandó testsúlyát a korának és magasságának minimálisan megfelelő súly felett megtartani;
2. a beteg retteg a súlygyarapodástól és az elhízástól;
3. a beteg testképe patológiás (pl. "kövérnek" érzi magát);
4. lányoknál amenorrhea.

A patológiás testkép azóta vált diagnosztikus kritériummá, mióta a szakirodalomban először történt utalás arra, hogy bizonyos perceptuális tünetek és a soványság tagadása az anorexiában kórjelző (Bruch, 1962).

Ezt a testkép-zavar típust egyes szerzők a dysmorphophobia egy változatának tekintik (Buvat és Buvat-Herbaut, 1978).

Amint arra fentebb már rámutattunk, a szakirodalomban több utalás történt arra, hogy a "kizárólag koplaló" anorexiások különböznek a "falásrohamokkal küzdő, önhánytató és purgáló" anorexiásoktól (pl. Beaumont és mtsai, 1976). A koplaló betegek a jelek szerint inkább introvertáltak, gyakrabban tagadják le éhségérzetüket és csak kisebb mértékű lelki szenvedésről számolnak be. A bulimiás anorexiások ezzel ellentétben inkább extravertáltak, gyakrabban ismerik el, hogy éhesek, és többet szorongnak, deprimáltabbak, valamint többet szenvednek a bűntudattól, az érzékenységtől és különféle szomatikus panaszoktól (Casper és mtsai, 1980). Mindebből következően elképzelhető, hogy a bulimiás anorexiások közelebb állnak a normál testsúlyú vagy éppen túlsúlyos bulimiásokhoz, mint a restriktív koplaló anorexiásokhoz. Lehetséges tehát, hogy a testsúlyhoz, az étkezéshez és a testképhez való hozzáállás hasonlósága fontosabb csoportosító elv, mint a testsúlybeli különbségek (Garner és mtsai, 1985).

Anorexiában a bulimia a jelek szerint premorbid obezitással, hányással, hashajtó-abúzussal és különféle impulzív viselkedésformákkal (alkohol- és kábítószer-élvezet, lopás, szuicidium és öncsonkítás) asszociálható (Garfinkel és mtsai, 1980).[1]

Bulimia nervosa

Az összefoglaló Gilbert (1986), Gordon (1990), Lacey (1982 és 1991), Russell (1977 és 1979), Simon és Tölgyes (1989), Wolf és Crowther (1983), Túry (1991), Túry és Szabó (1989, 1991a, 1991b), Túry és mtsai (1992), tanulmányai alapján készült.

Az anorexiásokhoz hasonlóan ezek a betegek is "morbid rettegéssel viseltetnek a kövérséget illetően" (Russell, 1979). Úgy stabilizálják testsúlyukat, hogy evés után hánynak vagy hashajtót használnak, esetleg mind a kettőt. A szindrómát nevezték már "étkezési káosz szindrómának" (Palmer, 1979);"beteges normál-súly-kontrolláló szindrómának" (Crisp, 1981), vagy csak egyszerűen "bulimiának". Definiálása és diagnosztizálása éppen olyan nehéz, mint az anorexia nervosáé (Gilbert, 1986).

A DSM-III-R idevonatkozó diagnosztikus kritériumai a következők:

1. ismétlődő falásrohamok (nagymennyiségű, magas kalóriaértékű táplálék gyors elfogyasztása);
2. kontrollvesztés élménye a falásrohamok alatt;

---

[1] Ez voltaképpen a korábban említett bulimarexia megfelelője.

3. önhánytatás, hashajtó- vagy vízhajtó-abúzus, szigorú diéta vagy koplalás, túlzásba vitt testmozgás a súlygyarapodást elkerülendő;
4. minimum heti két falásroham három hónapon keresztül;
5. állandó, túlzott foglalkozás az alakkal és a testsúllyal.

A DSM-III (1980) a bulimiának két alcsoportját különíti el: a normál-testsúlyú bulimiát, mint különálló szindrómát, valamint az alacsony testsúlyú bulimiát, mint az anorexia nervosa szindróma részét[2]. A szakirodalomban történt utalás arra, hogy a normál-testsúlyú és az alacsony-testsúlyú bulimia hasonló egymáshoz, de mindkettő különbözik a restriktív anorexiától (Herzog és Norman, 1985). Ennek kapcsán úgy tűnik, hogy az anorexia nervosa és a bulimia nervosa elkülönítésében a bulimiás tünetegyüttes megléte vagy hiánya nagyobb szerepet játszik, mint a testsúly.

Mizes (1985) a következőképpen írja le a bulimiás személyiséget:

- a külső megjelenés irracionálisan magasra értékelődik;
- a beteg szerint a külvilág számára a vonzó külső a legfontosabb;
- tökéletességre törekvés;
- teljesítményorientáció;
- a külső megerősítés igénye felfokozott;
- az önelfogadás és önértékelés alacsony szintű;
- az önkontroll képessége alacsony;
- alacsony szintű asszertivitás;
- a konfliktus-kezelő repertoár depresszogén.

A bulimiát esetenként a következő nem-specifikus pszichikus tünetek is kísérhetik: fokozott érzelmi labilitás, csökkent frusztráció-tűrés, depresszió és impulzuskontroll problémák.

Egyes szerzők szerint a bulimiában szenvedők csoportja tovább bontható. Megkülönböztetünk egy neurótikus alcsoportot, melynek tagjai általában nem mutatnak egyéb impulzív viselkedésformákat - valamint egy másik, ún. 'személyiség-zavar' alcsoportot, melynek fő jellemzője a multiplex impulzivitás (Lacey és Evans, 1986). Hasonlóan a bulimiás anorexiásokhoz, ez az alcsoport is a következő impulzív viselkedésformákat mutatja: alkohol- és kábítószer-élvezet, lopás, suicidium és öncsonkítás (Garfinkel és mtsai, 1980).

Amint a fentiekből kitűnik, a táplálkozási zavarok *különállóságáról* alkotott hipotézisnek nincs könnyű dolga, mikor a fenti, egymást nagymértékben átfedő szindrómákat egymástól elkülönítve igyekszik definiálni.

Amint arra Wolf és Crowther (1983) rámutat, egyre inkább elterjedt annak a lehetőségnek a felismerése, hogy a táplálkozási zavarok valójában hierarchiában

---

[2] Amely szintén a bulimarexia megfelelője.

rendeződnek el: A tünethatárok egymásba mosódnak és az egyes kórképek így nem különállóak, hanem *kontinuumot* alkotnak. Ez a nézet képezi az alapját a fentebb említett két elmélet közül a másodiknak. Ez a megközelítés újabb, mint az előző, és a *'táplálkozási zavarok kontinuum hipotéziseként'* vált ismertté (pl. Boskind-Lodahl és White (1978), Fichter (1988 és 1991), Fries (1974), l. Túry és Szabó (1989, 1991a, 1991b), Túry és mtsai (1992), Vandereycken (1982), Wolf és Crowther (1983).

A táplálkozási zavarok kontinuum hipotézise

A hipotézis szerint a táplálkozási zavarok egy olyan kontinuum mentén helyezkednek el, melynek egyik végpontján az anorexia, a másik végpontján a bulimia, középpontjában pedig a bulimarexia áll. Nem feledkezhetünk azonban meg e *statikus* kontinuum mellett egy másik, *dinamikus* kontinuum létezéséről sem: nevezetesen annak a tényéről, hogy a tünetek időbeli átmenetet mutatnak, pl. az anorexia egy-két év elteltével bulimiába mehet át. Létezik még súlyosság szerinti kontinuum is, pl. a szubklinikus anorexiától az igen súlyos formáig. Emellett a bulimia tetten érhető kórosan lesoványodott anorexiás betegek esetében ('bulimarexia') éppen úgy, mint normál testsúlyú betegeknél ('normál testsúlyú bulimia') vagy túlsúlyosoknál ('bulimiás adipositás').

A nézet első megfogalmazása, mely szerint a táplálkozási zavarok egy és ugyanazon spektrum részei, Fries (1974) nevéhez fűződik; őt követte Vandereycken (1982) a maga dysorexia-dysponderosis modelljével, amely magában foglalja a legfontosabb táplálkozási zavarokat az extrém lesoványodástól az extrém elhízásig. 1988-ban Fichter a fenti modellhez képest kevésbé összetett, de hasonlóképpen áttekinthető propozícióval állt elő.

Amint ezt a fenti modellek látványosan demonstrálják, a táplálkozási- és testsúly-zavarok folyamatos átmeneten keresztül kapcsolódnak egymáshoz. A kontinuum hipotézis alapját éppen a kevert, átmeneti kórformák megléte képezi. A fenti, egyetlen betegségspektrum mentén tehát bármilyen átmenet lehetséges.

A jelen tanulmány középpontjában szintén annak az általános tézisnek az elfogadása áll, mely szerint a táplálkozási zavarok kontinuumot alkotnak. Célunk annak vizsgálata volt, hogy a táplálkozási zavarok hogyan korrelálnak és szeparálódnak el egymástól a kontinuum mentén, különös tekintettel a *személyiség-dimenziókra*.

Táplálkozási zavarok és személyiségzavarok. Szkizotíp és borderline személyiség

Az elmúlt évtizedekben a szakirodalom több ízben tárgyalta a táplálkozási zavarok és a személyiségzavarok kapcsolatát (pl. Allerdissen és mtsai (1981), Dolan és mtsai (1992), Gartner és mtsai (1989), Hatsukami és mtsai (1982), Levin és Hyler (1986), McClelland és mtsai (1991), Norman és Herzog (1983), Piran és mtsai (1988), Scott és Baroffio (1986), Strober (1983 és 1985), Wallach és Lowenkopf (1984), Williamson és mtsai (1985), Wonderlich és mtsai (1990), Yager és mtsai (1989).

Egy közelmúltban napvilágot látott elmélet szerint (Lacey és Evans, 1986) elképzelhető, hogy a táplálkozási zavarok és a személyiségzavarok kapcsolódását egy alcsoport, az ún. 'multiimpulzív bulimiások' csoportjának létezése közvetlenül demonstrálja. Ez az elmélet felkeltette az érdeklődést az iránt, hogy van-e kapcsolat a *táplálkozási zavarok* (különösen a bulimiás evészavarok) és a *borderline személyiségzavar* között (Dolan és mtsai, 1992). Ez a kérdéskör képezi a jelen tanulmány vizsgálódásának a fő tárgyát.

A rendelkezésre álló adatok alapján úgy tűnik, hogy a táplálkozási zavarban szenvedő betegek úgy is, mint specifikus populáció, nagyobb arányú patológiát mutatnak a borderline személyiségzavar irányába, mint a táplálkozás zavar nélküli populáció. A jelen tanulmány ennek alapján azt vizsgálja, hogy a táplálkozási zavarban szenvedők (tehát az anorexiások, a bulimiások és a bulimarexiások), mint csoport, valóban több borderline személyiségjegyet mutatnak-e, mint a normál kontrollcsoport.

A DSM-III definíciója szerint a *'borderline személyiségzavar'* (Borderline Personality Disorder; BPD) általános terminus, melynek két alkategóriája van: *a szkizotíp személyiségzavar* (SPD) és a *borderline személyiségzavar* (BPD). Az SPD inkább a valódi szkizofréniához kapcsolható, míg a BPD inkább egy általános értelemben vett impulzus-problémának felel meg.

A DSM-III-R (1987) a következőképpen definiálja a *szkizotíp személyiségzavart*: "az interperszonális kapcsolódásokat mélyen átható rendellenességmintázat, amelyhez különös ideációk, megjelenés és viselkedésmódozatok járulnak". A diagnózis felállításához az alábbi diagnosztikus kritériumok közül legalább ötnek a megléte szükséges:

1. vonatkoztatás;
2. túlzott szociális szorongás;
3. mágikus gondolkozás;
4. szokatlan perceptuális élmények;
5. különc viselkedés vagy megjelenés;
6. a rokonokat leszámítva, szoros emberi kapcsolatok hiánya;
7. szokatlan dikció;
8. indokolatlan érzelmi reakciók;
9. paranoid gondolkodás.

Beck (1990) megfogalmazása szerint a szkizotíp személyiségzavart az olyan folyamatosan fennálló kognitív, viselkedésbeli és észleletbeli jellegzetességek jellemzik a legjobban, amelyek túlságosan enyhék a szkizofrénia diagnózisának felállításához.

A *borderline személyiségzavart* (BPD) a DSM-III-R (1987) a következőképpen definiálja: "a hangulat, az interperszonális kapcsolatok és az énkép átható és ismétlődő labilitása, melyhez az alábbi diagnosztikus kritériumok közül legalább ötnek a meglétę szükséges:

1. labilis és intenzív interperszonális kapcsolatok;
2. impulzivitás (potenciálisan önveszélyes);
3. érzelmi labilitás;
4. indokolatlan intenzív düh;
5. ismétlődő öncsonkítás vagy szuicid viselkedésformák;

6. huzamos ideig tartó identitászavar;
7. üresség és unalom krónikus érzése;
8. kétségbeesett erőfeszítések a képzelt vagy valódi elhagyattatás elkerülésére.

A fentieket kiegészítendő Beck (1990) arra is rámutat, hogy az impulzív és 'acting out' viselkedésformák mellett az ún. 'dichotóm gondolkodás' (tehát az a tendencia, hogy a dolgokat egymást kölcsönösen kizáró kategóriákban éljük meg: pl. vagy jó, vagy rossz) ugyancsak a borderline személyiségzavar fennállására utaló jel. Erre korábban, mint meghatározó jellemzőre többen utaltak, így Mahler és mtsai (1975), Kernberg (1981).

Bár a táplálkozási zavarban szenvedő betegek személyiségében a BPD prevalenciájáról számos tanulmány született (Cooper és mtsai, 1988; Derksen, 1990; Dolan és mtsai, 1992; Fahy, 1991; Gartner és mtsai, 1989; Gwirtsman és mtsai, 1983; Johnson és mtsai, 1989; Levin és Hyler, 1986; Piran és mtsai, 1988; Pope és mtsai, 1987; Rybicki és mtsai, 1989; Wonderlich és mtsai, 1990), amint arra Dolan és mtsai (1992) rámutatnak, a fenti tanulmányok konklúziói között fennálló hatalmas különbségek nem írhatók pusztán a variancia számlájára. Nyilvánvaló, hogy a tárgykörben további vizsgálódásra van szükség.

A kutatási eredmények ahhoz a feltevéshez vezettek, hogy - amint azt Steiger és mtsai (1990) megfogalmazták - feltehető egy, a személyiségzavarok altípusai és a táplálkozási zavarok fenotípusai között fennálló dichotóm kapcsolat, nevezetesen hogy ún. 'dramatikus-erratikus' személyiségjegyek a falásrohamokkal asszociálódnak, míg a 'szorongó-félénk' személyiségjegyek a táplálkozásbeli megszorításhoz, tehát a koplaláshoz kapcsolódnak (pl. Gartner és mtsai, 1985; Piran és mtsai, 1988). Vagy - ami a fenti javaslattal nem teljesen azonos (l. Garfinkel, 1991) - a bulimia nervosa kórképet gyakorta jellemzik borderline személyiségjegyek, míg az anorexia nervosa inkább obszesszív-kompulzív vonásokkal asszociálódik.

Hipotézis

Vizsgálatunk fő hipotézise az, hogy a táplálkozási zavarban szenvedők több borderline személyiségjeggyel rendelkeznek, mint a normál populáció. Ezen felül a jelen tanulmány két kiegészítő hipotézise szerint az anorexiás és a bulimiás beteganyag összehasonlítása során a táplálkozási zavarban szenvedő populációban az anorexiások a bulimiásoknál fokozottabb mértékű szkizotípiával, míg a bulimiások az anorexiásoknál fokozottabb mértékű borderline (BPD) személyiségzavarral jellemezhetők.

A táplákozászavarokat, különösen az anorexiát, az irodalom gyakran tárgyalja a *testkép* kontextusában (pl. Bruch, 1962; Button és mtsai, 1977; Buvat és Buvat-Herbaut, 1978; Hsu, 1982; Slade és Russell, 1973; Slade, 1988; Strobel és mtsai, 1989; Touyz és mtsai, 1984; Whitehouse és mtsai, 1988). A testképzavart általában alapvetőnek tekintik az anorexia nervosában (pl. Strobel és mtsai, 1979). Egyesek szerint a testképzavar azonban nem alapvető (pl. Hsu, 1982) vagy legalábbis nem kizárólag az anorexiában alapvető (pl. Button és mtsai, 1977). Mások az anorexiás populációban vélnek felfedezni erre fokozott tendenciát (Slade, 1988; Whitehouse és

mtsai, 1988); ismét mások e tendenciát "hangsúlyozott"-ként jellemzik (Slade és Russell, 1973; Touyz és mtsai, 1984). (A kutatási eredmények szerint a bulimiások az anorexiásokhoz hasonló módon viszonyulnak saját testformájukhoz, testsúlyukhoz, testméreteikhez; Cooper és Taylor, 1988).

A testképzavar a szkizotípia egyik általánosan elfogadott fő vonása (Claridge, 1989 és 1992; Eysenck és Eysenck, 1976).

Az obszesszív-kompulzív szindrómát a szakirodalom szintén hozzákapcsolta már a szkizotípiához (Enright, 1992), demonstrálván, hogy a kényszeres jellemzők inkább pszichózis, semmint szorongásos neurózis eredményei. Kísérleti adatok bizonyítják, hogy a kényszeres betegek magas pontszámot érnek el szkizotípiát mérő mutatókon.

A szakirodalom az anorexiát is összekapcsolta már a kényszeres panaszokkal. Először Palmer és Jones (1939), majd később DuBois (1949) utalt arra, hogy az anorexia nem más, mint az obszesszív-kompulzív szindróma egy megjelenési formája. Azóta számos tanulmány látott napvilágot ugyanebben a tárgykörben (Rowland, 1970; Beaumont és mtsai, 1976; Sólyom és mtsai, 1982; Rothenberg, 1986; Holden, 1990). Léteznek olyan eredmények, melyek szerint a megvizsgált anorexiások mintegy fele megfelelt az obszesszív neurózis diagnosztikai kritériumainak, mégpedig *nem* ételhez és testhez kötődő kényszeresség alapján (Sólyom és mtsai, 1982). Bebizonyosodott, hogy a 'diétázó' anorexiások kényszeresebbek az 'önhánytatóknál és purgálóknál' (Beaumont és mtsai, 1976), valamint hogy a premorbid obszesszív személyiségjegyek túltengenek az anorexiás populációban, amit az anorexia-betegség, különösen a koplalás, még tovább hangsúlyoz (Holden, 1990).

A fentiek fényében valóban úgy tűnik, hogy az *anorexia nervosa* esetében mind a testkép zavart volta, mind pedig a kényszeres vonások jelenléte *szkizotípiát* sugall. Lykestos és mtsai (1985) be is mutatnak néhány diagnosztizált anorexia nervosás esetet, amelyekben a betegek állapota később szkizofréniába vagy ún. független szkizofréniás szindrómába fordult (Crisp, 1967; Feighner és mtsai, 1972; Hsu és mtsai, 1981).

Egy más megközelítésben a táplálkozási zavarok, különösen a bulimia, személyiségzavar kontextusba helyezhetők (pl. Altomare és Riskó, 1989; Beck, 1990; Giles, 1985; Gordon, 1990; Herzog és Norman, 1985; Hudson és mtsai, 1983; Lacey, 1982, 1991; Levine és Hyler, 1986; McClelland és mtsai, 1991; Piran és mtsai, 1988). Számos tanulmány számol be arról, hogy a betegek több, mint 50 %-ának esetében a táplálkozási zavar diagnózisát személyiségzavar diagnózisa egészíti ki (Hudson és mtsai, 1983; Levine és Hyler, 1986; McClelland és mtsai, 1991). Egy tanulmány szerint az anorexiás betegek 87-97 %-a szenved személyiségzavarban (Piran és mtsai, 1988).

A bulimiát különös hangsúllyal kapcsolja a személyiségzavarokhoz a szakirodalom (Altomare és Riskó, 1982; Lacey, 1982) - ezen belül is leginkább a borderline személyiségzavarhoz (Giles, 1985; Gordon, 1990; Herzog és Norman, 1985). Kitűnt, hogy a kezelhetetlen bulimiások megfeleltek a DSM-III borderline személyiségzavar-kritériumainak (Giles, 1985); hogy a bulimiások általános impulzivitása hasonló a borderline személyiségzavarban szenvedőkéhez (Gordon, 1990); valamint, hogy az alacsony- és normál-súlyú bulimiások elkülöníthetők a

restriktív anorexiásoktól magas személyiségzavar-pontszámaik alapján (Herzog és Norman, 1985).

A személyiségzavar- és depresszió kutatás már egy ideje összekapcsolódott a szakirodalomban annak a felismerése nyomán, hogy bulimiában szerepet játszanak a hangulatfüggő kognitív struktúrák (Beck, 1990; Bulik, 1987; Eckert és mtsai, 1982; Herzog, 1984; Schlesier-Carter és mtsai, 1989). A depresszív kognitív sémákról bebizonyosodott, hogy hasonlítanak is a bulimiás kognitív sémákhoz, de különböznek is azoktól (Schlesier-Carter és mtsai, 1989), a jelek szerint a bulimiások külön kognitív sémákkal rendelkeznek az önuralom mentális céljaira.

Annak fényében tehát, hogy a kedélyállapot-ingadozás és az önuralom problémái elismerten borderline személyiségjegyek, a *bulimia nervosa* látványos asszociációt mutat a *borderline* személyiségvonásokkal.

Összefoglalásképpen hadd szögezzük le még egyszer a jelen vizsgálódás elvárásait. A táplálkozási zavarban szenvedők esetén a hipotézis szerint fokozott mértékben várható a borderline személyiségjegyek előfordulása, normál értékekkel összehasonlítva. A fenti csoportot alcsoportjaira bontva pedig az anorexiások esetében fokozott borderline-orientáció valószínűsíthető a *szkizotíp* (SPD) irányban, míg a bulimiások esetében ugyanez a *borderline személyiségzavar* (BPD) irányában látszik valószínűnek.

Személyek és vizsgálati módszerek

A vizsgálat *kísérleti csoportja* 31 nőbeteget számlált. A betegek pszichiátriai diagnózisa az anorexia nervosa, a bulimarexia vagy a bulimia nervosa valamilyen fokú fennállása volt.

A betegek közül 12 magyar (8 beteg a miskolci Borsod-Abaúj-Zemplén megyei Kórház pszichiátriai osztályáról, 4 beteg a budapesti Országos Ideg- és Elmegyógyintézet pszichiátriai osztályáról került ki). A fennmaradó 19 beteg brit illetőségű volt, a londoni Szent György kórház táplálkozási zavarokra specializálódott klinikájáról.

A vizsgálatokban ugyancsak szerepelt egy 9 főből álló magyar *kontrollcsoport*, amelyet a szerző a kísérleti csoport vonatkozó tagjaihoz nemzetiség, nem, életkor és a lehetőségek szerint iskolai végzettség szempontjából rendelt hozzá.

Arra nézve, hogy a brit és a magyar beteganyag ne lenne együtt vizsgálható, tekintettel valamiféle kultúrspecifikus effektusra, semmiféle bizonyíték nem mutatkozott: nem tűnt tehát valószínűsíthetőnek, hogy egy magyarországi beteganyag eleve különbözne egy brit beteganyagtól. A magyar betegek nemzetközileg elismert kritériumok alapján nyerték el diagnózisukat, klinikai státuszuk tehát egyértelmű. A jelen tanulmány célja egyébként is egyéni különbségek összehasonlító vizsgálata volt, ezek pedig világszerte fellelhetők és létezésük szintén nemzetközileg elismert. Minezek ellenére a vizsgálat megtervezésekor a szerző adat-összehasonlító próbát iktatott közbe, s csak ennek kivitelezése után olvasztotta egybe a két országból származó adatokat.

A pszichiátriai diagnózis alapján a kísérleti csoporton belül a következő alcsoportok voltak elkülöníthetők:

A betegség-kontinuumban az anorexia nervosa felé tendáló betegek: akik egyedüli vagy fődiagnózisként kapták az AN-t ('lazán definiált anorexiások': A táblázatban AN és AN+BN, 14 fő).

A betegségkontinuumban a bulimia nervosa felé tendáló betegek, akik egyedüli vagy fődiagnózisként kapták a BN-t ('lazán definiált bulimiások': A táblázatban BN és BN+AN, 17 fő).

Kizárólag anorexia nervosa diagnózist viselő betegek: akik nem rendelkeznek bulimiás szimptomatológiával ('restriktív anorexiások': A táblázatban csak AN: 4 fő).

Kizárólag bulimia nervosa diagnózist viselő betegek: akik nem rendelkeznek anorexiás szimptomatológiával ('szorosan definiált bulimiások': A táblázatban csak BN, 10 fő).

Falásrohamokkal és hányással kűzdő betegek, akik diagnózisként a bulimia nervosát *is* megkapták ('minden beteg a restriktív anorexiások kivételével': A táblázatban csak BN, BN+AN és AN+BN, 27 fő).

A vizsgálat két kiegészítő hipotézise (azaz anorexiában a szkizotípia, míg bulimiában a borderline feltételezése) a fenti alcsoportok összehasonlítása útján vált tesztelhetővé, egy többskálás kérdőív alkalmazásán keresztül (STQ, Claridge és Broks, 1984).

A fő hipotézist (tehát a táplálkozási zavarokban szenvedők borderline orientációját) egy diagnosztikus interjú (DIBS - Diagnostic Interview for Borderline Subjects, Gunderson és Kolb, 1976) felvételével vizsgáltuk. Az interjút a szerző a fenti táplálkozási zavarban szenvedő betegek közül 14-gyel, a kontrollszemélyek közül pedig 9-cel folytatta le.

A meginterjúvolt 14 beteg közül 9 volt magyar, a többi 5 brit. (A 9 kontrollszemély mindegyike magyar volt, akiket nem, kor és iskolai végzettség alapján rendeltünk a táplálkozási-zavarban szenvedő magyar beteganyaghoz.) A meginterjúvolt táplálkozási zavarban szenvedő betegek csoportján belül a következő alcsoportok voltak elkülöníthetők.

A betegség-kontinuumban az anorexia nervosa felé tendáló betegek: AN és AN+BN: 14 fő).

A betegség-kontinuumban a bulimia nervosa felé tendáló betegek (BN és BN+AN: 17 fő).

A fentiek közül kizárólag az anorexia nervosa diagnózist viselő betegek: akik nem rendelkeznek bulimiás szimptomatológiával (AN; 'restriktív anorexiások': 4 fő).

Kizárólag bulimia nervosa diagnózisú betegek: akik nem rendelkeznek anorexiás szimptomatológiával (BN; 'szorosan definiált bulimiások': 10 fő).

A 14 meginterjúvolt beteg DIBS-teszteredményeit a 9 kontrollszemély teszteredményeivel vetettük össze. Ugyancsak összehasonlításra kerültek a szorosan definiált anorexiások és bulimiások, valamint a lazán definiált anorexiások és bulimiások STQ és DIBS teszt eredményei.

Kísérleti személyek

Az *1-5. táblázat* közli a 31 táplálkozási zavarban szenvedő beteg és a 9 kontrollszemély adatait; nemzetiség, kor, foglalkozás és diagnózis szempontjából.

1. táblázat. Brit betegek, csak kérdőív (STQ)

	Életkor	Foglalkozás	Diagnózis
1	29	ápolónő	AN+BN
2	34	író	BN
3	27	tanácsi dolgozó	BN+AN
4	25	bébiszitter	BN
5	34	titkárnő	BN
6	28	tanár	BN
7	33	banktisztviselő	BN+AN
8	29	telefonközpontos	BN+AN
9	19	lab. asszisztens	BN
10	42	háztartásbeli	BN
11	28	rádióasszisztens	AN+BN
12	22	munkanélküli	AN+BN
13	22	munkanélküli	BN+AN
14	29	munkanélküli	BN+AN

2. táblázat. Brit betegek, kérdőív és interjú (STQ és DIBS)

	Életkor	Foglalkozás	Diagnózis
1	42	tanár	AN
2	42	háztartásbeli	BN
3	21	egyetemi hallgató	BN+AN
4	33	tanárnő	AN+BN
5	30	bolti eladó	AN

3. táblázat. Magyar betegek, csak kérdőív (STQ)

	Életkor	Foglalkozás	Diagnózis
1	34	pénztáros	AN+BN
2	20	modell	AN+BN
3	21	ápolónő	BN+AN
4	20	egyetemi hallgató	AN+BN

4. táblázat. Magyar betegek, kérdőív és interjú (STQ és DIBS)

	Életkor	Foglalkozás	Diagnózis
1	25	ápolónő	AN+BN
2	19	egyetemi hallgató	AN+BN
3	33	pénztáros	BN
4	34	egyetemi oktató	AN+BN
5	25	egyetemi hallgató	BN
6	18	egyetemi hallgató	AN
7	20	gyógyszerész	AN
8	39	tanárnő	BN

5. táblázat. Magyar kontrollszemélyek, csak kérdőív (STQ)

	Életkor	Foglalkozás
1	38	házfelügyelő
2	25	orvos
3	17	ápolónő
4	22	ápolónő
5	33	egyetemi oktató
6	22	ápolónő
7	20	ápolónő
8	21	ápolónő
9	39	pszichológus

AN - anorexia nervosa
BN - bulimia nervosa

6. táblázat. A táplálkozási zavarban szenvedő betegek és kontrollszemélyek életkori tartománya, átlagéletkora és az életkorok szórása.

Csoportok	Életkor tartomány	Átlagéletkor	Szórás	N
Táplálkozási zavarokban szenvedő betegek	18-42	27.9	7.17	31
Kontrollszemélyek	17-39	26.3	7.72	9

Vizsgálati eszközök

A személyiség-változókat a 157 kérdésből álló hét skálás STQ-kérdőívvel mértük. A hét skálából kettő a két-skálás szkizotípia kérdőívből származik, melyet a 'pszichotikus jellemzők' két formája, a szkizotípia és a borderline személyiségzavar mérésére terveztek (Claridge és Broks, 1984). A fennmaradó négy skála az Eysenck-féle személyiség kérdőívből (EPQ, Eysenck és Eysenck, 1976) származik. Ezek a következők: extraverzió (E); neurotikusság (N); pszichoticizmus (P); és egy hazugságskála (L). A fentieken kívül egy másik pszichtikusság (P)-skála is járul a kérdőívhez: ez a 'PP' jelzést viseli, és inkább a pszichotikusság klinikai aspektusait méri, nem úgy, mint az EPQ-pszichotikusság (P) skálája. Ez utóbbi főként az antiszociális, nem konvencionális személyiségjegyeket méri - Eysenck saját kifejezésével élve a durvalelkűséget (tough-mindness). Elképzelhető, hogy egyesek magas pontszámot érnek el a P-skálán, de alacsonyabbat a PP-skálán.

Kutatási adatok bizonyítják, hogy az anorexiások magas P-skála értékeket produkálnak (Claridge, 1989).

A PP-skála alkalmazása a P-skálánál is jobban szolgálta a jelen vizsgálat céljait, tekintettel e skála klinikai orientációjára.

A szkizotípia (STA) skála a borderline pszichózisnak a szkizotípia irányába mutató megnyilvánulásait méri (pl. a testképzavarokat).

A szkizotíp-borderline személyiségjegyeket (STB) és a szkizotípiát (STA) mérő két skála annak a személyiség-mintázatnak a két oldalát teszi ki, melyekkel általában a borderline szkizotípiában találkozunk.

A vizsgálat során használt interjú, a *Borderline Diagnosztikus Interjú* (DIBS) 123 kérdésből áll. Lefolytatása mintegy 90-120 percet vesz igénybe. A kérdések a borderline diagnózis felállításában szerepet játszó öt, ún. funkcionálási területről gyűjtenek információt. Ezek a következők: szociális beilleszkedés; impulzivitásbeli/cselekvésbeli ismétlődések; affektus; pszichózis; valamint interperszonális kapcsolatok. A fenti öt kritérium az interjú egymástól elkülönülő részeiben nyer értékelést. Minden szekció tartalmaz egy bizonyos számú állítást (S),

melyek egy-egy jellemzőt írnak le. Arra nézve, hogy melyik állítást pontozzuk, a vonatkozó szekciónak az állítást (S) megelőző része nyújt eligazítást strukturált kérdések, illetve táblázatok formájában. A pontozási rendszer piramidális: számokban tükrözi, hogy a beteg milyen mértékben mutat a borderline-ra jellemző viselkedésformát vagy tüneteket.

Összefoglalva: az interjú 123 kérdéséből 29 borderline személyiségjegy kerül pontozásra: mind a 29 egy-egy állítás formájában található meg a szövegben. Ezek az állítások az interjú öt szekciójában a következőképpen oszlanak meg:

1. 4 db a "szociális beilleszkedés" szekcióban;
2. 5 db az "impulzivitásbeli/cselekvésbeli ismétlődések" szekcióban;
3. 5 db az "affektus" szekcióban;
4. 8 db a "pszichózis" szekcióban;
5. 7 db az "interperszonális kapcsolatok" szekcióban.

A pontozáskor az állítások számát szekciónként skálázott értékekre váltjuk, és ezeket összeadjuk.

Mind az STQ-kérdőív, mind a DIBS-interjú a DSM-III-ban definiált "borderline személyiségzavart" méri. Amint arra már fentebb rámutattunk, a "borderline személyiségzavarnak" két kategóriája különíthető el: a szkizotíp személyiségzavar (SPD) és a borderline személyiségzavar (BPD).

A DIBS-interjú a BPD-t méri. Az STQ-kérdőív szkizotípia (STA) alskálájával az SPD, a borderline (STB) alskálájával a BPD mérhető.

A kérdőív és az interjú jól kiegészíti egymást. Adatokkal rendelkezünk arra vonatkozóan, hogy a DIBS-interjúval felmért személyiségzavarban szenvedő betegek magas pontszámot érnek el az STQ-kérdőív mindkét vonatkozó skáláján, tehát az STA skálán éppen úgy, mint az STB skálán (Claridge, 1992, személyes közlés).

Eljárás

A kísérleti személyek egyenként kerültek vizsgálatra. A magyar kísérleti személyek a vizsgálat helyszínén kapták kézhez az STQ-kérdőívet. A kitöltésre vonatkozó részletes utasítás az íveken volt olvasható: az elhangzott verbális instrukciók annak megerősítéseként szolgáltak. A kísérleti személyek szabadon dönthettek nevük feltüntetéséről: arra azonban felszólítottuk őket, hogy nemüket, korukat és foglalkozásukat jelezzék az íveken. Az adatok bizalmas kezelését, a vizsgálatban való részvétel önkéntességét a szerző beszélte meg a személyekkel. A betegek diagnózisával a felelős szakfőorvos ismertette meg a tanulmány íróját, természetesen a betegek előzetes hozzájárulásával. A demográfiai és klinikai háttérinformáció, nevezetesen a betegek neme, kora, családi állapota, foglalkozása, a beutalás dátuma, a megbetegedés időpontja, a betegség lefolyásának ideje, a korábbi pszichiátriai diagnózisok, a tünetek és az impulzív viselkedésformák felsorolása, a beteg panaszai és a diagnózis a betegről nyilvántartott írásos anyagból származik, amelynek felhasználásához a betegek beleegyezésüket adták. Tekintve, hogy a vizsgálatban szereplő összes beteg hozzájárult ahhoz, hogy az egészségi állapotára vonatkozó adatokat a tanulmány írójának a

rendelkezésére bocsássák, etikai probléma nem merült fel. A magyar beteganyag minden tagja vállalkozott az interjúban való részvételre: az interjúra a szóbeli beleegyezés után kerülhetett sor.

A brit beteganyag esetében az etikai bizottsági engedélyének birtokában, a tanulmányíró és munkatársai írásban léptek érintkezésbe a londoni Szt. György kórház táplálkozási zavarokra szakosodott klinikájának várólistáján szereplő betegekkel. Magyar betegtársaikhoz hasonlóan ezek a betegek is már korábban megkapták a táplálkozási zavar diagnózisát, és a kutatás lefolytatásának idején éppen kezelésük megkezdésére vártak. Minden betegnek postán küldtük el az STQ-kérdőívet, levél és válaszboríték kíséretében. A levél hangsúlyozta, hogy a vizsgálatban való részvétel önkéntes, hogy minden információt bizalmasan kezelünk, és hogy a vizsgálat visszautasítása nem fogja hátrányosan befolyásolni az illetőnek a várólistán elfoglalt helyét. A kitöltött és visszaküldött kérdőívekben a betegek feltüntették, hogy részt kívánnak-e venni az interjúban. A vállalkozók közül néhánnyal később a tanulmány írója lefolytatta a DIBS standard fél-strukturált interjút a fent említett kórház táplálkozási zavarokkal foglalkozó klinikáján. A demográfiai és klinikai háttérinformáció ezúttal a klinika adattárából származott, amelynek felhasználásához a betegek beleegyezésüket adták. A felhasznált információ-kategóriák megegyeztek a magyar beteganyag esetében felhasználtakkal (lásd előbb).

Eredmények

A jelen tanulmány fő hipotézise az volt, hogy a táplálkozási zavarban szenvedők több borderline személyiségvonást mutatnak, mint az egészségesek.

A vizsgálatban erre a célra felhasznált DIBS-interjú végeredménye egy, a borderline jegyeket numerikusan kifejező számérték ("összesített skálázott pontszám"). Ezt az értékelés során a teszt ún. kritikus értékével vetjük egybe: ha a szerzett összesített skálázott pontszám 7 vagy ennél több, akkor a beteg borderline személyiségzavar diagnózist kap.

A kísérlet során mindenekelőtt arról bizonyosodtunk meg, hogy a 9 fős kontrollcsoport valóban nem minősül borderline-nak az általuk produkált DIBS pontszámok alapján.

Ezt követően összehasonlítottuk a magyar és a brit beteganyag DIBS pontszámait annak eldöntésére, vajon a két országból származó betegek adatai vizsgálhatók-e együtt. Minthogy a két populáció között nem mutatkozott szignifikáns eltérésa két betegcsoportból egyetlen táplálkozási-zavarban szenvedő csoportot hoztunk létre, melyet a továbbiakban a kontroll csoportból nyert adatokkal hasonlítottunk össze (*7. táblázat*).

7. táblázat. Magyar és brit beteganyag DIBS értékeinek összehasonlítása

Magyar csoport (N=9)		Brit csoport (N=5)			
x	SD	x	SD	t	p
5.67	1.58	6.80	1.48	-1.338;	NS

8. táblázat. Táplálkozási zavarban szenvedő (kóros) és kontroll csoport DIBS értékeinek összehasonlítása

Kóros csoport (N=14)		Kontroll csoport (N=9)			
x	SD	x	SD	t	p
6.07	1.59	3.11	0.70	5.935;	0.0005

Az eredményekből (*8. táblázat*) kitűnik, hogy a táplálkozási zavarban szenvedők csoportja hangsúlyozott patológiát mutat a borderline személyiségzavar irányában, s mint ilyen szignfikánsan eltér a kontrollcsoporttól.

A továbbiakban az anorexia és bulimia különféle csoportváltozatait hasonlítottuk össze a DIBS pontszámok alapján. A lazán definiált anorexiásokat a lazán definiált bulimiásokkal vetettük egybe (*9. táblázat*).

9. táblázat. Lazán definiált anorexiások (AN és AN+BN) és lazán definiált bulimiások (BN és BN+AN) DIBS értékeinek összehasonlítása

AN és AN+BN (N=8)		BN és BN+AN (N=5)			
x	SD	x	SD	t	p
6.33	1.22	5.60	2.19	0.691;	NS

A fenti összehasonlítások eredményei nem fedtek föl szignifikáns különbséget a táplálkozási zavarban szenvedők csoportján belül az anorexiások és a bulimiások között a borderline személyiségorientációt illetően.

A fentieken kívül a vizsgálatban szereplő teljes táplálkozási zavaros betegcsoport DIBS eredményeit néhány más diagnosztikus populáció DIBS eredményeivel is egybevetettük.[3]

A *10. táblázat* közli a táplálkozási zavarban szenvedők DIBS eredményeit, szkizofrénekével, személyiségzavarban szenvedőkével és depressziósokéval összevetve. A táblázatból kitűnik, hogy a táplálkozási zavarban szenvedők szignifikánsan különböznek a többi diagnosztikus csoporttól, valamint hogy a DIBS eredmények alapján a táplálkozási zavarosok csoportja hangsúlyozott borderline patológiát mutat.

A táplálkozási zavarban szenvedők, bár kevésbé bizonyultak "borderline"-nak, mint a a borderline személyiségzavarban szenvedők, szignifikánsan inkább "borderline"-ok a szkizofréneknél, a személyiségzavarban szenvedőknél és a depressziósoknál.

10. táblázat. Táplálkozási zavarban szenvedők összehasonlítása egyéb diagnosztikus populációkkal a DIBS pontérték alapján

Diagnosztikus csoportok		t-próba
Táplálkozási zavarok (N = 14) x = 6.07; sd = 1.59	Borderline személyiségzavar (N = 18) x = 8.22; sd = 1.17	t = -4.282 df = 30 p < 0.001
	Szkizofrénia (N = 12) x = 3.17; sd = 1.64	t = 4.407 df = 24 p < 0.001
	Egyéb személyiségzavar (N = 13) x = 4.85; sd = 1.34	t = 2.07 df = 25 p < 0.05
	Depresszió (N = 11) x = 4.73; sd = 1.42	t = 2.11 df = 23 p < 0.05

[3] Ehhez Rashmi Shankar (Shankar, előkészületben) bocsátott anyagot a szerző rendelkezésére, amelyért ezúton mondunk köszönetet.

Az evészavaros betegeknek kiadott STQ kérdőív hét mutatóval szolgált a további analízis céljára. Ezek a mutatók, mint már jeleztük, a következők: extraverzió (E), neurotikusság (N), hazugság skála (L) és pszichoticizmus (P) az Eysenck-féle Személyiségkérdőívből (EPQ), pszichoticizmus (PP) az ennél korábbi Eysenck-féle skálából (EPI), valamint szkizotípia (STA) és borderline (STB) személyiségskála (Claridge és Broks, 1984)

Mindenekelőtt a magyar és a brit beteganyag eredményeit vetettük egybe az összes skálán, a két országból származó adatok együtt-vizsgálhatóságának eldöntése céljából. A hazugság-skála ($t = -2.307$, $df = 29$; $p < 0.05$) kivételével a két populáció eredményei nem különböztek egymástól szignifikánsan. A szignifikáns hazugság eredmény tüzetesebb megvizsgálásakor kiderült, hogy e szignifikancia inkonzisztens egyéb eredményekkel. Annak fényében, hogy a magyar populáció, viszonylagosan magas hazugság pontszámai ellenére, a briteknél magasabb pontszámot adott a P, PP és STA skálákon (a hazugság mint disszimulációs skála pedig köztudottan csökkenti a patológiás skála pontszámokat), ugyanakkor a magyar E, N és STB skála pontszámok alacsonyabbak voltak a britekénél, nyilvánvalóvá vált, hogy a mintázat az L-skála hatása alapján nem értelmezhető. Ebből következően az a döntés született, hogy a vizsgálat figyelmen kívül hagyja a fenti marginális szignifikanciát, és egybeolvasztja a két országból származó populáció adatait.

Minthogy az így előállt táplálkozási zavarban szenvedő nagycsoport látványosan magas pontszámot produkált az STA és STB skálákon, szükségesnek mutatkozott az egyes skálák normatív értékeivel való összehasonlítás. Az általános populációra vonatkozó normatív adatok forrásai a következők: Claridge és Broks (1984), (1987), Claridge (1989).

A *11. táblázat* a táplálkozási zavarban szenvedők adatait veti össze a normál populáció adataival.

A fenti összehasonlításból kitűnik, hogy a táplálkozási zavarban szenvedők eredményei a patológia irányába mutatnak, amit a nem-szignifikáns hazugság-összehasonlítás még inkább megerősít. Ezek az eredmények egybecsengenek a DIBS-interjú eredményeivel.

A vizsgálódás kiegészítő hipotézisének értelmében az volt várható, hogy a táplálkozási zavarban szenvedő csoporton belül az anorexiások és a bulimiások eredményei különbözni fognak az STQ kérdőív két skáláján. Az elvárások szerint az anorexiások esetében magasabb pontszámra számítottunk az STA (szkizotípia) skálán, míg a bulimiások esetében az STB (szkizotip-borderline) skálán jósoltunk magasabb pontszámot a két diagnosztikus csoportot egymással összehasonlítva. Ennek megfelelően a táplálkozási zavaros nagycsoporton belül különféle felosztásokban vizsgáltuk az anorexia és bulimia alcsoportokat, s hasonlítottuk ezeket össze az STQ kérdőív hét skálájának mindegyikén. Az STQ kérdőív egyetlen skálája sem különítette el az anorexiások alcsoportját a bulimiások alcsoportjától a táplálkozási zavarban szenvedők nagy csoportján belül. A *12/a* és *12/b táblázatokon* a lazán definiált bulimiások és anorexiások szkizotípia (STA) és borderline (STB) mutatóit ábrázoljuk.

11. táblázat. Átlagértékek és standard deviációk, normál populációs értékekkel összevetve

STQ skálák	Táplálkozási zavaros betegek (N=31)	Normatív értékek általános populációra (N = 554)	t-próbák
Extraverzió (E)	x = 10.32 sd = 5.25	x = 13.19 sd = 4.91	t = 3.15, p < 0.01
Pszichotikusság (P)	x = 6.84 sd = 2.96	x = 3.78 sd = 3.09	t = -5.37, p < 0.0005
Neurotikusság (N)	x = 19.1 sd = 3.58	x = 9.83 sd = 5.18	t = -9.83, p < 0.0005
Hazugság (L)	x = 7.39 sd = 5.25	x = 7.3 sd = 4.20	n.s.
Pszichotikusság (PP)	x = 6.55 sd = 3.25	x = 4.71 sd = 2.91	t = -3.4, p < 0.0005
Szkizotípia (STA)	x = 22.84 sd = 7.65	x = 14.41 sd = 6.93	t = -6.55, p < 0.0005
Szkizotíp-borderline (STB)	x = 11.0 sd = 3.6	x = 6.58 sd = 4.02	t = -5.98, p < 0.0005

A *13/a* és *13/b táblázat* a szorosan definiált anorexiások és bulimiások összehasonlítását részletezi a hipotézisünk szempontjából kritikus szkizotípia és borderline skálák mentén.

12/a. táblázat. Lazán definiált anorexiások (AN és AN+BN) és lazán definiált bulimiások (BN és BN+AN) STA értékeinek összehasonlítása

AN és AN+BN (N=14)		BN és BN+AN (N=17)			
x	SD	x	SD	t	p
23.57	8.97	22.60	-0.337	NS	NS

12/b. táblázat. Lazán definiált anorexiások (AN és AN+BN) és lazán definiált bulimiások (BN és BN+AN) STB értékeinek összehasonlítása

AN és AN+BN (N=14)		BN és BN+AN (N=17)			
x	SD	x	SD	t	p
11.29	3.91	10.80	3.53	-0.35	NS

13/a. táblázat. Szorosan definiált anorexiások (AN) és definiált bulimiások (BN) STA értékeinek összehasonlítása

AN (N=4)		BN (N=10)			
x	SD	x	SD	t	p
22.50	9.30	22.00	7.18	-0.120	NS

13/b. táblázat. Szorosan definiált anorexiások (AN) és definiált bulimiások (BN) STB értékeinek összehasonlítása

AN (N=4)		BN (N=10)			
x	SD	x	SD	t	p
9.50	4.76	11.4	4.01	-0.819	NS

Megvitatás

A jelen vizsgálat eredményei alapján a következő konklúziók adódnak:

A tanulmány fő hipotézise az volt, hogy léteznek-e a táplálkozási zavarban szenvedőket az egészségesektől megkülönböztető személyiségjegyek. Ezen belül specifikusan azt vizsgáltuk, vajon a fenti populáció nagyobb mérvű abnormalitást mutat-e a borderline személyiségzavar irányában, mint egy normál populáció.

A fentebb körvonalazott irányban folytatott vizsgálódás indokoltnak tűnt, mivel - ahogy arra a szakirodalom ismételten rámutatott (pl. Dolan és mtsai, 1992) - bár a táplálkozási zavarok és a borderline személyiségzavar kapcsolatát sokszor vizsgálták (Cooper és mtsai, 1988; Derksen, 1990; Dolan és mtsai, 1992; Fahy, 1991; Gartner és mtsai, 1989; Gwirtsman és mtsai, 1983; Johnson és mtsai, 1989; Levin és Hyler, 1986; Piran és mtsai, 1988; Pope és mtsai, 1987; Rybicki és mtsai, 1989; Wonderlich és mtsai, 1990), a vizsgálatok nem jártak egyértelmű eredménnyel, ami a további kutatást indokolja.

A jelen tanulmány eredményei megerősítik a táplálkozási zavarban szenvedők csoportjának hangsúlyozottan patológikus irányultságát. Szignifikáns különbség mutatkozott az evészavaros betegek és az egészségesek között a borderline személyiségzavar tekintetében. Ezt a különbséget a Borderline Diagnosztikus Interjú (DIBS, Gunderson, 1977) felhasználásával mértük. A fenti eredményt a komplex STQ személyiségkérdőív (Eysenck és Eysenck, 1976; Claridge és Broks, 1984) szkizotíp-borderline (STB) skáláján mutatkozó különbségek is megerősítették. Mindkét skála a borderline személyiségzavart méri.

A táplálkozási zavarban szenvedők jelentős patológiát mutattak az STQ-kérdőív összes klinikai skáláján: a neurotikusság (N), a pszichoticizmus (P; PP), a szkizotípia (STA) és a borderline-szkizotípia (STB) skálákon. Ez azt igazolja, hogy a táplálkozási zavarban szenvedők csoportja egészben véve patológikus irányultságúnak tekinthető.

Az evészavarosok csoportja a DIBS borderline interjú alapján szignifikánsan magasabb pontszámokat kapott, mint a velük összehasonlított más specifikus klinikai populációk, nevezetesen a szkizofrének, a személyiségzavarban szenvedők és a depressziósok. Ennek alapján a táplálkozási zavarban szenvedők csoportja a borderline személyiségjegyek kritériumait kimerítő populációk közé sorolandó, noha alatta marad a borderline személyiségzavarral diagnosztizált csoportnak.

Az anorexiás és bulimiás alcsoportot külön vizsgálva a DIBS-interjú nem fedett fel szignifikáns különbséget a táplálkozási zavarok e két alpopulációja között a borderline személyiségjegyeket illetően. Megjegyzendő azonban, hogy a vizsgálatnak ezt a részét csak viszonylag kislétszámú mintán végeztük el (anorexiások: 8 fő; bulimiások: 5 fő).

A fenti tapasztalati tény megerősíti azt a szakirodalomban egyre szélesebb körben felismert lehetőséget, hogy a táplálkozási zavarok kontinuum mentén helyezkednek el (pl. Boskind-Lodahl és White, 1978; Fichter, 1988 és 1991; Fries, 1974; Túry és Szabó, 1989, 1991 és 1991a; Vandereycken, 1982; Wolf és Crowther, 1983). Ez együtt jár a tünetek *keveredésével*. Jó példa erre a bulimiás szimptómák

megléte anorexiában (bulimarexia), normál súlyhatárok között (normális súlyú bulimia) és obezitásban (bulimiás adipozitas). Mindezek alapján nem meglepő, hogy a táplálkozási zavarok nagy csoportján belül az alcsoportok tiszta elkülönítése rendkívül nehéz feladat.

A jelen tanulmány egyik célja éppen az volt, hogy az anorexiás és bulimiás alcsoportokat összehasonlítsa a táplálkozási zavarban szenvedők nagy csoportján belül. E törekvés hátterében az a kiegészítő hipotézis állt, melynek értelmében az anorexiások esetében a bulimiásoknál nagyobb arányú szkizotípiát, míg a bulimiások esetében nagyobb mértékű borderline személyiségzavart valószínűsítettünk az STQ-kérdőív méréseredményeire alapozva.

A fenti predikciók irányába mutattak a következő korábbi vizsgálatok eredményeinek implikációi. Szkizotíp irányultságot sugallt az a tény, hogy az anorexia nervosát a testkép téveseszmés jellege és bizonyos kényszeres jegyek megléte jellemzi (Crisp és mtsai, 1967; Feighner és mtsai, 1972; Hsu és mtsai, 1981; Lykestos és mtsai, 1985). Borderline személyiségzavarra utalt ugyanakkor a bulimia nervosát jellemző impulzív mintázat jelenléte (Altomare és Riskó, 1982; Giles, 1985; Gordon, 1990; Herzog és Norman, 1985; Lacey, 1982).

Az STQ-kérdőív segítségével végzett vizsgálatunk azonban nem különítette el egymástól az anorexiás és bulimiás alcsoportokat a táplálkozási zavarban szenvedők nagy csoportján belül: a kérdőív két skálája közül egyik sem fedett föl szignifikáns különbséget a két alcsoport között.

Ennek fényében a következő két lehetőség meggondolása látszik indokoltnak. Minenekelőtt felmerül a kérdés, hogy vajon a felhasznált STQ-kérdőív helyett inkább egy perceptuális-kognitív irányú skálára lett volna szükség az anorexia és a szkizotípia perceptuálisan aberráns aspektusainak feltérképezéséhez. (Ezen a ponton feltétlenül indokoltnak látszik annak a lehetőségnek a fenntartása, hogy az STA-skála nem méri az anorexiásokat a várakozások szerint a többi betegtől elkülönítő perceptuális-kognitív komponenst.)

Megjegyzendő továbbá, hogy az STQ-kérdőív STA és STB skálája köztudottan konzisztensen korrelál egymással. A korreláció mértéke, különböző mintákon mérve 0,4 és 0,55 között változik, 0,5-ös átlaggal (Claridge, személyes közlés). Az eredeti Claridge és Broks (1984) tanulmányban az STA-STB korrelációja 0,71 ($p < 0,0001$). A jelen vizsgálatban a fenti korreláció az átlagnál magasabb (0,583). Ez kétségkívül gyengíti annak a lehetőségét, hogy a fent említett két skálán az anorexiások és a bulimiások között eltérés legyen mérhető.

A fentiekhez hasonló magas korrelációs érték *gyengíti* ugyan a csoportok megkülönböztetésének lehetőségét, e lehetőséget azonban nem zárja ki. A jelen tanulmány eredményei egyetlen STQ-skálán sem fedtek fel szignifikáns különbséget anorexiások és bulimiások között. A két populáció közötti különbség hiánya tehát nem pusztán az STA és STB skálák korrelációjából adódik: valósnak tűnik, nem pedig a korreláció melléktermékének. Ez megkérdőjelezi annak lehetőségét, hogy egy 'jobb' szkizotípia-mérőskála talált volna különbséget a két vizsgált populációk között: valószínűnek látszik, hogy más mérőeszközök sem produkáltak volna eltérő eredményt.

Ezzel elérkeztünk a jelen tanulmány STQ eredményeinek értelmezését illető másik lehetőséghez: ez a felhasznált minta kérdése.

Amint arra korábban már rámutattunk: a táplálkozási zavarok klinikai populációjának kategorizálása rendkívül problematikus. Amennyiben a fődiagnózisokat vesszük figyelembe, azt találjuk, hogy az anorexiás és bulimiás alcsoportok közötti különbségek szinte elmosódnak. Ez abból adódik, hogy egy ilyen kategorizáció szerint 'anorexiás'-nak számítanak mind a restriktív, mind a bulimiás anorexiások, míg a szorosan definiált bulimiások és az anorexiás patológiával rendelkező bulimiások egyaránt 'bulimiás' minősítést kapnak.

Ha viszont a csupán egy 'tiszta' diagnózist kapott betegeket vesszük figyelembe (tehát csak a restriktív anorexiásokat és a szorosan definiált bulimiásokat), a minta hirtelen jelentősen megkisebbedik (anorexiások: 4 fő; bulimiások: 10 fő.)

Ebből következően nem zárható ki annak a lehetősége, hogy a jelen tanulmány restriktív anorexiásainak elenyészően kis száma oly módon befolyásolta a vizsgálódás eredményeit, mint azt Gartner és munkatársainak (1989) esetében láthattuk. Ezek a szerzők arról számolnak be, hogy a DSM-III-R-rel diagnosztizált 35 betegnél strukturált interjú alkalmazásával nem találtak bizonyítékot arra, hogy szignifikáns személyiségzavarbeli különbségek állnának fent restriktív anorexiások és alacsony testsúlyú bulimiások között . Ez az eredmény két okból is igen fontos. Mindenekelőtt azért, mert Gartner és munkatársainak vizsgálata mindmáig az egyetlen olyan tanulmány, amely a standard strukturált interjú módszerét alkalmazta a DSM-III-R által definiált összes személyiségzavar felmérésére. Másodszor pedig azért egyedülálló ez a publikáció, mert *nem* erősítette meg számos korábbi vizsgálat eredményét, amennyiben a restriktív anorexiások és a bulimiás-önhánytatás-hashajtózás kórelőzménnyel rendelkező anorexiások között személyiségmutatókbeli eltérés lenne fellelhető. (A legtöbb ilyen, az anorexia alcsoportjait összehasonlító tanulmány arról számol be, hogy az alacsony testsúlyú bulimia olyan személyiségzavarbeli jegyekkel társul, amelyek az impulzív és destruktív viselkedésformákhoz kapcsolódnak (l. pl. Beaumont és mtsai, 1976; Casper és mtsai, 1980; Garfinkel és mtsai, 1980; Piran és mtsai, 1988). A szakirodalom arra is rámutat (Dowson, 1992), hogy a fenti tanulmányok nézetazonosságával egyedül szembehelyezkedő Garner és mtsai (1989) szintén csak igen kisszámú restriktív anorexiást vizsgáltak: mindössze hat főt.

Ennek fényében úgy tűnik, talán egy, a jelenleginél nagyobb mintán tettenérhető lenne a szkizotípia perceptuálisan aberráns vonásainak jelenléte anorexiában, ahogy azt a jelen tanulmány kiegészítő hipotézisében felvetettük. A fenti lehetőség a bulimia és a borderline személyiségzavar összefüggésére is fennáll.

A fentieket összefoglalva a jelen tanulmányban a Szkizotípia Kérdőív (STQ) segítségével végzett felmérés eredményei megerősítik a Borderline Diagnosztikus Interjú (DIBS) eredményeit. Mindkét eredmény, a várakozásoknak megfelelően azt bizonyítja, hogy a táplálkozási zavarban szenvedők fokozott patológiát mutatnak a borderline személyiségzavar irányában. A táplálkozási zavaros betegek esetében a vizsgálat ezen felül hangsúlyozott abnormalitást talált a neurótikusság, pszichoticizmus és a szkizotípia tekintetében.

Az anorexia nervosa és a bulimia nervosa összehasonlítása ezzel szemben nem fedett fel szisztemetikus különbségeket a két vizsgált populáció között.

A tanulmány gyakorlati konklúziói tehát a személyiségzavarosok és a táplálkozási zavarosok tovább már nem differenciált diagnosztikus populációja közötti kapcsolat alapján vonhatók le, Dowsonnal (1992) egyetértésben, aki három lehetséges interakciót proponál a személyiségzavarosok és a táplálkozási zavarosok között. Ezek a következők.

Először is lehetségesnek látszik, hogy a személyiségszerkezet patoplasztikus hatást gyakorol a táplálkozási zavar természetére. Például elképzelhető, hogy a szkizotíp vagy a kényszeres személyiségzavar arra predesztinálja a táplálkozási zavarban megbetegedő egyént, hogy sokféle evészavar közül a restriktív anorexia altípusát 'fejlessze ki' magában. Hasonlóképpen: a borderline személyiségvonások, különösen az impulzivitás megléte pedig impulzív falásrohamokat követő önhánytatásra és/vagy hashajtó abúzusra predesztinál. Adataink ezt a lehetőséget nem támogatják, de - az alacsony elemszámok miatt - nem is zárják ki.

Másodszor: elképzelhető, hogy a személyiségzavar fennállása fokozza a táplálkozási zavar kifejlesztésére prediszponált egyén sebezhetőségét, ugyancsak kedvezőtlen irányba befolyásolva az evészavar terápiás kimenetelét.

Harmadszor: A személyiségzavar és a táplálkozási zavar között fennálló kapcsolat megfordítható: ennek értelmében evészavar esetén a személyiségzavar tünetei felerősödnek.

Borderline személyiségzavaros betegek utánkövetéses vizsgálata azt mutatja, hogy a betegek többsége számára a hosszútávú prognózis pozitív - feltéve ha gyógykezelésük során a krízis management, a gyógyszerelés és a pszichoterápiás háttér egyaránt szerepet kap. Minthogy a jelen tanulmány eredményei egyértelműen azt bizonyítják, hogy a táplálkozási zavarban szenvedő betegek hangsúlyozott patológiát mutatnak a borderline személyiségzavar irányában, ajánlatosnak tűnik a fenti gyógykezelési elvek beolvasztása a táplálkozási zavar ellátásába.

Végezetül a tanulmány implikációi annak a lehetőségét is felcsillantják, hogy a táplálkozási zavarok és a személyiségzavarok alkategóriái közötti kapcsolat mélyebb megismerése segítséget nyújthat az egyes betegek egyéni terápiás igényeinek jobb biztosításához.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1993. július 20.

IRODALOM

Allerdissen, R., Florin, I., Rost, W. (1981). Psychological characteristics of women with Bulimia Nervosa (Bulimarexia). *Behaviour Analysis and Modification, 4*, 314-317.

Altomare Gy., Riskó Á. (1989). Anorexia és bulimia a mai pszichiátriai gyakorlatban. *Psychiatria Hungarica, 4*, 187-199.

Beck, A. T. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders.* Guilford, New York.
Beaumont, P. J. V., George, G. C. W., Smart, D. E. (1976). 'Dieters' and 'vomiters and purgers' in anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 6*, 617-622.
Boskind-Lodahl, M., White, W. C. (1978). The definition and treatment of bulimarexia in college women - a pilot study. *Journal of American College of Health Association, 27*, 84-87.
Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine, 24*, 187-194.
Bruch, H. (1974). *Eating disorders: anorexia, obesity and the person within*. Routledge, London.
Bulik, C. M. (1987). Drug and alcohol abuse by bulimic women and their families. *American Journal of Psychiatry, 144*, 1604-1606.
Button, E. J., Fransella, F., Slade, P. D. (1977) A reappraisal of body perception disturbance in anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 7*, 235-243.
Button, E. J., Whitehouse, A. (1981). Subclinical anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 11*, 509-516
Buvat, J., Buvat-Herbaut, M. (1978). Misperception of body concept and dysmorphophobias. *Annales Medico-Psychologiques, 136*, 563-580.
Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C., Davis, J. M. (1980). Bulimia, its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psyciatry, 37*, 1030-1035.
Casper, R. C. (1980). On the emergence of bulimia nervosa as a syndrome. *Journal of Eating Disorders, 2*, 3-16.
Claridge, G., Broks, P. (1984). Schizotypy and hemisphere function, I. Theoretical considerations and the measurement of schizotypy. *Personality and Individual Differences, 5*, 633-648.
Claridge, G., Hewitt, J. K. (1987). A biometrical study of schizotypy in a normal population. *Personality and Individual Differences, 8*, 303-312.
Claridge, G. (1989, 1992). Személyes közlés.
Collipp, P. J. (1984). Anorexia nervosa and binge vomiting. *Pediatric Annals, 13*, 538-542.
Cooper, J. L., Morrison, T. L., Bigman, O. L., Abramowitz, S. I., Blunden, , D., Nassi, A., Krener, P. (1988). Bulimia and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders, 7*, 43-49.
Cooper, J. L., Taylor, M. J. (1988). Body image disturbance in bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 153 (Suppl. 2.)*, 32-36.
Cooper, T. (1990). Look back in hunger: the meaning of anorexia nervosa. *Clinical Psychology Forum. No. 30*, 23-26.
Crisp, A. H. (1967). Anorexia nervosa. *Hospital Medicine, 1*, 713-718.
Crisp, A. H. (1981). Abnormal normal weight control syndrome. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 11*, 203-233.
Crisp, A. H., Hsu, L. K. G., Harding, B., Hartshorn, J. (1967). Clinical features of anorexia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research, 24*, 179-191.

Derksen, J. (1990). An exploratory study of borderline personality disorder in women with eating disorders and psychoactive substance dependent patients. *Journal of Personality Disorders, 4*, 372-380.

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition.. Washington, D. C. American Psychiatric Association (1980).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition:Revised. Washington, D. C. American Psychiatric Association (1987).

Dolan, B. M. (1991). Cross-cultural aspects of anorexia nervosa and bulimia. A review. *International Journal of Eating Disorders, 1*, 67-78.

Dolan, B. M., Evans, Ch., Norton, K. (1992). The Separation-Individuation Inventory. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 180*, 529-533.

Dolan, B. M., Evans, Ch., Norton, K. (1992). Disordered eating behavior and attitude in female and male patients with personality disorders. Közlésre benyújtva.

Dowson, J. H. (1992). Assessment of DSM-III-R personality disorders by self-report questionnaire: the role of informants and a screening test for co-morbid personality disorders (STCPB). *British Journal of Psychiatry* (sajtó alatt).

Du Bois, F. S. (1949). Compulsion neurosis with cachexia. *American Journal of Psychiatry, 106*, 107-115.

Eckert, E. D., Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Casper, R. C., Davis, J. M. (1982). Depression in anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 12*, 115-122.

Evans, Ch., Lacey, J. H. (1992). Multiple self-damaging behaviour among alcoholic women. *British Journal of Psychiatry, 161,* 643-647.

Enright, A. (1992). Személyes közlés.

Fahy, T. (1991). Personality and treatment response in bulimia nervosa. *Proceeding: Les troubles des condultes alimentaires*. Symposium International, April, Paris.

Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B. (1972). Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry, 26,* 57-63.

Fichter, M. M. (1988). Anorexia nervosa in Greek and Turkish adolescents. *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences, 237*, 200-208.

Fichter, M. M. (1991). Course and outcome of bulimia nervosa. In: *Eating Disorders Symposium*. Abstract Book. Paris.

Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis, 72*, 639-656.

Fries, H. (1974). Secondary amenorrhea, self-induced weight-reduction and anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Suppl. 248.*

Garfinkel, P. E., Moldofsky, H., Garner, D. M. (1980). The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup. *Archives of General Psychiatry, 37,* 1036-1040.

Garfinkel, P. E., Garner, D. M. (1980). Anorexia nervosa: a multidimensional perspective. Brunner/Mazel, New York.

Garfinkel, P. E. (1991). Public lecture, reported in: Túry, F. (szerk.) Állapotkép az evészavarokról a 90-es évek elején. Beszámoló a Nemzetközi Evészavar Szimpóziumról, Párizs, április 17-19. *Psychiatria Hungarica, 6*, 419-422.

Garner, D. M., Olmstead, M. P., Garfinkel, P. E. (1985). Similarities among bulimic groups selected by different weights and weight histories. *Journal of Psychiatric Research, 19,* 129-134.

Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K., Loranger, A. W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry, 146,* 1585-1591.

Gilbert, S. (1986). *Pathology of eating. Psychology and treatment.* Routledge, London.

Giles, T. R., Young, R. R., Young, D. E. (1985). Behavioral treatment of severe bulimia. *Behavior Therapy, 16,* 393-405.

Gordon, R. A. (1990). *Anorexia and bulimia. Anatomy of a social epidemic.* Blackwell, Oxford.

Gull, W. W. (1974). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London, 7,* 22-28.

Gunderson, J. G., Kolb, J. E. (1976). The Diagnostic Interview for Borderlines. Paper presented at the *129th Annual Meeting of the American Psychiatric Association,* May 10-14. Miami, Florida.

Gunderson, J. G., Kolb, J. E. (1977). Discriminating features of borderline patients. Paper presented at the *Annual Meeting of the American Psychiatric Association,* May 6. Toronto, Kanada.

Gwirstman, H. E., Roy-Byrne, P., Yager, J., Garner, R. H. (1983). Neuroendocrine abnormalities in bulimia. *American Journal of Psychiatry, 140,* 559-563.

Hajnal Á. (1987). Az anorexia nervosa pszichopathológiai, pszichodinamikai, pszichoterápiás sajátosságai és problémái. *Orvosképzés, 62,* 459-469.

Halmi, K. A., Falk, J. R. (1982). Anorexia nervosa. A study of outcome discrimination in exclusive dieters and bulimics. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 21,* 369-375.

Harris, R. T. (1983). Bulimarexia and related serious eating disorders with medical complications. *Annals of Internal Medicine, 99,* 800-807.

Hatsukami, D., Owen, P., Pyle, R., Mitchell, J. E. (1982). Similarities and differences on the MMPI between women with bulimia and women with alcohol and drug abuse problems. *Addictive Behaviours, 7,* 435-439.

Hawkins, R. C., Clement, P. F. (1980). Development and construct validation of a self-report measure of binge-eating tendencies. *Addictive Behaviours, 5,* 219-226.

Herzog, D. B. (1984). Are anorexic and bulimic patients depressed? *American Journal of Psychiatry, 141,* 1594-1597.

Herzog, D. B., Norman, D. K. (1985). Subtyping eating disorders. *Comprehensive Psychiatry, 26,* 375-380.

Holden, N. L. (1990). Is anorexia nervosa an obsessive-compulsive disorder? *British Journal of Psychiatry, 157,* 1-5.

Hsu, L. K. G., Meltzer, E. S., Crisp, A. H. (1981). Schizophrenia and anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease, 169,* 273-276.

Hsu, L. K. G. (1990). Evaluation and diagnosis. In: *Eating disorders.* Ch. 5. Guilford Press, New York. 104-123.

Hudson, J., Pope, H., Jones, J. (1983). Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatric Research, 9*, 341-354.

Johnson, C., Tobin, D., Enright, A. (1989). Prevalence and characteristics of borderline patients in an eating disordered population. *Journal of Clinical Psychiatry, 50*, 9-15.

Kernberg, O. (1981). *Objektziehungen und Praxis der Psychoanalyse*. Klett-Cotta, Stuttgart.

Lacey, J. H. (1982). The bulimic syndrome at normal body weight: reflections on pathogenesis and clinical features. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 59-65.

Lacey, J. H. (1991). Multi-impulsive bulimia. *Eating Disorders International Symposium*. Abstract book. Paris.

Lacey, J. H., Evans, C. D. H. (1982). The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction, 81,* 641-649.

Lasegue, E. C. (1874). On hysterical anorexia. In: Gull, W. W. (1974).

Levine, A. P., Hyler, S. E. (1986). DSM-III personality diagnosis in bulimia. *Comprehensive Psychiatry, 27*, 47-53.

Lyketsos, G. C., Paterakis, P., Beis, A., Lyketsos, C. G. (1985). Eating disorders in schizophrenia. *British Journal of Psychiatry, 146,* 255-261.

Mahler, M. S., Pine, F., Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. Basic Books, New York.

Margo, J. L. (1987). Anorexia nervosa in males. A comparison with female patients. *British Journal of Psychiatry, 151,* 80-83.

McClelland, L., Mynors-Wallis, L., Fahy, T., Treasure, J. (1991). Sexual abuse, disordered personality and eating disorders. *British Journal of Psychiatry, 158* (Suppl. 10), 63-68.

Mizes, J. (1985). The bulimic personality. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 7*, 91-94.

Norman, D. K., Herzog, D. B. (1983). Bulimia, anorexia nervosa and anorexia nervosa with bulimia: a compartive analysis of MMPI profiles. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 43-52.

Palmer, R. L. (1979). The dietary chaos syndrome: a useful new term? *British Journal of Medical Psychology, 52,* 187-190.

Palmer, M. D., Jones, M. S. (1939). Anorexia nervosa as manifestation of compulsive neurosis. *Archives of Neurology and Psychiatry, 41,* 856-860.

Pethő B. (1989). *Részletes psychiatria II. Functionalis betegségek és zavarok*. Budapest, Magyar Pszichiátriai Társaság, 1084-1092.

Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H., Brouillette, C. (1989). Personality disorders in anorexic patients. *International Journal of Eating Disorders, 7*, 589-599.

Pope, H. G., Frankenberg, F., Hudson, J. I., Jonas, J. M., Yurgelen-Todd, D. (1987). Is bulimia associated with borderline personality disorders? A controlled study. *Journal of Clinical Psychiatry, 48*, 181-184.

Rátay Cs. (1987). Újabb törekvések az anorexia nervosa pszichoterápiás kezelésében. *Psychiatria Hungarica, 2*, 201-208.

Rollins, N., Piazza, E. (1978). Diagnosis of anorexia nervosa. A critical reappraisal. *Journal of the American Academy of Psychiatry, 17*, 126-137.

Rothenberg, A. (1986). Eating disorders as a modern obsessive-compulsive syndrome. *Psychiatry, 49*, 45-53.

Rowland, C. (ed.) (1970). *Anorexia and obesity.* International Psychiatry Clinics, 7. Little, Boston.

Russell, G. F. M. (1977). The present status of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 7*, 363-367.

Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: of ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*, 429-448.

Schlesier-Carter, B., Hamilton, S. A., O'Neil, P. M., Lydiard, R. B., Malcolm, R. (1989). Depression and bulimia: the link between depression and bulimic cognitions. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 322-325.

Scott, R. L., Baroffio, J. R. (1986). An MMPI analysis of similarities and differences in three classifications of eating disorders; anorexia nervosa, bulimia and morbid obesity. *Journal of Clinical Psychology, 42*, 708-713.

Simon L., Tölgyes T. (1990). A bulimia nervosa II. *Ideggyógyászati Szemle, 43*, 484-500.

Slade, P. D. (1973). Russell, G. F. M. (1973). Experimental investigations of bodily perception in anorexia nervosa and obesity. *Psychotherapy and Psychosomatics, 22*, 359-363.

Slade, P. D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 153 (Suppl. 2)*, 20-22.

Solyom, L., Freeman, R. J., Miles, J. E. (1982). A comparative psychometric study of anorexia nervosa and obsessive neurosis. *Canadian Journal of Psychiatry, 27*, 282-286.

Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., Hussain, N. (1990). Personality and family disturbances in eating-disorder patients: comparison of "restricters" and "bingers" to normal controls. *Internat. Journal of Eating Disorders, 10*, 501-512.

Steiner, H. (1992). Patient-centered and analyst-centered interpretations: technical implications of "containment" and "countertransference". Előadás a "*The Psychoanalytic Approach to Borderline States*" című, a Psychoanalysis Unit of University College által szervezett konferencián, London, 1992. január 24-25.

Strober, M. (1981). The significance of bulimia in juvenile anorexia nervosa: an exploration of possible etiological factors. *International Journal of Eating Disorders, 1*, 28-43.

Strober, M. (1983-5). Personality factors in anorexia nervosa. *Pediatrician, 12*, 134-138.

Strober, M., Goldenberg, I., Green, J., Saxon, J. (1979). Body image disturbance in anorexia nervosa during the acute and recuperative phase. *Psychological Medicine, 9, 695-701.*

Stunkard, A. J. (1959). Eating patterns of obese persons. *Psychiatric Quarterly, 33*, 284-292.

Szabó, P., Túry, F. (1991). The prevalence of bulimia nervosa in a Hungarian college and secondary school population. *Psychotherapy and Psychosomatics 56*, 43-47.

Szabó P., Túry F., Madlena, M. (1991). A bulimia nervosa sztomatológiai vonatkozásai. *Fogorvosi Szemle, 84*, 301-305.

Touyz, S. W., Beaumont, P. J. V., Collins, J. K., McCabe, M., Jupp, J. (1984). Body shape perception and its disturbance in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 144,* 167-171.

Tölgyes T., Simon L. (1989). A bulimia nervosa I. *Ideggyógyászati Szemle, 42*, 397-407.

Treasure, J. (1991). Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Curr. Opin. Psychiatry, 4, 236-241.

Túry F. (1991). Állapotkép az evészavarokról a 90-es évek elején. Beszámoló a Nemzetközi Evészavar Szimpóziumról, Párizs, 1991, Apr. 17-19; *Psychiatrica Hungarica, VI:* 419-422.

Túry F. Szabó P. (1989). A táplálkozászavarok pszichoszomatikája, különös tekintettel a bulimia nervosára. *A MÁOTE és a MPT Pszichoszomatikus Szekciójának Közleményei, 24*, Budapest.

Túry F. Szabó P. (1991a). Bulimia nervosa. Irodalmi áttekintés. *Psychiatria Hungarica, 6*, 43-59.

Túry F. Szabó P. (1991b). A pszichoszomatikus táplálkozási zavarok kontinuum hipotézise. *Borsodi Orvosi Szemle 7:* 3-13.

Túry F., László Zs., Szendrey G., Joó M. N., Prónay G. (1992). Bulimiás vonások obesitasban. *Lege Artis Medicinae, 2*, 454-458.

Vandereycken, W. (1982). Uncommon eating/weight disorders related to amenorrhea, infertility and problematic pregnancy. In: Prill, H. J., Stauber, M. (eds), *Advances in Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. Springer, Berlin.

Vandereycken, W., Pierlot, R. (1983). Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: a clinical study of 133 patients. *British Journal of Medical Psychology, 56,* 145-156.

Walsh, B. T. (1991). Classification of eating disorders in DSM-IV. In: *Eating disorders International Symposium.* Paris. Abstract Book, 2.

Wallach, J. D., Lowenkopf, E. L. (1984). Five bulimic women. MMPI, Rorschach, and TAT characteristics. *International Journal of Eating Disorders, 3*, 53-66.

Whitehouse, A. M., Freeman, C. P. L., Annandale, A. (1988). Body size estimation in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry, 153 (Suppl. 2),* 23-26.

Williamson, D. A., Kelley, M. L., Davis, C. J., Ruggiero, L., Blovin, D. C. (1985). Psychopathology of eating disorders: a controlled comparison of bulimic, obese and normal subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53*, 161-166.

Wolf, E. M., Crowther, J. H. (1983). Personality and eating habit variables as predictors of severity of binge-eatng and weight. *Addict. Behaviors, 8*, 335-344.

Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B., Goodman, S. (1990). DSM-III-R personality disorders in eating disorder subtypes. *International Journal of Eating Disorders, 9*, 129-140.

Yager, J., Landesverk, J., Edelstein, C. K., Hyler, S. E. (1989). Screening for axis II. personality disorders in women with bulimic eating disorders. *Psychosomatics, 30*, 255-262.

Yellowlees, A. J. (1985). Anorexia and bulimia in anorexia nervosa: a study of psychosocial functioning and associated psychiatric symptomatology. *British Journal of Psychiatry, 146,* 648-652.

SUMMARY

Personality dimensions in eating disorders

Németh, W. Kinga

The study set out to investigate if there are personality characteristics distinguishing eating-disorder sufferers from normals, and to find out if there are certain personality traits more characteristic of particular eating-disorders than of others. In particular, the main hypothesis was that as a group, eating-disordered patients (i.e. anorexics, bulimics and bulimarexics) display more borderline personality characteristics than normal controls - with two subordinary hypotheses to the effect that anorexics display more schizotypal personality disorder (SPD) characteristics than bulimics, while bulimics display more borderline personality disorder (BPD) characteristics than anorexics. In other words: although eating disorders on the whole are expected to display borderline personality characteristics, anorexics were thought to be more borderline in the schizotypal (SPD) sense of the term, while bulimics to be more borderline in the borderline (BPD) sense.

Thirty-one subjects were used, 12 Hungarians and 19 British, with a 9-strong Hungarian control group. On the basis of the subjects' psychiatric diagnoses, the following sub-groups were separated: loosely defined anorexics (N=15), loosely defined bulimics (N=14), restricter anorexics (N=6), strictly defined bulimics (N=10), and all patients but restricter anorexics (N=25).

The main hypothesis of the study was tested by administering a diagnostic interview-schedule (Diagnostic Interview for Borderlines, DIBS; Gunderson, 1977) to 14 eating-disordered patients and 9 control subjects. The subsidiary hypotheses were directly compared in the anorexic and bulimic subgroups via the two-scale Schizotypy Questionnaire (Claridge and Broks, 1984), forming part of a composite questionnaire (STQ), whose other scales are Extraversion, Neuroticism, Psychoticism and Lie.

Both measures have found eating disordered patients, as predicted, highly abnormal in the borderline personality disorder direction. Eating-disordered patients were also found markedly abnormal as regards Neuroticism, Psychoticism, and Schizotypy. A comparison between anorexia nervosa and bulimia nervosa, however, did not reveale systematic differences between the diagnostic populations.

PÁNIKTÜNETEK ÉS AZ ÉN VÉDELMÉT SZOLGÁLÓ MECHANIZMUSOK KAPCSOLATA*

KÁLLAI JÁNOS, KÓCZÁN GYÖRGY, MARTIN LÁSZLÓ

Pécsi Orvostudományi Egyetem, Pszichiátriai és Orvosi Pszichológiai Klinika

A tanulmány a pánik szimptómák valamint a megküzdő-védekező (coping-defense) mechanizmusok kapcsolatával foglalkozik. A Haan-féle megküzdés-védekezés CPI-ből származtatott kérdőíve és a különböző pánik-tünetek felmérése révén, különböző diagnosztikai kategóriákban (pánik, pánik-agorafóbia, személyiségzavar, általános szorongás és normál kontroll csoportban) vizsgáltuk a respirációs, vesztibuláris és én-vesztés pánik tünetfaktorok és az én-védelem összefüggését. Megállapítottuk, hogy az én védelmét szolgáló megküzdő-elhárító mechanizmusok és a pánik-faktorok közötti korrelációk a kontroll csoporthoz és az általános szorongásos szimptómáktól szenvedő személyekhez képest csaknem teljesen hiányoznak a pánik és a pánik-agorafóbiában szenvedő személyeknél. Adataink szerint pánik agorafóbiásoknál a respirációs faktor negatív kapcsolatot mutat az intellektualizálással és az intellektualitással, míg a pánik csoportban a vesztibuláris faktor pozitív kapcsolatotban van a projekcióval, a regresszióval és az intellektualizálással. Eredményeinket az elhárítómechanizmusok fejlődésére vonatkoztatva értelmeztük. Megerősítve látjuk Fenichel klasszikus véleményét, mely szerint a pánik-rohamok megjelenését gyenge én-védelmi szabályozó folyamatok kísérik.

Fenomenológiailag a pánikroham hirtelen nagy erővel kitörő, balsejtelemmel és félelemmel kísért, de általában 10-30 perc alatt csillapodó tünetegyüttes, amelyben különböző viselkedéses, kognitív és autonóm idegrendszeri szimptómák ötvöződnek (Aronson, 1987). A szimptómák betegség-élmény kíséretében megnehezítik az önálló életvezetést, szociális alkalmazkodási zavarokat, s bizonyos esetekben pánik- és - következményes állapotként - agorafóbiás betegséget okozhatnak (Aronson és Logue, 1988).

Az elmúlt években számos epidemiológiai (Kroff és Eaton, 1989; Klerman, 1986), genetikai (Torgersen, 1983), neuroanatómiai (Gorman és mtsai, 1989), biokémiai (Klein, 1987), valamint klinikai (Beck és mtsai, 1985; Rachman, 1988;

* Ez a tanulmány az OTKA T-006380 sz. "Tájékozódási deficit és a kognitív elkerülés feloldásának szerepe a konzervált félelmi állapotok megszüntetésében" című pályázat támogatásával készült.

Faludi, 1988; Kecskeméty és Faludi, 1985; Kopp, 1990) összefoglaló tanulmány foglalkozott e témakörrel.

A pánikroham mind egészséges, mind pedig különböző diagnosztikai kategóriákba sorolható (pánikbetegség, hypochondria, depresszió, kényszerbetegség) személyeknél előfordul (Diamond, 1987). A pániktünetekre adott személyes reakciót a személyiségfejlődés artikulálja. A tünetek etiológiája ebből adódóan meglehetősen sokszínű. Ez a kaleidoszkopikus kép folyamatos kihívást jelent a dinamikusan orientált és a kognitív viselkedésterapeuták számára egyaránt. A pánik állapotok kezelésében számos lehetőség áll rendelkezésünkre: az inadaptív elkerülő magatartás módosítása (Rachman, 1988), a téves magyarázatok korrekciója (Clark, 1986), a neurotikus személyiségfejlődési menetbe ágyazott szeparációs szorongás, dependencia-harcok feloldása és lezárása (Bowlby, 1973; Frances és Dunn, 1975), a spontán és az anticipált helyzetekre vonatkozó biológiai pánik-vulnerabilitás csökkentése, a pánikrohamok biokémiai blokkolása (Margraft és mtsai, 1986), a patológiás self- vagy egostruktúra rendezése (Kohut, 1977; Weiss, 1962; Guidano, 1987; Diamond, 1985).

Az elmúlt néhány év publikációinak egy részében és a klinikai gyakorlatban egyaránt, a pánik szindróma diagnózis mellett mind gyakrabban találkozunk a DSM-III kategóriarendszer II-es tengelyéről származó valamilyen kiegészítéssel. Például: borderline személyiségzavar pánik szindrómával, vagy pánik-szindróma obsessiv-compulsiv személyiségzavarral és hasonlók. Részletes személyiségvizsgálati adatok szerint a pániktünetek gyakorisága együttjár az ego fragmentációjával, integráltságát vesztett személyiség-struktúrával, alacsony szintű szintetizációs képességgel, szétesett ego-védelmi rendszerrel (Rosenberg és Andersen, 1990). Ily módon az ego-pszichológiára és a tárgykapcsolati viszonyokra épített megközelítések a biokémiai és a kognitív terápiás kezelési módszerek fejlődésével párhuzamosan egyre inkább felértékelődtek, a pániktünetek genezisére vonatkozó interpretációk lényeges elemeivé váltak.

Freud (1924) úgy tartotta, hogy a pánikroham egy intrapszichikus konfliktus tünete, és megjelenését típusos elhárító mechanizmusok befolyásolják. Ezt a gondolatot Anna Freud (1966) fejtette ki részleteiben. Előfeltevése alapján (Seif és mtsai, 1979) pániktól szenvedő személyeknél a represszió, projekció és az áttolás elhárítási formák statisztikailag bizonyítottan gyakoribb megjelenését találták. Ezen adatokat Pollac és Andrews (1989) adatai az áttolás vonatkozásában alátámasztják, másrészt a szomatizációval és a reakcióképzés elhárítási formák típusos megjelenésével egészíti ki. A. Freud (1966) az elhárító mechanizmusok hatókörét lényegesen kibővítette. Úgy gondolta, hogy pánik esetében a represszió, projekció, áttolás, szomatizáció és a reakcióképzés egyidejűleg kettős feladatot lát el. Egyrészt egy pszichofiziológiailag körvonalazott belső "drive" visszaszorítását kontrollálja, másrészt szabályozza a személy aktuális perszonális és szociális fejlettségéhez illő adaptív aktusok kivitelezését.

A. Freud megközelítésében tehát a pánik élménye esetén is érvényesül az énvédelem kettős funkciója. Az énvédő mechanizmusok mind a drive, mind pedig az élmény összetevők szabályozó eszközének tekinthetők.

A pánikroham szindróma (légzési nehézség, folytogató érzés a torokban, palpitáció, halálfélelem, mellkasi fájdalom, remegés, forró-hideg rohamok, bizonytalansági érzések, szédelgés, izzadás, ájulás-érzés, deperszonalizáció, kontroll-vesztéstől való félelem, érzéketlenség egyes testrészeken, vizelési-székelési rohamok, hányinger) statisztikai eszközökkel három faktorra bontható, úgymint respirációs és vesztibuláris tünetek, illetve önkontroll-vesztés. (Kállai és mtsai, 1991).

Klinikai tapasztalat, hogy a pánikbetegek általában nem csupán fenyegető veszélyérzetük kognitív kontrolljára képtelenek, hanem minden fokozottabb arousal-változás félelmet, a kontrollálhatatlanság élményét kelti bennük. Következményként még az agorafóbiás tünetegyüttes kifejlődése előtt egyre fokozódó mértékben elkerülik az intenzív arousal-változással járó helyzeteket (pl. erős zaj, nagy fény, ismeretlen feladat, hirtelen fizikai aktivitás-változtatás, ego-involvált konfliktus helyzet). Ennek következményeként az arousal elviselhetőségi küszöbe fokozatosan lecsökken, mígnem az izgalmi szint elviselhető szinten tartása érdekében határozott elkerülő viselkedési szokások alakulnak ki a legkonvencionálisabb élethelyzetekre is. Mivel az én védelmét szolgáló pszichológiai mechanizmusok nem biztosítanak hatékony megoldási lehetőségeket, az ego arousallal szembeni védelmét rigid, inadaptív viselkedésszokások veszik át. A személy mindennapi élettere ezzel párhuzamosan beszűkül, a hangulat nyomottá válik, fizikai és mentális teljesítménycsökkenés jelenik meg, a személy figyelme környezetéből kivonódik, saját interoceptív érzéseire fókuszál. E változások hátterében az ineffektív kognitív sémák, inadaptív kondicionált viselkedésválaszok, intrapszichikus konfliktusok, valamint a biológiai vulnerabilitás hatását egyértelműen igazolták (Gorman, 1989). Az előbbiek alapján lehet benyomásunk a pánik-betegség keletkezésének okairól. A pszichoterápiás gyakorlat szempontjából a fő kérdés azonban nem az, hogy mi okozza a pánikrohamot, hanem hogy mi az, ami fenntartja, ami az ismétlődés lehetőségét konzerválja.

Jelen vizsgálatunkban pánik-agorafóbiában és pánik szindrómában szenvedő betegek megküzdő és elhárító stratégiáit elemeztük. A fenti gondolatmenet értelmében feltételeztük, hogy e kórképekben a megküzdő- és énvédő mechanizmusok zavara van jelen, mely generalizált szorongásban, valamint személyiségzavarban szenvedő és egészséges kontroll csoportokkal való összehasonlításban ki fog tűnni.

Személyek

A vizsgálatban 119 személy vett részt. Egy részük (87 fő) klinikánk ambulanciáján pszichodiagnosztikai vizsgálaton résztvevő személyek közül került ki. Életkori megosztás: 17 és 51 éves kor között; nemek megoszlása: 54 nő és 33 férfi; szociális státus és iskolai végzettség szerint heterogén az összetétel: 8 osztályt végzett betanított munkástól az egyetemet végzett igazgató beosztásban dolgozó személyekig. Diagnosztikai szempontból: 28 pánikbeteg, 18 pánikbeteg agorafóbiával, 26 általános szorongásos tünetektől szenvedő, 15 fő diagnózis szerint személyiségzavarban szenvedő személy. A vizsgálat kezdetekor - 1987-ben - a DSM III-R (1987) még nem volt széles körben elterjedt diagnosztikai útmutató, ezért a DSM-III (1980)

diagnosztikai támpontjait használtuk a csoportosításban. A diagnosztikai katagóriák közötti határok megvonásakor is az 1980-as DSM szempontokat követtük. Kontrollként 32 egészséges személy volt segítségünkre. Kor szerint: 18-47 éves között; 21 nő, 11 férfi. Az egészségesség kritériuma: negatív pszichiátriai anamnézis, valamint Eysenck EPQ (magyar változat: Eysenck és Matolcsi, 1984) tesztje alapján mutatott N (emocionális labilitás) és P (pszichoticizmus) faktorának a magyar átlag szórását nem meghaladó értékek.

Kérdőív

A különböző pánik tünetek gyakoriságát a DSM III-ra épített diagnosztikai segédanyag által metrizáltuk (Gorman, 1981; magyar változata: Kállai és mtsai, 1992) A "megküzdés és védekezés" funkciókat a Kaliforniai Személyiség Kérdőív (CPI, Gough, 1957) magyar adaptációjából (Oláh, 1988) származtatott Haan-féle coping-defense skála (Haan, 1977; magyar adaptációja, reliabilitás és validitás vizsgálata: Martin és mtsai, 1987) segítségével mértük. Haan mérési módja Piaget pozitív ego-fejlődési koncepciójára épít, amely szerint az ego nem merev szerkezet, hanem állandóan újra és újra megkonstruált folyamat, melynek célja elérni (attain) és megtartani (maintain) az Én létezésének élményét. A folyamatos konstruálódás állapotában lévő ego három különböző funkcióból vagy modalitásból szerveződik: megküzdés (coping), védekezés (defense) és szétesés (fragmentáció). Haan - A. Freud (1966) és Vaillant (1977) munkáival összhangban - az alábbi megküzdő és védekező mechanizmusokat használja:

defense: izoláció, intellektualizálás, racionalizáció, kétkedés, projekció, regresszió, tagadás, áttolás, reakció képzés.

coping: objektivitás, intellektualitás, logikai analízis, többértelműség toleranciája, empátia, ego-regresszió, koncentrálás, szublimáció, szubsztitúció, szupresszió.[1]

A fragmentáció kérdőíves mérhetőségére a legjobb eszköz a projektív teszt lenne, de lehetőségek, időbeli korlátok miatt jelen vizsgálatunkban a fragmentáció jelenségét nem mértük.

Eljárás

A diagnosztikai vizsgálatban résztvevő paciensekkel kapcsolatos adattgyűjtés az indikált terápiák első két ülésével bezárólag befejeződött. A személyek kitöltötték a Haan-skálát is magábafoglaló CPI tesztet valamint felvettük a pániktünet listát. A

[1] Megjegyezzük, hogy ezek a konstrukciók A. Freud, Lazarus és Vaillant koncepciójához képest eltérő teoretikus keretbe ágyazódnak. Haan ú. n. normatív modellje az elhárító-megküzdő stratégiák hatókörét a maladaptáció területére szűkíti le. Koncepciójának máig ható, friss eleme azonban, hogy az elhárítás-megküzdés specifikus formáit integrálja a személyiség kognitív és morális fejlődésével.

pániktünetek gyakoriságáról és a tünetek faktoranalitikus elemzéséről egy korábbi alkalommal már közöltünk e mintából származó eredményeket (Kállai és mtsai. 1992). Jelenlegi mintánkat azok a személyek alkotják, akiknél az elhárítás-megküzdés vizsgálatához a teljes információs anyag a rendelkezésünkre állt. Alkalmazott statisztikai programcsomag: SPSS.PC (1987).

Eredmények és megvitatás

A téma összefoglaló munkáit áttekintve kevés empirikus vizsgálati anyag áll rendelkezésünkre az elhárító és megküzdő mechanizmusok és konkrét vegetatív tünetegyüttesek kapcsolatáról (Wilson, 1985; Cramer, 1990). Egybehangzó klinikai megfigyelések alapján megformált vélemények állítják, hogy a koragyermekkori fejlődésben az elhárító és a megküzdő mechanizmusok egy bio-neuro-fiziológiai védekező viselkedés részét képezik, majd a későbbiekben fiziológiai komponensüket maguk mögött hagyva a kognitív fejlődés integráns részeivé válnak Spitz (1965), Lichtenberg és Slap (1971), valamint Lichtenberg (1983) egyaránt állítják, hogy a koragyermekkori fejlődésben határozott formában jelennek meg a védekező mechanizmusok fiziológiai őstípusai, úgymint a feszültség elhárítását szolgáló hányás, járás-bizonytalanság, szemlezárás stb.

Vizsgáljuk meg ennek esetleges maradványait a felnőtt korban. Találunk-e olyan vegetatív panaszokat, melyek következetesen kapcsolódnak bizonyos elhárító vagy megküzdő mechanizmusok jelenlétéhez vagy hiányához?

A "védekező-megküzdő" rendszer a fizikai és szociális környezethez való alkalmazkodás szolgálatában áll. Elemei általában jelentősebb emocionális feszültség megjelenésekor aktiválódnak, elsősorban abban az esetben, ha az adott emóció direkt kifejezése veszélyes lehet a személy számára. Az emóciót kísérő fiziológiai aktivitás részben szintén a védekező-megküzdő aktivitás kontrollja alatt áll, éppúgy, ahogy az emóció kognitív komponensei is. A feszültség csökken ugyan, de a feszültség forrása nem szűnik meg.

Például ahogy ezt ödipális helyzetekben gyakran látjuk, a fiú apja iránt érzett dühének kinyilvánítása veszélyt rejthet, az indulat egy valamilyen szempontból preparált tárgyra kerül át, következményként a veszélyt hordozó emóció élménye elvész, fiziológiai serkentő hatása pedig csökken.

A pánik az etológiai szerepű alapemóciók közé tartozik. Vegetatív, kognitív és viselkedéses szimptómák alkotják. Egy korábbi tanulmányunkban már közöltük a jelen mintánkra vonatkozó faktoranalízis eredményét, amely szerint a pánik szindrómán belül 3 faktor izolálható: respirációs (RES) - hiperventilláció, nehéz légzés, folytogató érzés a torokban; vesztibuláris (VESZT) - szédelgés, bizonytalan járás, gyengeség; énvesztés (ÉNVE) - haláltól, a megőrüléstől való félelem, önkontroll vesztés (Kállai és mtsai, 1992).

Első lépésben közöljük a védekező-megküzdő aktivitás intenzitását a különböző diagnosztikai kategóriákon belül. A statisztikai összehasonlíthatóság érdekében az átlagokat z-transzformációval standardizáltuk (*1. táblázat*).

1. táblázat. Elhárító-megküzdő aktivitás különböző diagnosztikai csoportokban (standardizált átlagok)

	PÁNIK AGORAPHOBIA		PÁNIK		SZEM. ZAVAR		GENERALIZÁLT SZORONGÁS		NORMÁL KONTROLL	
	n = 18		n = 28		n = 15		n = 26		n = 32	
	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás	Átlag	Szórás
Objektivitás	-0.35	1.04	-0.26	1.01	-0.18	1.02	0.28	0.89	0.29	0.93
Izoláció	0.32	0.82	-0.02	1.05	0.25	1.04	-0.17	0.91	0.01	1.10
Intellektualitás	-0.35	1.06	-0.22	1.01	-0.08	0.93	0.16	0.74	0.46	1.04
Intellektualizálás	-0.20	1.00	-0.03	1.05	-0.11	0.88	0.01	0.80	0.29	0.99
Logikai elemzés	-0.30	1.07	-0.32	0.71	-0.20	0.92	0.45	0.95	0.36	1.05
Racionalizáció	0.73	0.76	0.22	0.76	0.31	0.99	-0.06	1.03	-0.77	0.94
Koncentráció	-0.02	0.68	0.05	0.80	-0.64	0.62	0.26	1.05	0.43	1.15
Tagadás	0.20	1.07	0.04	1.07	-0.15	0.94	-0.09	1.11	0.13	0.84
Többértelmű tolerancia	-0.60	1.06	-0.40	0.90	0.09	1.14	0.04	0.62	0.61	1.01
Kételkedés	0.66	0.83	0.09	0.88	0.54	0.87	-0.06	1.07	-0.54	0.91
Empátia	-0.22	0.85	-0.28	0.94	0.06	1.24	-0.24	0.61	0.11	1.06
Projekció	0.29	0.95	-0.01	0.89	0.59	0.92	-0.38	0.78	-0.42	1.10
Ego-regresszió	0.39	0.78	-0.01	0.91	0.27	1.23	-0.04	1.14	-0.17	0.95
Regresszió	0.35	0.70	0.02	0.88	0.77	0.73	-0.21	1.07	-0.45	1.13
Szublimáció	-0.42	1.03	-0.12	0.86	-0.30	1.11	-0.02	0.96	0.52	1.01
Áttolás	0.32	0.61	-0.10	0.76	0.88	0.96	-0.26	0.95	-0.52	1.08
Szubsztitució	-0.54	0.71	-0.45	0.83	-0.31	0.92	0.11	0.94	0.85	0.85
Reakció képzés	0.33	1.15	0.01	1.11	0.14	1.10	-0.13	0.82	-0.30	0.93
Szupreszió	-0.30	0.93	-0.29	0.94	-0.26	0.99	0.24	1.06	0.25	1.08
Represszió	0.21	0.85	0.26	0.93	0.04	1.14	-0.18	0.78	-0.40	1.02

2. táblázat. Pániktünet-faktorok és megküzdő-elhárító mechanizmusok a diagnosztikus csoportokban

		1 PÁNIK AGORAFÓ. N=18			2 PANIK N=28			3 SZEMÉLYS. ZAV. N=15			4 GENERALIZ. SZORONG. N=26			5 NORMAL N=32		
		RES.	VESZT.	ENVE.	RES.	VESZT.	ENVE.	RES.	VESZT.	ENVE.	RES.	VESZT.	ENVE.	RES.	VESZT.	ENVE.
Objektivitás	M	-0.28	0.19	-0.12	0.01	0.13	0.29	0.12	0.03	0.36	-0.27	-0.25	-0.42	0.02	-0.07	0.01
Izoláció	E	-0.04	0.13	0.14	0.01	0.01	-0.05	-0.21	-0.19	-0.14	-0.08	-0.04	-0.06	0.41 b	0.43 b	0.33
Intellektualit	M	-0.55 b	0.25	-0.24	0.14	0.31	0.35	-0.05	-0.09	0.36	-0.29	-0.13	-0.09	-0.15	-0.08	-0.16
Intellektualiz	E	-0.52 a	-0.05	-0.37	0.12	0.41 a	0.31	0.11	-0.08	0.29	-0.3	-0.18	-0.24	-0.2	-0.16	-0.21
Logikai elem	M	-0.41	0.31	-0.02	-0.19	0.02	0.17	-0.20	0.09	0.01	-0.47 b	-0.39 a	-0.45 b	-0.35 a	-0.27	-0.39 a
Racionaliz	E	0.02	-0.03	-0.06	-0.03	0.26	0.28	0.50	0.76 d	0.60 c	0.44 a	0.51 c	0.49 b	0.28	0.24	0.44 c
Koncentráció	M	-0.24	-0.20	-0.26	-0.06	-0.11	0.09	-0.03	-0.17	-0.41	-0.28	-0.13	-0.27	-0.4 a	-0.34	-0.45 c
Tagadás	E	0.41	-0.43	0.04	-0.07	-0.14	-0.35	0.06	-0.19	-0.32	-0.01	-0.04	-0.13	-0.07	0.18	0.16
Többértelmű	M	-0.44	0.15	0.03	0.29	0.27	0.28	0.06	0.08	0.32	-0.17	-0.13	-0.12	-0.01	-0.17	-0.27
Kételkedés	E	0.12	0.25	0.21	0.06	0.16	0.12	0.08	0.55 a	0.13	0.28	0.29	0.44 a	0.39 a	0.43 b	0.46 c
Empátia	M	-0.24	0.27	0.03	-0.07	0.22	0.01	-0.23	-0.39	-0.19	0.12	0.06	-0.08	0.32	0.23	0.11
Projekció	E	-0.22	-0.30	-0.39	0.10	0.43 b	0.27	0.34	0.21	0.24	0.37	0.18	0.17	0.33	0.43 b	0.57 c
Ego-regres	M	0.28	-0.24	0.03	0.15	0.21	0.06	-0.17	0.12	0.16	0.09	-0.01	0.12	0.22	0.26	0.1
Regresszió	E	0.01	0.04	0.11	0.21	0.37 a	0.10	0.16	0.46	0.36	0.38	0.28	0.37	0.46 c	0.44 c	0.36 a
Szublimáció	M	-0.30	-0.09	-0.21	-0.30	0.01	-0.18	0.14	-0.08	0.19	-0.4 a	-0.24	-0.69 d	-0.33	-0.31	-0.4
Áttolás	E	0.15	-0.04	0.15	0.22	0.36	0.23	0.08	0.18	0.44	0.54 c	0.41 a	0.46 b	0.64 d	0.54 d	0.71 c
Szubsztitució	M	-0.44	0.13	-0.06	0.07	0.08	-0.16	-0.50	-0.58 a	-0.41	-0.5 c	-0.51 c	-0.54 c	-0.47 c	0.15	-0.39 c
Reakció képz.	E	0.01	-0.30	-0.22	-0.06	-0.13	-0.19	0.23	-0.06	0.03	0.02	-0.13	0.01	-0.12	0.14	0.09
Szupresszió	M	0.20	-0.05	-0.05	-0.26	-0.23	-0.13	-0.13	-0.29	-0.43	-0.43 a	-0.41 a	-0.52 c	-0.49 c	-0.37 a	-0.54 c
Represszió	E	0.46	-0.23	0.17	-0.08	-0.28	-0.25	0.10	-0.11	-0.28	0.23	0.25	0.2	0.01	-0.08	0.08

Következő lépésben vizsgáljuk meg a pániktünet faktorokat és a megküzdő-elháritó mechanizmusok kapcsolatát a különböző diagnosztikai csoportokban (*2. táblázat*).

A táblázat korrelációi gyors áttekintésben azt mutatják, hogy a pánik tünetcsoportok ellen mozgósított megküzdő-védekező aktivitás a normál kontroll (N) személyektől indulóan a generalizált szorongás (GS), személyiségzavar (SZZ) és pánik (P) diagnosztikai kategórián át a pánik-agorafóbiás (PAG) csoportig fokozatosan csökkenő intenzitást mutat. A PAG és a P csoportban a pánik szimptóma faktorral szemben védekező-megküzdő aktivitás alig észlelhető. E csoportra a pánikállapotok gyakori megjelenése a jellemző, mentális ego-védelem e csoportban a pánik impulzusokkal szemben hiányosnak látszik. Pánik agorafóbiásoknál: RES versus INTELLEKTUALITÁS ($p < 0,02$); RES v.s. INTELLEKTUALIZÁCIÓ ($p < 0,05$) negatív korreláció. Pánikbetegeknél: VESZT v.s. INTELLEKTUALITÁS ($p < 0,05$); VESZT v.s. PROJEKCIÓ ($p < 0,02$); VESZT v.s. REGRESSZIÓ ($p < 0,05$) pozitív korreláció mutatkozik.

Annak ellenére, hogy a pánik tünetek a GS csoportban is viszonylag gyakran fellelhetők, számos énvédő és megküzdő forma áll rendelkezésre: RES v.s. LOGIKAI ELEMZÉS ($p < 0,02$); RES v.s. RACIONALIZÁCIÓ ($p < 0,05$); RES v.s. SZUBLIMÁCIÓ ($p < 0,05$); RES v.s. ÁTTOLÁS ($p < 0,01$); RES v.s. SZUBSZTITUCIÓ ($p < 0,01$); RES v.s. SZUPPRESSZIÓ ($p < 0,05$); VESZT v.s. LOGIKAI ELEMZÉS ($p < 0,05$); VESZT v.s. RACIONALIZÁCIÓ ($p < 0,01$); VESZT v.s. ÁTTOLÁS ($p < 0,05$); VESZT v.s. SZUBSZTITUCIÓ ($p < 0,01$); VESZT v.s. SZUPPRESSZIÓ ($p < 0,05$); ÉNVE v.s. OBJEKTIVITÁS ($p < 0,05$); ÉNVE v.s. LOGIKAI ELEMZÉS ($p < 0,02$); ÉNVE v.s. RACIONALIZÁCIÓ ($p < 0,02$); ÉNVE v.s. KÉTELKEDÉS ($p < 0,05$); ÉNVE v.s. ÁTTOLÁS ($p < 0,02$); ÉNVE v.s. SZUBLIMÁCIÓ ($p < 0,001$); ÉNVE v.s. SZUBSZTITUCIÓ ($p < 0,03$); ÉNVE v.s. SZUPPRESSZIÓ ($p < 0,01$).

De sorolhatnánk a normál kontrollcsoport még a fentieknél is gazdagabb énvédő-megküzdő lehetőségeit. Külön kiemelésre méltónak tartjuk a személyiségzavarban szenvedő személyek által használt, a pániktünet-faktorokkal összefüggő védekezés-megküzdés mintázatot. Az aktivitás domináns része a vesztibuláris tűnetcsoporthoz kapcsolódik: VESZT v.s. RACIONALIZÁCIÓ ($p < 0,001$); VESZT v.s. KÉTELKEDÉS ($p < 0,05$); VESZT v.s. SZUBSZTITUCIÓ ($p < 0,05$); míg ÉNVE v.s. RACIONALIZÁCIÓ ($p < 0,01$).

Az adatok részletező elemzésében feltűnő, hogy PAG és P csoportokban énvédő-megküzdő aktivitás alig van, egy-egy szűk területre koncentrálódik. Míg pánik agorafóbia esetén az intellektualitás-intellektualizáció elhárítás-megküzdés pár negatív előjellel kapcsolódik a RESPIRÁCIÓS tünetcsoporthoz, addig pánikbetegeknél a projekció, a regresszió és az intellektualizálás pozitívan kapcsolódik a VESZTIBULÁRIS tünetcsoporthoz.

Pánik-agorafóbiás személyek esetén e korreláció pszichoterápiában is kamatozó tartalma nézetünk szerint a következő módon értelmezhető: az intellektualitás megküzdés hiánya (negatív korreláció) kapcsolatban áll a respirációs tünetcsoport kibontakozásával. Az említett mechanizmus tartalma Haan értelmezésében a külső és a belső történések közti határozott különbségtétel. Hiányzó

funkciója eredményeként tehát mondhatjuk: a szabad harmonikus légzés hiányából származó respirációs tünetegyüttes pánik-agorafóbiásoknál összefügg az intellektualitás hiányával. E mechanizmus a múltbeli élmények és a friss tapasztalatok közti határok kialakítása révén lenne hivatott a veszélyes impulzusok csökkentésére. Ebből adódóan, a pánik-agorafóbiás, típusos megküzdési hiányállapota következményeként, elmossa a különbséget a múlt és a jelen eseményei között. E megközelítés eredményeként a pánik-agorafóbiától szenvedő emberben megfogalmazódó gondolat gyakran érzéssé, az érzés pedig ténnyé és tünetté válik, s megszületik a fóbiás irrealitás.

Az intelektualizálás vonatkozásában Haan a belső élmények artikulációjára helyezi a hangsúlyt. Ezen funkció hiányállapotának megfelelő helyzetben mondhatjuk, hogy a pánik-agorafóbiás elkerüli érzései és emóciói pontos artikulációját, percepciója és kommunikációs módja általában kontextus függő. Klinikai tapasztalatainkat is figyelembevéve mondhatjuk, hogy az említett megküzdési mechanizmus hiánya az adott esetben elősegíti, hogy az események fontossága, jelentősége nem lingvisztikai eszközökkel, hanem az impulzivitás fiziológiai nyelvén kerül kifejezésre. Úgy tűnik számunkra, hogy a respirációs tünetegyüttes kifejlődését pánik-agorafóbiásoknál nagy mértékben elősegítik deficites én-funkciók, melynek következtében a felnőtt pánik-agorafóbiás úgy kommunikál a környezetével, mintha az az ő énjének szimbiotikus része lenne, úgy kommunikál, mint egy szimbiotikus társsal. Közléseit nem az absztrakt tartalom, a szándék, hanem a gyermeki impulzusok irányítják. A kommunikáció fő eszközévé a panaszkodás, a méltatlankodás, a kétségbeesés és a sírás válik. Elvész az érdeklődés a környezet eseményei iránt (Kállai és Molnár, 1990), s kialakul az agorafóbiás állapotot tartósító kognitív elkerülés (cognitive avoidance; Foa és Kozak, 1986). Ily módon az agorafóbiás feladja a harcot, az új információk megmunkálásában anticipált sémákat használ, mivel hiányoznak a képességei az emóciók diszkriminálására. Felnőtt létére gyermeki, szimbiotikus nyelven kommunikál, mely nem érthető sem mások, sem saját maga számára. Saját maga és mások is próbálják azonosítani a közlés tartalmát, mely vészes egyszerűséggel a betegség "valami baj van a szervezetemmel" minősítést kapja.

Ezt a reményvesztett állapotot számos agorafóbiás esettanulmányon keresztül érzékletesen mutatja be Guidano és Liotti (1983). Megállapításaik szerint pánik-agorafóbiásoknál az aktív szerepet játszó szimbiotikus én-rész, fejlődési rekvizítum, mely fenyegető helyzetben aktiválódhat. Az agorafóbiás fantáziájában a mindenhatóságot átélve túlértékeli magát, ezért fokozottan törekszik ezzel az álláspontjával ellentétes eredményt mutató helyzetek és információk kizárására. Aktuálisan az interperszonális viszonyok kontrolljában állandó elfogadás-éhsége miatt gyengének érzi magát, elkerülve a nehéz helyzeteket, elveszti az autonóm idegrendszer tónus-változásának elviselésére való képességét. E megközelítésben tehát pánik-agorafóbiásoknál a légzési zavarokkal együttjáró megküzdési hiányállapot egy archaikus vegetatív működési forma kíséretében jelenik meg, melyben a hiperventillációnak, a harmóniáját vesztett légzési funkcióknak komoly szerep jut. Talán a sírás lehet ezen állapot funkcionális ősképe.

Az agorafóbia általában következményes tünetcsoport, előképe a pánikbetegség. Az agorafóbiások igen jelentős része pánikrohamoktól szenved, de sok pánikbeteg van, akinél agorafóbia nem alakul ki. Vizsgáljuk most meg a pánikbetegeknél a tünetcsoportok és az elhárító-megküzdő formák kapcsolatát. Az *2. táblázat* jól mutatja, hogy a pánik szimptóma csoporttal szemben csupán három elhárító mechanizmus, a projekció, a regresszió és az intellektualizálás működik, mindhárom a vesztibuláris tünetcsoporttal mutat kapcsolatot.

Shilder (1933), Levinson (1989), valamint Kulcsár (1991) hangsúllyal emelték ki, hogy a szorongás egy bizonyos típusa igen gyakran mutat összefüggést neurológiailag, elektroenkefalográfiásan kimutatott cerebrális vesztibuláris diszfunkciókkal. Adataink szerint a szorongás vesztibuláris tünetcsoportja pánikbetegeknél éretlen archaikus védekező módokkal jár együtt (projekció, regresszió), de ugyanakkor az intellektualizálás mint magasabb én-fejlettségi szintet mutató elhárítás jelenléte - mely pánik-agorafóbiánál hiányzik - arra utal, hogy a pánikbetegek a pánik-agorafóbiásokhoz képest regresszióra és projekcióra való készségük ellenére érettebb elhárító rendszert hordoznak, szinte "túl-interpretálják" az élményeiket. Az előbbiek figyelembe vételével felvetődik a kérdés, vajon az agorafóbiás pánikbetegeknél miért nem jelentkezett ez az összefüggés. A bevezetőben A. Freud munkája kapcsán és a későbbiekben Guidano és Liotti gondolataival kapcsolatban is szóltunk az elhárító-megküzdő mechanizmusok fejlődési szintekbe való beágyazottságáról. A pánikbetegség egyik pszichológiai kórokának tartott esemény a szeparáció (Klein, 1981; Bowlby, 1973), amelyet kb. hét hónapos kortól az én-tudat megszilárdulásáig tekintenek kifejezetten veszélyeztetőnek. Hét hónapos korral kezdődően indul fejlődésnek a gyermek antigravitációval kapcsolatos tevékenysége. Kúszik, mászik, feláll, lépked. A szeparációs időszak domináns interoceptív modalitása a vesztibuláris. A fenti primitív elhárítási formák (regresszió, projekció) ezen életkor sajátjai (Vaillant, 1983). Kettős funkciójukból származóan ebben az életkorban a hatékony fejlődés és alkalmazkodás nélkülözhetetlen kellékei, de felnőtt korban a hibás alkalmazkodás megnyilvánulásai lehetnek (Lazarus et al., 1983). E korai időszakban az ego védelmét szolgáló pszichológiai mechanizmusok a fiziológiai védekezési mechanizmusokkal azonos színtéren működnek: például a hányás és a projekció (Spitz, 1965); szembecsukás és a tagadás (Kernberg, 1975; Dorprat, 1985). De az én-határok megszilárdulásával, az anyai szimbiózis fölbomlásával e kapcsolatok nagyrészt elenyésznek. Hatásuk azonban, ahogy ezt a pánik tünetcsoport és az elhárító-megküzdő aktivitás kapcsolata mutatja, felnőtt korban is érvényesül. A szeparáció traumatikus eseménye a tiltakozás, a panaszkodás, a kétségbeesés időszaka szinte összekovácsolja a VESZT. és a projekció, regresszió védekező mechanizmusokat. (Az intellektualizálás védekező mechanizmust erőltetett lenne e gondolatmenetbe illeszteni.) A pánik-betegekkel szemben a pánik-agorafóbiásoknál azonban a rendelkezésre álló szimbiotikus én-részek miatt a védekezés a szeparációs időszakhoz képest fiatalabb időszakra utal, ahol a vesztibuláris élmények még nem domináló ingerek, fejlődéslélektanilag a szimbiotikus kommunikáció, a respirációs úton való közlés és az ezzel kapcsolatos zavarok, helyzetmegoldási nehézségek dominálhatnak. A feltételes mód használata e helyen

ésszerű kifejtési módnak tűnik, hisz ahogy Cramer (1990) az énvédő mechanizmusokkal kapcsolatos könyvében ezt kifejti, nem rendelkezünk megbízható adatokkal a pszichológiai elhárító mechanizmusok és a pszichofiziológiai működések kapcsolatáról.

Összegezés

Bemutattuk, hogy a pánik tünetcsoportokkal kapcsolatos elhárító-megküzdő aktivitás normál személyektől a generalizált szorongókon, a személyiségzavartól szenvedőkön, a pánikbetegeken át a pánik-agorafóbiás betegekig fokozatosan csökken. Az eredmények Fenichel (1945) klasszikus megállapítását támogatva azt mutatják, hogy a pánikreakciók megjelenését a pszichológiai elhárítómechanizmusok hiánya nagymértékben elősegíti. Tehát az aktuális pszichológiai védekezőrendszer állapota is jelentős szerepet játszik a pániktünetek megjelenésében és perzisztálásában. Nesse (1988) véleményével összhangban elmondhatjuk, hogy a pánik lehet egy eseményre adott természetes reakció, de a pánikbetegséget már csak patopszichológiai kontextusban tudjuk értelmezni. A pánik lehet az ego védelmét ösztönző komplex pszichofiziológiai mechanizmus, de folyamatos tiltakozást is kifejezhet a szeparáció lehetőségével szemben (Nesse, 1987). A bemutatott adatok szerint a pánik archaikus impulzusa pánik-agorafóbiás és pánikbeteg személyeknél szinte a felnőtt énvédő mechanizmusokat, a pszichológiai kontrollt megkerülve, mint derült égből a villámcsapás "out of the blue" lép be az ego-ba. Pillanatnyilag nem tudjuk eldönteni, hogy a.) a szorongásroham rombolja-e szét az én védelmi rendszerét, vagy b.) a szétzilálódott elhárító-megküzdő rendszer ad-e lehetőséget a pánikállapotok ismétlődő visszatérésére, avagy c.) mindkettő együttesen érvényesül. Valószínűleg mindhárom lehetőség elfogadható, hisz biológiai és pszichológiai tényezők egyaránt forrásai a pánik és agorafóbiás betegségnek. Egyet kell értenünk a pszichoanalitikus Nemiah (1981) megállapításával, amely szerint a szorongás különböző formáinak megjelenését eltérő idegi struktúrák befolyásolják, melyeket számos pszichológiai faktor aktivál. Úgy véljük, hogy a szorongás és ezzel együtt a szorongásrohamok megértését és hatékony kezelését csak a biológiai és a pszichodinamikus megközelítések együttese tudja csak biztosítani.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. július 15.

IRODALOM

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-III. American Psychiatric Association (1980).

A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve revidiált III. kiadás (DSM III-R) Magyar Pszichiátriai Társaság, 1991. Animula.

Aronson, T. A. (1987). Is panic disorder a distinct diagnostic entity? *The Journal of Nervous and Mantal Disease, 175*, 584-595.

Beck, A. T., Emery, G., Greenberg, R. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias*. Basic Books, New York.

Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*. Vol. II. Basic Books, New York

Carlsson, I. (1989). Lateralization of defence mechanisms. *European Journal of Personality, 3*, 167-179.

Chambless, D. L., Gracely, E. J. (1989). Fear of fear and the Anxiety disorders. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 9-20.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 461-470.

Cramer, P. (1990). *The Development of Defense Mechanisms*. Springer-Verlag, New York

Diamond, D. B. (1985). Panic attacks, hypochondriasis and agoraphobia: A self-psychology formulation. *American Journal of Psychotherapy, 1*, 114-125.

Diamond, D. B. (1987). Psychoterapeutic approaches to the treatment of panic attacks, hypochondriasis and agoraphobia. *British Journal of Medical Psychology, 60*, 79-84.

Dorprat, T. L. (1985). *Denial and Defense in the Therapeutic Situation*. Aronson, New York.

Faludi G. (1988). *A szorongás mai szemmel*. Budapest Artunion.

Fenichel, O. (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Norton, New York.

Foa, E., Kozak, M. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.

Frances, A., Dunn, P. (1975). The attachment-autonomy conflict in agoraphobia. *International Journal of Psychoanalysis, 56*, 435-438.

Freud, A. (1966). *The Ego and the Mechanism of Defense* (revised ed.). International Univ. Press. New York.

Freud, S. (1924). *The Anxiety Neurosis*. Collected Papers Vol. 1. London, Hogarth Press.

Gelder, M. G. (1989). Panic disorder: fact or fiction? *Psychological Medicine, 19*, 277-283.

Gorman, J. M., Leibowitz, M. R., Fyer, A. J., Stein, J. (1989). A neuroanatomical hypothesis for panic disorder. *The American Journal of Psychiatry, 146, 2*, 148-161.

Gorman, J. M. (1981). Panic disorders. In: Klein, D. F. (ed.): *Anxiety*. Kargel, Basel.

Gough, H. (1957). *Manual for the California psychological inventory*. Consulting Psychologist Press, Palo Alto.

Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the Self: a Developmental Approach to Psychopathology and Therapy*. Guilford Press, New York.

Guidano, V. F., Liotti, G. (1983). *Cognitive Processes and Emotional Disorders*. Guilford Press, New York.

Haan, N. (1977). *Coping and Defending: Processes of Self-environment Organization*. Academic Press, New York.

Jacob, R. G., Moller, M. B., Turner, S. M., Wall, C. (1985). Otoneurological examination in panic disorder and agoraphobia with panic attacks: A pilot study. *The American Journal of Psychiatry, 142*, 6, 715-720.

Kállai, J., Molnár, P. (1990). Training of locale learning system function in agoraphobic subjects. Presented paper on 5th International Congress of Psychophysiology, Budapest, 9-14 July.

Kállai, J. Szabó, I., Sörédi, P. (1991). Qualitative vs. quantitative differences of panic symptoms in normal and patients who suffer from panic disorder, agoraphobia, personality disorder and generalised anxiety disease. 2nd. European Congress of Psychology, Budapest, July 9-12.

Kállai J., Kóczán Gy., Sörédi P., Szabó I. (1992). Pániktünetek különböző diagnosztikai kategóriákban. *Psychiatria Hungarica, 7*, 235-244.

Kecskeméty P, Faludi G. (1985). Pánikbetegség: adatok a szorongásos állapotok egyik körülírt formájáról. *Ideggyógyászati Szemle, 38*, 15-23.

Kernberg, O. (1975). Borderline Conditions and Pathological Narcissism. Aronson, New York.

Klein, D. F. (1987). Anxiety reconceptualized. In: Klein, D. F., Fyer, A. J., Gorman, J. M., Leibowicz, M. R. (eds), *Modern Problem of Pharmacopsychiatry: Anxiety*. Vol. 22. Kargel, Basel.

Klerman, G. L. (1986). The National Institute of Mental Health: Epidemiologic Cathment Areas (NIMH-ECA) *Program Soc. Psychiat., 21*, 159-166.

Kohut, H. (1977). *The Restoratin of the Self*. International Univ. Press, New York.

Kopp M. (1990). A szorongásos megbetegedések pszichofiziológiai modellje és pszichofiziológiai kontroll kezelésének alapelemei. *Pszichoszomatikus Füzetek*, Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest.

Korff, M. V., Eaton W. (1989). Epidemiologic findings on panic. In: Baker, R. (ed.), *Panic Disorder: Theory, Research and Therapy*. John Wiley and Sons, New York.

Kulcsár, Zs. (1991). Szenzoros integráció. (kézirat).

Lazarus, R. S., Averill, J. R., Opton, E. M. (1974). The Psychlogy of Coping, In G. V. Coeld, D. A. Hamburg, J. E. Adams (eds): *Coping and Adaptation*. Basic Books, New York, 249-315.

Levinson, H. L. (1989). The cerebral-vestubular predisposition to anxiety disorders. *Perceptual and Motor Skills, 68*, 323-338.

Lichtenberg, J. D., Slap, J. W. (1971). On the defensive organization. *International Journal of Psychoanalysis, 52*, 451-457.

Lichtenberg, J. D. (1983). *Psychoanalysis and infant research*. Lawrence Erlbaum, Hillsdale.

Marks, I. M. (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. Oxford University Press, New York.

Margraft, J., Ehlers, A, Roth, W. (1986). Panic attacks: Theoretical models and empirical evidence. In: Hand, I., Wittchen, H. U. (eds), *Panic and Phobias*, Springer, Berlin.

Martin, L., Kállai, J., Molnár, P., Koczán, Gy., Varga, J., Szabó, I. (1987). Results obtained by Haan's Coping-Defense Scale in different statistics and clinical

groups. 2nd. World Congress of Neurosciences IBRO Sociophysiology Sat. Aug. 22-25. Galosfa, (Abst. 28. pp.).

Nemiah, J. C. (1981). A psychoanalitic view of phobias. *The American Journal of Psychoanalysis, 41*, 115-120.

Nesse, R. M. (1988). Panic disorder: An evolutionary view. *Psychiatric Annals, 18*, 478-483.

Nesse, R. M. (1987). An Evolutionary Perspective on Panic Disorder and Agoraphobia. *Ethology and Sociobiology, 8*, 739-839.

Oláh, A. (1986). A California Pszichológiai Kérdőív hazai alkalmazásával kapcsolatos tapasztalatok. *Pszichológiai Tanulmányok, XVI*. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Plutchik, R. (1980). Measurement implications of a psychoevolutionary theory of emotions. In: Blankstein, K. R., Pliner, P., Polivy, J. (eds), *Assessment and Modification of Emotional Behaviour*. Plenum Press, New York.

Pollack, C., Andrews, G. (1989). Defense style associated with specific anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry, 146*, 1500-1502.

Rachman, S. (1988). Panic and their consequences: A review and prospect. In: Rachman, S., Maser, J. D. (eds), *Panic: Psychological Perspectives*. LEA, Hillsdale.

Rosenberg, N. K., Andersen, R. (1990). Rorschach-profile in panic disorder. *Scandinavian Journal of Psychology, 31*, 99-109.

Schilder, P. (1933). The Vestibular Apparatus in Neurosis and Psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 78*, 137-164.

Seif, M. N., Atkins, A. L. (1979). Some defensive and cognitive aspects of phobias. *Journal of Abnormal Psychology, 88*, 42-51.

Spitz, R. S. (1965). *The first year of life: A psychoanalytic sudy of normal and deviant development of oject relations*. International Univ. Press, New York.

SPSS, PC+Inc. Microsoft Corporation. (1986)

Torgersen, S. (1983). Genetic factors in anxiety disorders. *Archieves of General Psychiatry, 40*, 1085-1089.

Vaillant, G. E., (1983). Childhood Environment and Maturity of Defense Mechanisms. In: D. Magnusson, V. L. Allen (eds), *Human Development*. Academic Press, New York, 343-352.

Vaillant, G. E., Vaillant, C. O. (1986). A cross-validation of two empirical studies of defenses. In: Vaillant, G. E. (ed.), *Empirical Studies of Ego Mechanisms of Defense*. American Psychiatric Press, Washington.

Wilson, J. F. (1985). Stress, coping styles, and phisiological arousal. In: Burchfield, S. R. (ed): *Stress: Psychological and physiological Interaction*. Hemisphere Publishing Corporation, New York.

SUMMARY

Panic symptoms, coping and ego-defense mechanisms

Kállai, János; Kóczán, György; Martin, László

A study on the correlation between panic symptoms and coping- defense mechanisms in 119 subjects, 87 psychiatric patients and 32 controls is presented. The patients were selected from four diagnostic categories: panic disorder, panic with agoraphobia, general anxiety disorder and personality disorder. Haan's (1977) coping and defending categories were correlated in each group of subjects with three factors of the panic symptoms (Respiratory, Vestibular, and Self control loss) previously identified and defined in each subject by a structured interview method. The main result of the study was that, in the case of panic disorder and panic agoraphobia patients, compared to the general anxiety disorder and the control groups, the correlations between panic symptoms and coping-defending strategies were nearly missing. In the case of the panic agoraphobia patients, a negative correlation was found betweeen the respiratory factor and the intellectualization-intellectuality coping-defense pair, while in the panic disorder group a positive correlation of the vestibular factor with the projection and regression, as defense mechanisms, was characteristic. Data are interpreted on the basis of some theoretical considerations concerning the development of defense mechanisms. Our data support the traditional view of Fenichel, according to which panic attacks are causally connected with insufficient ego-defense devices.

A MEGTALÁLT ÉS ELVESZETT PARADICSOM

Ópiátfüggők kreativitásának vizsgálata

TREMKÓ MARIANN

Fővárosi Önkormányzat Nyírő Gyula Kórház,
Jász utcai Drogambulancia

A szerző a kreativitást a humanisztikus pszichológia és a tárgykapcsolatok elmélete szemszögéből közelíti meg. Kreatívnak tekinti mindazt az újat létrehozó befogadó/alkotó folyamatot, melyre jellemző, hogy: 1. primér és szekunder gondolkodási folyamatot egyaránt igényel, azaz a regresszív állapotot tudatos feldolgozás követi; 2. hátterében az énfejlődés szeparációs-individuációs szakaszában bekövetkezett elszakadási trauma áll; valamint, átmeneti jelenségként fontos szerepet tölt be a pszichés, fiziológiai feszültségkezelésben; 3. önmagában értékes, a személyiség integrációját fokozza. A kreativitás becslésére a Rorschach teszt Mérei-féle elaborációs skáláját és a teszt egyéb kiegészítő mutatóit használja. Negyven ópiátfüggő személy adataival támasztja alá állítását, hogy a vizsgált személyek túlnyomó többségénél a függőségi állapottal a kreativitás átlagosnál alacsonyabb színvonala jár együtt. Különösen a mentális szabályozó működések terén mutatkozik jelentős deficit. Az elaborációs kontinuum különböző pontjain elhelyezkedő alacsony, közepes, illetve magas kreativitású alcsoportok tesztjellemzőik, kommunikációs jellegzetességeik alapján jól elkülönülnek egymástól, számukra eltérő terápiás megközelítések jelentenek hatékony intervenciós lehetőséget.

Bevezetés

Öt éve dolgozom pszichológusként fiatal droghasználókkal. Tapasztalataim azt mutatták, hogy a drogproblémával küzdők nagy része vonzódik valamilyen művészeti ághoz, akár alkotóként, akár mint műélvező. Pácienseink közül sokan rockzenét-szöveget írnak, játszanak, táncolnak, expresszív rajzokat készítenek, performance-okat, happeningeket hoznak létre és ezeken keresztül kínálják föl megértésre belső világukat. E megfigyelések birtokában felvetődött bennem az a kérdés, vajon az alkotások mögött valóban stabil kreatív készségek állnak-e, mint ahogyan azt a hatvanas években a drogfogyasztás jelenségeit körülvevő mítoszok sugallták (beat-nemzedék, pszichedelikus hippi-kultúrák); vajon milyen pszichológiai funkciót töltenek be ezek a kreatív próbálkozások a droghasználóknál; lehetséges-e, hogy a

Magyar Pszichológiai Szemle, 1992-93, XLVIII-XLIX. (32-33.), 5-6. 445-469.

drogosok kreatívabbak az átlagnál. E kérdésekre adható választ a következőkben fejtem ki.

A kreativitás szerteágazó szakirodalmából a téma megközelítésének két lehetséges útja rajzolódik ki. A műközpontúnak nevezhető szemlélet hívei a kreatív produktumot és annak létrehozásához vezető kognitív szintet állítják a középpontba és azok mérhető kvalitásait (esztétikai érték, eredetiség, hajlékonyság, fluencia, a felhasználhatóság köre stb.) értékelik (Guilford, 1956, 1963; Lowenfeld, 1962, id. Landau, 1976).

A másik érvényes megközelítési módot énközpontúnak nevezhetjük, a rogersi személyközpontú megközelítésre, valamint a modern énpszichológia tárgykapcsolatok elméletére utalva. E nézőpontot magukénak valló kutatók -éppúgy, mint a jelen tanulmány szerzője- a kreatív folyamat személyiségben betöltött szerepére helyezik a hangsúlyt. A kreativitás lényegének a találkozást tartják, az elmélyült rátalálást az egyén tudattalanjára és a külvilágra (R. May, 1959, id. Landau, 1976). Az eseményekre való rácsodálkozás képességének megőrzését az teszi lehetővé, hogy az egyén egy életfázist soha nem tekint lezártnak (Fromm, 1963, id. Landau, 1976; E. Erikson, 1957). E. Landau (1992) a kreativitást intraperszonális és interperszonális kommunikációs folyamatként definiálja . A kreatív folyamat során zajló regresszióra való képesség az egyén egészségességének egyik kritériuma (Maslow, 1968: csúcsélmény; Kris, 1952, id. Landau, 1976: regresszió az én szolgálatában). Maslow megkülönbözteti egymástól az elsődleges, másodlagos és integrált kreativitást. Az elsődleges kreativitás primer gondolkodási folyamatokon alapul, mint az álom, a fantázia, a képzeleti tevékenység. A másodlagos kreativitás során a személy a szekunder gondolkodási folyamatokra támaszkodik és általában már meglévő ötleteket és gondolatokat fejleszt tovább. Az integrált kreativitás a primer-szekunder folyamatokat egyesítve általában kiemelkedő alkotásokhoz vezet a művészet, filozófia, tudomány terén. Maslow a speciális képességeket igénylő kreativitástól elkülöníti a mindannyiunkban benne rejlő ún. önaktualizáló kreativitást, melynek motivációja az egyén önmegvalósítási szükséglete. Az önaktualizáló kreativitás két lényeges aspektusa az előítéletek nélküli, nyitott befogadás és a gondolatok, impulzusok spontán, gátolatlan, félelemtől mentes kifejezése.

Az alkotó egyénnek gyakran kell megküzdenie a környezet ellenállásával, a csoport konformizáló törekvéseivel (Scott, 1985), ugyanakkor kezelnie kell tudni saját szorongásait, agresszivitását (Isaacs, 1980; Gordon, 1977), melyek természetes velejárói a kreatív folyamatnak.

A kreativitás értékét e megközelítésben a folyamat személyiségben betöltött szerepe adja. Minden olyan személyes kreatív alkotás, mint az álom, a játék, a serdülő nappali álmodozása, a szkizofrének neologizma-képzése, értékes szimbólumalkotó tevékenység, mely a személyiség integritását fokozza, a személyiség-struktúra épségének fenntartását-helyreállítását biztosítja. A folyamatot tekintve ezért nincs különbség jó és rossz kreativitás között (Rogers, 1968).

A személyiség egészségességének mértéke alapján ellenben megkülönböztethető a konstruktív kreativitás a szociálisan destruktív alkotástól. Az az egészséges személyiség, aki nyitott, aki előítéletekkel, elfojtásokkal nem zárja el magát

bizonyos tapasztalásoktól saját belső világában és a külvilágban, nagy valószínűséggel konstruktív alkotást hoz létre.

Rhead (1978) akut pszichotikus reakciót átélő páciensek és hallucinogén drogot kipróbáló személyek élményfeldolgozási stratégiáinak konstruktív voltát vizsgálta. Mindkét csoportban egyaránt talált olyan személyeket, akik az átélt élményt énidegennek észlelték, elutasították maguktól. Konfliktusaik hiába kerültek felszínre pszichotikus reakció, vagy drogélmény során, ezek tudatosodását a személy aktívan elkerülte (túlbiztosító, "sealing over" kognitív-emócionális stratégia). E stratégia elégtelen voltát jelezték a visszatérő pszichotikus állapotok, a drogfogyasztást követő flash back élmények (a drogos élmény spontán visszatérése napok, hetek múltán). Ezek a személyek gyakrabban élték meg ijesztőnek, szorongáskeltőnek a drogos utazást (bad trip). A vizsgált személyek másik csoportja ún. integráló kognitív-emocionális stratégiával volt leírható: az átélt tapasztalatot önmagához tartozónak észlelte, megkísérelte azt megérteni. Ez utóbbi, valódi kreatív megoldás hosszú távon jobb prognózist jósolt.

Simon (1977) a módosult tudatállapot különféle jelenségeit (hipnagóg-meditatív-, imaginatív-, hipnotikus állapotok) pusztán önmagukban nem tekinti kreatívnak. E regresszív állapotok annyiban lehetnek viszont forrásai a kreativitásnak, amennyiben tudatos feldolgozás alá vesszük őket pl. pszichoterápiás folyamat során.

A fönti szerzők gondolatmenete összefűzhető az elaborációs feszültségkezelési mód leírásával (Mérei, 1966-1971, V. kötet, 73-74. o.). E legmagasabb szintű elhárító működés során a személy kínos lelki tartalmait nem fojtja el, nem szorítja ki tudatából, hanem kényes egyensúlyi állapotban él együtt velük, azokat állandóan megmunkálja, átalakítja, földolgozza pl. fantáziatevékenység során. Az elaborációs feszültségkezelési mód dominanciája az egészségesség mértékét jelzi.

Mérei a kreativitást, azaz a személy elaborációs készségét három összetevőből eredezteti, ezek a következők:

1. az eredetiség, mely a személy azon készségét jelenti, hogy szemléletében nyitott, a szokványostól eltérő, új megoldásokat keres (a szerző szóhasználatában ez az összetevő kreativitás néven szerepel, az egyértelműség kedvéért változtattam át eredetiségre);

2. a nonkonformizmus: a személy a racionálissal szemben a meghökkentő, játékos, humoros megoldásokat preferálja;

3. a mentális erőfeszítés képessége, mely magába foglalja az energetikai készenlétet és a kontrollfunkciók megfelelő színvonalát.

Magas szintű kreativitást e három összetevő kiegyensúlyozottan magas színvonala tesz lehetővé. Bármely komponens deficites működése alacsony színvonalú kreativitáshoz vezet.

A kreatív folyamat élettani alapjai

A kreatív folyamat élettani alapját a következő mechanizmusok képezik:

1. Az aktív-éber állapotra jellemző féltekei funkcionális dominanciaviszonyok átrendeződnek a kreatív folyamat szakaszainak megfelelően. Az 1. előkészítés

fázisában az új ismeretek fölhalmozásakor, földolgozásakor jellemző bal tekei dominanciát a 2. inkubációs szakaszban jobb tekei hangsúlyeltolódás váltja föl:a kognitív káosz tetőzik, a tudattalan folyamatok földúsulnak. A megoldás a tudattalanban áll össze a 3. megvilágosodás pillanatában. A 4. igazolás szakaszában a kognitív kontrollműködés ismét bal tekei irányítással történik (Gabel, 1988).

2. A primer és szekunder gondolkodási folyamatok integrációja a féltekéket összekötő corpus callosum pályáin keresztül valósul meg. Kreatív feladatmegoldás során a féltekék szinkron működése, azaz magas szintű integrációja mérésekkel követhető. A féltekék közti összeköttetés funkcionális megszakadásával hozható összefüggésbe pl. az elfojtás jelensége (Galin, 1974), illetve a kényszeres droghasználat (Kaplan, 1988).

3. A kreatív folyamat különböző fázisaiban jellegzetesek a kérgi éberségi szint változásai. A kérgi hipo-és hipervigilitás a primér folyamatoknak kedvez, a szekunder gondolkodási folyamatok az éber-vigil tartományban zajlanak optimálisan (Martindale, 1977-1978).

4. Az agyi jutalmazó struktúrák - melyek működését Kulcsár (1983) tárgyalja részletesen - játszanak szerepet a kreatív folyamatot kísérő intenzív érzelmi változásokban.

A kreatív folyamat helye az énfejlődésben

A megfelelő anyai ellátás (Winnicott, 1969, id. Csuhai, 1988a) kiegyensúlyozott énfejlődést, a gyermek affektív-kognitív funkcióinak zavartalan kialakulását teszi lehetővé. Az "elég jó anya" a gyermek szükségleteit annak fejlettségi szintjéhez, alkati adottságaihoz mérten optimális mértékben elégíti ki, illetve frusztrálja és így kívülről végez pszichofiziológiai feszültségszabályozást. Az énfejlődés során a primer tárgyreprezentáció és a pszichofiziológiai feszültségcsökkentést szolgáló működések belsővé válásával a gyermek eléri a pszichés önszabályozás képességét. Míg az éretlen én primitív elhárítási módokkal tartja távol a kellemetlen tapasztalatot önmagától (hasítás és a köré szerveződő elhárító mechanizmusok), a fejlett énstruktúra komplexebb elhárító mechanizmusokkal operál (elfojtás és a köré szerveződő magas szintű feszültségkezelési módok, Kernberg, 1977, id. Kulcsár, 1987-1988).

A Winnicott-féle átmeneti jelenségek fölbukkanása az énfejlődés során a 4-12 hónapos életkorban, majd hangsúlyossá válásuk az újraközeledési szakaszban (Mahler, 1975, id. Csuhai, 1988b) azt a köztes személyiségfejlődési állapotot jelzik, melyben az internalizált tárgy képe még nem elég szilárd ahhoz, hogy biztonságot nyújtson. Ezt a bizonytalanságérzést hidalja át a gyermek az átmeneti tárgyhoz való kapcsolódásával (Csuhai 5., 6.), mely eleinte konkrét fizikai hasonlósága révén (szaga, texturája, hőmérséklete) utal az anyára. Az átmeneti tárgy segítségével a gyermek anyja hiányában is képes megvígasztalódni, érzelmileg gondoskodni saját magáról. A későbbi fejlődés során az átmeneti tárgy a konkrétumtól távolodva szimbolikus átmeneti jelenségekké szélesedik és az érzelmi fejlődés mellett a szimbólumalkotó folyamatok fejlesztésében tölt be fontos szerepet. Az átmeneti jelenségek (egy vígasztaló dallam,

kedvenc könyv, erőt adó gondolatok, különféle transzállapotok, vallási élmények, a kreatív élmény stb.) az idealizált anyai reprezentációt tartalmazzák és átélésükkor az anyával való szimbiotikus egyesülés élményéhez térünk meg, az omnipotencia illúzióját nyerjük vissza (Krystal, 1988).

A korai tárgykapcsolati zavar a megzavart énfejlődés keretében a gyermek affektív-kognitív fejlődési elakadásait hozza magával. Kényszeres droghasználóknál -és érdekes módon magas kreativitású művészek esetében- a személyiségfejlődés meghatározó tényezőjének az énfejlődés szeparációs-individuációs szakaszában történt elszakadási traumát tekintik (Vikár, 1989; Krystal, 1988). Az elakadt fejlődés egyik megoldási lehetősége, ha a gyermek a tárgyvesztés fenyegetései közepette képes kreatív megoldással önmaga elkészíteni átmeneti tárgyát. Ehhez a megoldáshoz azonban elengedhetetlen az inspiráló családi légkör és értékrendszer jelenléte, ahol a gyermek kifejezési formát sajátít el, eszközt kap kezébe kreatív képzelete formába öntéséhez. Valószínűleg ezt az utat járta a felnőtt művészek azon csoporja, akik kreatív fantáziáikkal borderline személyiségstruktúrát tartanak egyensúlyban (Vikár, 1989); ők művészi alkotással hatékonyan képesek kivédeni a regresszióba-sodródás veszélyét.

Az elakadt fejlődés kevésbé szerencsés útja a különböző súlyosságú énfejlődési zavarok kialakulásához vezet. A sérült személyiség alacsony szintű feszültségszabályozási módokkal, pl. pszichoszomatikus tünetképzéssel válaszol a megterhelő élethelyzetekre. A kényszeres drogfogyasztók szerhasználatát is olyan feszültségszabályozási kísérletnek tekinthetjük, mellyel a személy a hiányzó pszichológiai strukturáit, folyamatait próbálja sikertelenül pótolni (Wurmser, 1974). A droghasználat tünetnek tekinthető. Klinikai tapasztalataink szerint ennek hátterében az esetek nagyobb részében borderline személyiségzavart találunk. A kényszeres droghasználat feszültségelhárító szerepét bizonyítják a fizikai elvonás után felszínre kerülő intenzív affektusok, fenyegető üresség érzés, melyek súlyos agresszív-intraagresszív acting outokba sodorhatják a pszichológiai védelem nélkül maradt személyt.

Klinikai gyakorlatunkban gyakran találkozunk a személyiségzavarok másik csoportjával is, melyet Sifneos (1987) alexitímiás személyiség néven írt le, a francia pszichoanalitikusok pedig *pensée operatoire* terminológiával jelöltek. E páciensek differenciálatlan énnel rendelkeznek, énhatáraik, testképük, énidentitásuk labilis, elhárító működéseik primitív szintűek. Érzelmeiket felismerni képtelenek, azok viszcerális szinten, kognitív kiértékelő folyamatok nélkül zajlanak. Fiziológiai önszabályozásra való képességük gyenge (pl. biofeedback helyzetben), ebben hasonlóságot mutatnak a magas kreativitású személyekhez (Martindale, 1977-1978). A szimbolikus funkció deficitje miatt az alexitímiások képzelete szegényes, fantáziaműködésre szinte képtelenek. Jellegzetes a kommunikációs helyzetben tanúsított viselkedésük: miközben sóvárogják az egymásra találást, a helyzetet képtelenek kezelni, érzéseiket nem tudják szavakba foglalni.

A fenti szakirodalmat áttekintve a továbbiakban kreatívnak tekintem mindazt az újat létrehozó befogadó/alkotó folyamatot, mely:

1. primér és szekunder gondolkodási folyamatot egyaránt igényel, azaz a regresszív állapotot tudatos feldolgozás követi;

2. az énfejlődés szeparációs-individuációs szakaszában bekövetkezett elszakadási traumával áll oki kapcsolatban; a fejlődés során kialakult átmeneti jelenségként a pszichés és fiziológiai feszültségkezelésben játszik szerepet;

3. folyamat önmagában értékes, mivel a személyiség integrációját, egészségességét növeli.

A kreativitás jellemzői a drogfogyasztás különböző formáiban

Drogfogyasztási modelljében Wurmser (1974) az absztinenciától a kényszeres droghasználatig húzódó skálán egymásba folytonosan átnyúló droghasználó viselkedési mintákat ábrázol. A drogot kíváncsiságból kipróbálók gyakran a kortárscsoport nyomásának és saját érdeklődésüknek engedve használnak tudatállapot-változtató szert. A kémiai szerrel történő feszültségoldás, örömszerzés alkalmait a rendszeres használat válthatja föl, amikor a drog nélkülözhetetlenné válik a testi-lelki komfortérzés kiváltásában. A kényszeres droghasználat stádiumában a pszichológiai és fizikai függőség jelei egymással szorosan összefonódva jelentkeznek. Kényszeres droghasználatra a következő tényezők hajlamosítanak: a feszültségszabályozás súlyos zavara; felettes-én patológia; csökkent szimbolikus funkció (képzelet, fantázia); tárgykapcsolati patológia (nárcisztikus tárgykapcsolatok); erős öndestruktív késztetések; regresszív örömszerzési módok preferenciája. E jellemzők nagy átfedést mutatnak a Kernberg által (1957) leírt borderline személyiségpatológiával.

A drogok (tudatállapot-változtató kémiai anyagok) egyénre gyakorolt hatása három tényezőtől függ, ezek:

1. a drog jellemzői,
2. a személyiség,
3. a környezet.

A drogot kipróbáló, alkalmilag használó pácienseink beszámolói alapján mégis általánosítható egyes szerek képzeleti tevékenységet, fantáziaműködést fokozó hatása (a cannabis-félék, pl. hasis; a hallucinogének, mint az LSD; az ópiátok, pl. ópium és a szervesoldószerek közül a csavarlazító esetében szokványosak az ilyen beszámolók. Nem ismeretesek viszont számomra képzeletet fokozó élmények nyugtató-altatószer fogyasztók, szorongásoldóval visszaélők esetében.)

Az ötvenes években az ún. pszichedélikus pszichoterápiás eljárások során hallucinogén szerek kreativitást fokozó hatásának fölhasználhatóságával kísérleteztek. A terápiák amerikai vonulata inkább a szer-kiváltotta csúcsélményre, transzcendentális élményre helyezte a hangsúlyt, az európai terapeuták pszichoanalitikus pszichoterápiás folyamatba iktattak LSD üléseket és a fölmerült tudattalan anyagot elemezték. E próbálkozások, melyek alanyai részint önkéntes, önismeretre törekvő személyek voltak, másrészt betegek, már akkoriban is éles vitát váltottak ki, alapvető etikai és szakmai kérdéseket vetettek föl. A betegek csoportját neurotikus, alkoholista, drogfüggő felnőttek és súlyosan zavart állapotú pszichotikus gyerekek alkották (Grof, 1979; Solomon, 1970). A terminális állapotban lévő daganatos betegek pszichedelikus

pszichoterápiás kezelése igen megragadó, elgondolkodtató megközelítés (Pahnke és mtsai, 1970).

Az előzőekben már láttuk, hogy a droghasználó élményfeldolgozási stratégiái miképpen befolyásolják a drogos élményt (Rhead, 1978). A személyiség kreativitásának mértéke szintén meghatározó az élmény/produktum tekintetében.A szer maga ugyanis alkotóképességet nem hoz létre, csupán a meglévő készségeket mobilizálja (Pethő, 1989). Kreatív művészek maguk, hallucinogének közvetlen hatása alatt készült alkotásaikat igen expresszívnek, érzékleteseknek, nagy művészi értékűnek ítélték, rajzaik szokatlanok voltak, mozgalmassá váltak a szer hatására, verbális szövegeiket asszociációk lazították föl, metaforák, szimbólumok tarkították (Landon és Fisher, 1970; Fisher és Scheib, 1971; Janiger, Dobkin DeRios, 1989).

Kreatív művészek drogos élményeiről magával ragadó beszámolót olvashatunk Baudelaire (1864), De Quincey (1903), Bulgakov (1927) műveiben. Csáth Géza Naplójából (1912-1913) azonban a folyamat törvényszerű végpontjáról is hű képet kapunk. Irásán keresztül az örök sóvárgó személy tragédiája követhető nyomon, aki megtalálni véli a földi Paradicsomot, de minél görcsösebben próbálja megőrizni, annál hamarabb elveszíti azt.

Kényszeres ópiáthasználat során a kreatív élmény elszürkül, az élményt kezdetben kísérő ún.szupranormális örömérzés elmarad és a függővé vált személy már csak a normális érzelmi, szellemi működés illúzióját kapja a drogtól (Kaplan, 1988). E változások a féltekék működési sajátosságaival állnak összefüggésben. Alkalmi használat során a jobb tekei hangsúlyeltolódás és a féltekék szinkronicitásának fokozódása orientációs reakciót vált ki. A hozzászokás miatt azonban e reakció hamarosan kialszik és az agy a funkcionális comissurotomia állapotában alexitímiás jellemzőkkel leírható állapotba kerül. A rendszeres, hosszútávú droghasználat így színteleníti el még a magas szintű kreativitást is, üríti ki a személyiséget.

A környezeti tényezők drogos élményt alakító hatásainak tárgyalása messzire vinne a dolgozat témájától, ide vonatkozó szempontokat tárgyal (pl. Grof, 1979).

Opiátfüggő páciensek kreativitásának vizsgálata

A Jász utcai Drogambulancia betegforgalmának túlnyomó részét a kényszeres ópiáthasználó, ópiátfüggő páciensek alkotják. Körükben legjellemzőbb a zöld mák metszéséből származó ópium intarvénás adagolása; a codein-tartalmú gyógyszertári készitmények (terápiás mértéket jóval meghaladó) használata; valamint a száraz mákgubóból főzött máktea fogyasztása. A teljes hatás elérése érdekében a két utóbbi szert kiegészítendő Noxyron tabletta abúzusa is szokásos.

Pácienseink többségének élettörténete gyakran tartalmaz korai traumatizáltságra utaló adatokat. A vizsgált személyek eme körében szinte kézenfekvő az a feltételezés, hogy a személyiség korai sérülésével a kreatív készség gyengesége jár együtt. Előfordulhat, hogy a személy az átlagosnál kreatívabb volt ugyan, ebben az esetben a hosszú drogkarrier az, amely a kreatív tartalékokat fölmorzsolja. A drogos életvitel külsőségei, a páciensek szubkultúrához tartozásának szemmel látható jegyei, a

társas normákkal történő állandó ütközésük mégis az eredetiség, nonkonformizmus látszatát kelti.

Dolgozatom további részében az alábbi két hipotézisem vizsgálatáról számolok be:

1. hipotézis: a kényszeres ópiáthasználó, ópiátfüggő páciensek kreativitása az átlagnál alacsonyabb színvonalú;

2. hipotézis: az ópiátfüggők kreativitásának struktúrája sajátos mintázattal jellemezhető: a szabályozó működések deficitje kifejezettebb, mint az eredetiség valamint a nonkonformizmus terén észlelhető színvonal-elmaradás.

A vizsgált személyek

Munkahelyemen, a Klapka utcai Drogambulancián a kezelésre jelentkező pácienseket a megjelenésüket követő egy-két hétben arra kérjük, hogy stabilizálják az általuk használt szer mennyiségét, napi elosztását, azt úgy szedjék, hogy elvonási tüneteiket kiküszöböljék, ugyanakkor a drog eufóriát ne okozzon. Igy a páciens maga és külső szemlélő megvonási/túladagolási tüneteket nem észlel, a testi és pszichés működések normálisnak tűnnek. Ebben az időszakban végezzük el a pszichológiai vizsgálatokat, részletes explorációt készítünk, illetve ekkor kerül sor egyéb szükséges orvosi vizsgálatra (HIV szűrés, belgyógyászati kivizsgálás stb.). Kutatásban történő részvételhez mindíg kérjük a páciens beleegyezését - ez esetünkben is megtörtént.

Az általam vizsgált mintát 40 véletlenszerűen kiválasztott páciens alkotja. Diagnózisuk: pszichoaktív szerfüggőség, opiát típusú dependencia (304.00 a DSM III-R alapján). A kényszeres droghasználat mellett többségük súlyos személyiségfejlődési zavarral jellemezhető, énfejlődésében elakadt személy, drogkarrierjük sokéves múltra tekint vissza. A mintából kihagytam a nagy-pszichiátriai kórképpel már kezelt, illetve a súlyos szomatikus tünetekkel társuló kórformákat. A vizsgáltak közül 34 férfi, 6 nő, életkoruk 18-38 év, az átlagéletkor 23 év. Befejezett iskolai végzettségüket tekintve többségük (21 fő) középiskolát végzett; egyetemet/főiskolát két fő, szakmunkásképző iskolát 6 fő, általános iskolát 11 fő végzett. Aktív dolgozó, vagy rendszeres tanulmányokat folytat a vizsgálat idején 18 fő; nem vesz részt rendszeres munka/tanulás jellegű tevékenységben 21 fő; 1 személy gyesen van.

Vizsgálati eljárás

Az általam ismert irodalom egyik része közvetlenül az alkotást vizsgálja, de közvetett mutatók alapján is végezhető becslés a kreativitás mérésére (Krohn és Mayman, 1974: tárgykapcsolati skála). Magyarországon létezik ugyan standardizált kreativitás teszt (A kreativitás tesztek tesztkönyve I-II, 1989), ennek alkalmazását azonban elvetettem: a teszt működpontú aspektusból közelíti meg a kérdést és kevés információt nyújt magáról a folyamatról; részint attól tartottam, hogy a páciensek unalmasnak tartják és kevéssé lesznek motiváltak a teszt végrehajtásában. Alkalmas vizsgálati módszernek a

Rorschach tesztet találtam, a kreativitás mutatójának a Mérei Ferenc által kidolgozott elaborációs skálát és mutatót tekintettem (1966-1971, V. kötet, 58-83 o.). Az elaborációs skála képet ad a kreatív folyamat összetevőiről, a Rorschach teszt kontextuális kerete pedig az értelmezést megbízhatóvá teszi.

Mérei az elaborációs konstelláció leírására 10 jegycsoportot gyűjtött össze a Rorschach tesztből. Ezeket itt csupán fölsorolom:

1. Vulgáris válaszokból kiinduló originális megoldások. 2. Sűrítések. 3. A feszültség képi áttétele. 4. Határeset reakciók az áttételes alakítási folyamatban. 5. Biztos mentális fékrendszer. 6. Energetikai feszültség és ennek gátlásos szabályozása. 7. Ambiekvális, vagy dilatált élménytípus. 8. (M) válasz előfordulása. 9. Tartalmi változatosság. 10. Az elaborációs jegyek változatossága.

Egy adott jegycsoport részleges fennállása esetén a v. sz. 0,5 pontot, teljes megléte esetén 1 pontot kap. Az így nyert összesített mutató az elaborációs index, mely maximum 10 pont lehet. A háromnál kisebb érték a kreatív feszültségszabályozás hiányát jelzi, 3-4,5 pont között kreatív teljesítmény nem valószínű, 5-6 között kreatív problémamegoldás lehetséges, végül 6,5 pont fölött a v. sz. feszültségszabályozási stratégiájára jellemző a kreativitás.

A 40 db Rorschach jegyzőkönyvből az alábbi adatokat gyűjtöttem ki végül:

1. Az *elaborációs indexszel (elab.i.)* meghatározott kreatív teljesítmény (az értéket százalékos formában fejeztem ki, a maximális érték 10 pont, azaz 100 % lehet).

2. Az eredetiség kifejezésére használt *originális válaszok* feleletszámhoz viszonyított százalékos aránya *(orig%)*, illetve a közgondolkodáshoz való alkalmazkodás mértékének mutatója, a *vulgáris válaszok* százaléka *(V%)*.

3. A mentális kontrollműködés mutatói: a mentális fékezettség mértéke racionális, illetve érzelmekkel terhelt helyzetben (*F%1, illetve F%2*), valamint a viselkedés beszabályozott voltát jelző *T%*. Az adatokat az *1/a. melléklet* tartalmazza.

Megkíséreltem továbbá a vizsgált személyek kreativitásának strukturáját megállapítani.

4. Ennek érdekében kiszámítottam az elaborációs skála *eredetiség-nonkonformizmus (EN) versus mentális erőfeszítés, szabályozás (SZ)* jegycsoportjainak egymáshoz viszonyított arányát. (Az elaborációs skála 1., 2., 4., 8. tételeinek összevonásával képeztem az eredetiség-nonkonformizmus mutatót, melynek maximális értéke, azaz négy pont alkotja a 100 %-os teljesítményt. Az összevonást indokolja, hogy e jelenségek merev szétválasztása meglehetősen mesterségesnek tűnik, hiszen az originális megoldás szükségszerűen nonkonform is egyben.) A fönti elvek alapján a skála 5., 6., 7. tételei képezik a mentális erőfeszítés mutatóját. Az elérhető maximális három pont 100 %-os teljesítménynek felel meg. Az adatokat az *1/b. melléklet* mutatja be.

A vizsgálat eredményeinek bemutatása és értelmezése

Bevezetésként néhány megfigyelésemet rögzítem az ópiátfüggők Rorschach jegyzőkönyveinek jellegzetességeiről, anélkül, hogy ezek minden részletre kiterjedő

elemzését ebben a dolgozatban elvégezném. (A jegyzőkönyvek többszempontos elemzése független jelölők értékelésével, nagyobb mintán folyamatban van.)

1. A jegyzőkönyvek kisebbik csoportjára jellemző a sok, érdekes válasz, bőséges tartalom és a mentális kontrollműködés hullámzására utaló fluktuáló válaszszínvonal. A jó formával társuló, kombinatív, eredeti választ gyakorta követi konfabulált, bizarr megoldás, a válasz keletkezésének módja esetleg nem is érthető. Jellegzetes az originális válaszok és a sztereotípiák váltakozása.

2. Az originális válaszok egy része a droggal, droghasználattal kapcsolatos "Obj" válaszokból adódik. Pl. "mákgubó; ampulla és injekciós tű".

3. A jegyzőkönyvek nagyobb csoportját alkotják azok, melyek szegényesek, ahol a tartalmak köre szűkös, ugyanakkor Versagen reakciót igen ritkán találunk bennük (szemben például a depressziós, vagy az alkoholista beteg hasonló karakterű jegyzőkönyveivel).

Egy rövid kitérő erejéig ismertetem Rapaport, Gill és Schafer (1945-1946) tanulmányát, mivel tapasztalataim igen hasonlóak az övékéhez. A szerzők borderline személyek pszichológiai tesztválaszait eltérőnek észlelték strukturált, illetve projektív tesztek esetén. Míg a strukturált intelligencia vizsgálat (Wechsler teszt) során a gondolkodási zavar semmilyen jegye nem mutatkozott, a strukturálatlan Rorschach tesztben a páciensek kognitív torzulásai megjelentek. Az így felszínre került gondolkodási zavar két típusa alapján a szerzők a borderline személyiség két jól elkülönülő alcsoportját írták le. A színes, burjánzó gondolatáramlással, a szimbolikus folyamatok fokozott voltával jellemzhető csoport ("overideational preschizophrenic") a Rorschach táblákra eredeti, szokatlan válaszokat adott rövid reakcióidővel, különös megfogalmazásban. Válaszaik gyakran még a manifeszt szkizofrén páciensekéinél is furcsábbak, bizarrabbak voltak. Labilis, fluktuáló mentális tevékenységüket - a szkizofrénekkel szemben - nem érezték énidegennek. Válaszaik érzelmileg színezettek voltak.

A másik alcsoport ("coarctated preschizophrenic") jellemzői rokonságot mutatnak az alexitímiás személyiséggel. A hallgatag, lassú, beszűkült gondolkodású személyek asszociációi nélkülözték az eredetiséget, válaszaik konkrétak, vulgárisak voltak, az érzelmek extrém gátlása volt megfigyelhető náluk. Tapasztalataim nagyon hasonlóak e szerzőkéihez: a kreatív opiátfüggők a színes borderline alcsoporttal, míg az alacsony kreativitású függők a színtelen alcsoporttal mutatnak rokonságot. Impresszionáló példaként két jegyzőkönyvet mutatok be (*2. melléklet*). Mindkét férfi 26 éves, gimnáziumot végzett. A magas kreativitású B. (3. v. sz.) hatéves, a kreatív tartalékok minimumával sem rendelkező S. (38. v. sz.) hétéves drogfüggőségre tekint vissza. A bemutatott jegyzőkönyvek tulajdonosainak karrierje további feltételezésekre késztethet bennünket, mely szerint a kreatív drogfüggők prognózisa jobb volna, mint a nem-kreatívaké. A kreatív B. ugyanis hetedik hónapja nem él ópiátokkal, alkalmi marihuána használó. Elvonása zökkenőmentesen és gyorsan zajlott. Azóta dolgozik, kapcsolatát élettársával fenntartja. Hangulatjavító gyógyszerrel stabilan vezeti életét. A kreatív tartalékokkal nem rendelkező S. elvonása egy éve sikertelen, látványos túladagolások megvonási tünetekkel váltják egymást. Élettársi kapcsolatát fölbontotta, munkahelyén szerződését fölmondták. Jelenleg fenntartó kezelésbe vételét tervezzük.

Rátérve az általam vizsgált csoport jegyzőkönyveiből kigyűjtött mutatókra (*1/a. melléklet*), látható, hogy a mentális kontrollműködés jellegzetesen fluktuáló voltát az átlagolt mutatók nem jelzik (F%1: 75,7; F%2: 78,5). Dolgozatomban a magyar Rorschach standard táblázat (Vargha, 1989) adataihoz való viszonyítást egyrészt azért mellőzöm, mert ehhez a minta elemszámát kicsinek találtam, másrészt adataim egy részének nincsen megfelelője a standardban. Kontrollcsoport hiányában az adatokat minden esetben a Mérei által leírt és értelmezett mutatók színvonalövezetéhez viszonyítottam.)

A páciensek 32 %-ánál tapasztalható mentális fegyelmezetlenséget, laza fékrendszert, a fantázia térnyerését a realitással szemben viszont jól jelzi esetükben az F%1 70-nél kisebb értéke. A páciensek több, mint fele (58 %-a) az alkalmazkodást elutasítja, a társas normákat kevéssé veszi figyelembe, alkalmanként bizarr viselkedésre hajlamos (V% < 30). Érdekes ellentmondásra mutat az ötven százalékot meghaladó T érték a páciensek 35 %-ánál, összevetve az imént tárgyalt alacsony vulgaritás-értékekkel. Az ellentmondás oka lehet, hogy a vizsgáltak viselkedése a drogfogyasztás következtében nagymértékben sztereotipizálttá vált, de ezek a sztereotípiák nem egyeznek meg a közgondolkodásban foglaltakkal ("rigidek a nonkonformitásban"). Ez az érték ugyanakkor jelezheti a személyek önprezentálásra való képességét is: patológiájuk csak a kommunikációs folyamat mélyebb szakaszában kerül felszínre.

A kreativitás átlagértéke azt jelzi, hogy a vizsgált személyek elaborációs készsége gyenge. A páciensek túlnyomó többségét (67 %-át) a kreatív feszültségszabályozás hiánya jellemzi (elab.i.% < 30), s mindössze 22 %-uk nyújt átlagos teljesítményt (elab.i.%: 30-45). A vizsgáltak 10 %-a képes csupán magas színvonalú kreatív teljesítményt nyújtani (elab.i.% > 6,5). A *3. melléklet* grafikusan ábrázolja a v. sz-ek elaborációs indexszel meghatározott kreativitását.

Az *1/b. mellékletben* a kreativitás összetevőit tűntettem föl, azaz az eredetiség-nonkonformizmus mértékét a szabályozóműködéssel összevetve. A táblázaton (-) jellel jelöltem azokat a vizsgált személyeket, akiknél az eredetiség-nonkonformizmus mértéke jelentősen, legalább 20 %-kal meghaladta a szabélyozó funkció mértékét. (+) jelet kaptak azok a személyek, akiknél fordított az összefüggés: a szabályozóműködés haladja meg jelentősen, 20 %-kal az eredetiség-nonkonformizmus színvonalát.

Az EN > SZ arány a kreatív drogfüggőkre, míg a SZ > EN arány a nemkreatív drogfüggőkre tűnik inkább jellemzőnek. Az *1/b. melléklet* adataiból a vizsgált személyek három csoportja látszik körvonalazódni: 1. ide sorolódnak azok a személyek, akinél az eredetiség, nonkonformizmus lényegesen nagyobb mértékű, mint amennyire ezt a készségüket kontrollálni, szabályozni képesek (10 fő, a minta 25 %-a tartozik ide). 2. A következő csoportot alkotják a beszabályozottabb, kevéssé ötletes, nem eredeti v. sz-ek (12 fő, a minta 30 %-a). 3. Végül kirajzolódik egy harmadik csoport, melynek tagjai jelenleg teljesen kiürültek, egyáltalán nem eredetiek és a mentális kontrollműködés hiányával küzdenek (EN:SZ:0 6 főnél, a minta 15 %-ánál).

A *4. mellékletben* háromdimenziós hisztogrammon ábrázoltuk a szabályozóműködés és az eredetiség-nonkonformizmus gyakorisági megoszlási adatait[1].

Összefoglalva tehát elmondhatjuk, hogy adataim alátámasztják 1. hipotézisemet, mely szerint a vizsgált ópiátfüggő páciensek kreativitása az átlagosnál jóval gyengébb. Nem igazolódott viszont 2. hipotézisem; a vizsgáltaknak mindössze 20 %-ra áll az a feltételezés, hogy szabályozási készségük lényegesen rosszabb színvonalú, mint eredetiségük.

A terápiás cél és a hatékonyság néhány kérdése a magas, a közepes és az alacsony kreativitású drogfüggők esetében

A drogfüggőség kezelésére a mai napig nem létezik egységes, megnyugtatóan hatékony terápiás módszer. Még a terápiás célkitűzés tekintetében sem állnak egységes álláspontón az absztinenciára irányuló, illetve az ártalom-csökkentő megközelítés hívei. Világszerte kísérleteznek ambuláns és bentlakó körülmények között farmako- és pszichoterápiás eljárások kombinációival, egyéni és csoportos kezelési módokkal. Általánosságban csupán azt mondhatjuk el, hogy a különböző drogfogyasztói típusba sorolható páciensek számára különböző kezelési formák jelenthetnek hatékony segítséget. Gyakorlatban szerzett tapasztalataink alapján a kreativitás szempontjából fűznék néhány gondolatot e sokak által tárgyalt kérdéshez.

Kreatív drogfüggők esetében a terapeuta a páciens meglévő elaborációs tartalékaira támaszkodhat. A fizikai elvonással párhuzamosan a páciens énerősítő tevékenységekbe kapcsolható (újrastrukturált napirend kialakítása, rendszeres sporttevékenység, autogén tréning), a terápiás keret -mint kívülről felépített struktúra- megtartása különösen fontos. A terápia következő szakaszában érdeklődést keltő, izgalmas terápiás elemek kombinálásával mobilizálhatóak a kreatív tartalékok (dramatikus megjelenítés, imaginatív játékok, relaxációs-meditációs gyakorlatok). A humor felbukkanása a terápia folyamatában az egészségesebbé válás fontos mérföldköve. A hosszú távú stabilizálás reményében egy következő szakaszban kerülhet sor pszichodinamikus verbális pszichoterápiára (Kaplan, 1977).

Az átlagosan kreatív drogfüggők alkotói kísérletei jelentős öngyógyító erőt képviselnek. E próbálkozások során a személyek újra meg újra az idealizált, omnipotens anyához való visszatérést kísérlik meg. Esetükben a kreatív terápiák széles skálája alkalmazható, melyekben a tevékenység keltette feszültség oldására helyezzük a hangsúlyt. Érdemes figyelmet fordítani alternatív örömforrások fölfedezésére (szabadidős tevékenységek, az egészséges életmód élvezete, pályaorientálás a páciens képessége és kedve alapján). A visszaesésre nézve kritikus helyzetek elemzésétől, stresszkezelő stratégiák tanításától várható a páciens egyensúlyban tartása (Marlatt és George, 1984).

A kreativitás egyre csökkenő értékei felé haladva a relaxációs módszerek közül a biofeedbackkel kombinált eljárásoktól nagyobb hatékonyságot remélhetünk,

---

[1] A számítógépes ábra elkészítését Reiczigel Jenő matematikusnak ezúton köszönöm.

mint a klasszikus autogén tréningtől. Ebben az esetben a biofeedback készülék az a külső tárgy, mely a személy hiányzó lelki strukturáit, működéseit pótolja.

A legnagyobb terápiás kihívást a kreatív tartalékok hiányával jellemezhető drogfüggők kezelése jelenti. E páciensek súlyos tárgykapcsolati patológiája vezetett teljes lelki némaságukhoz. Nem hozzáférhető lelki tartalmaikkal pszichológiai munka a szokásos módon nem végezhető, még a relaxációs módszerek is inkább frusztrálóak lehetnek számukra. Állapotukat a terapeuta a színvakéhoz hasonlónak észlelheti: mintha azt kérnénk tőlük, írják le azt a színt, melyet észlelni képtelenek (Sifneos, 1987). E pácienseknél szigorúan strukturált, bentlakásos terápiás közösségek biztosíthatnak legmegfelelőbb keretet a változtatáshoz. Ambuláns keretek között az ő esetükben vetődik föl a szupportív terápiás megközelítések és a szorongásoldó eljárások mellett a metadon-fenntartó kezelés gondolata (l. Czechowich, 1980).

A dolgozat a Magyar Hitelbank Rt. Magyar Tudományért Alapítványa támogatásával készült.

Cserne Istvánnak őszintén köszönöm, hogy szerteágazó gondolataimnak irányt mutatott.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. szeptember 12.

IRODALOM

Baudelaire, C. (1864). *A mesterséges mennyországok*. Gondolat Kiadó, Budapest, 1990. (Ford.: Hárs Ernő)

Bulgakov, M. (1927). *Morfium*. Európa Kiadó, Budapest, 1981, 180-217. (Ford.: Elbert János)

Czechowich, M. D. (1980). A drog-elvonás módszerei. In: Cserne I. (szerk.). *Drogproblémák 1*. A Drogprogram és az Egészségügyi Minisztérium Kiadványa. Budapest, 1987. (Ford.: Katona Éva)

Csáth Géza (1912-13). *Napló*. Babits Kiadó, Szekszárd, 1989.

Csuhai K. (1988a). A szimbolikus funkció patológiája határeseti kórképeknél. (Kézirat). Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichoterápiás Szekció Relaxációs Munkacsoport, Budapest.

Csuhai K. (1988b). A határeseti kórképek, mint a potenciális tér (Winnicott) zavarai. (Kézirat). Magyar Pszichiátriai Társaság Pszichoterápiás Szekció Ifjúság-pszichoterápiás Munkacsoport, Budapest.

De Quincey, Th. (1903). *Egy angol ópiumevő vallomásai*. Európa Kiadó, Budapest, 1983. (Ford.: Tandori Dezső)

DSM-III-R, A mentális zavarok diagnosztikai és statisztikai kézikönyve revideált III. kiadásának diagnosztikus kritériumai. Magyar Pszichiátriai Társaság Kiadványa, Budapest, 1991.

Erikson, E. H. (1957). Az emberi fejlődés nyolc szakasza. In: Szakács F., Kulcsár Zs. (szerk.), *Személyiséglélektani szöveggyűjtemény, II*. (Kézirat). ELTE BTK jegyzet J2-1237/A. Tankönyvkiadó, Budapest,1980.

Fisher, R., Scheib, J. (1971). Creative Performance and the Hallucinogenic Drug-induced Creative Experience. *Confinia Psychiatrica, 14*, 174-202.

Gabel, S. (1988). The Right Hemisphere in Imagery, Hypnosis, Rapid Eye Movement, Sleep and Dreaming. *Journal of Nervous and Mental Diseases, 176*, 323-331.

Galin, S. (1974). A bal és jobboldali agyi specializáció implikációi a pszichiátria számára. A tudattalan folyamatok neurológiai háttere. In: Kulcsár Zs., Szakács F. (szerk.), *A differenciális pszichofiziológia alapjai.* (Kézirat). ELTE BTK jegyzet, Tankönyvkiadó, Budapest, 1982.

Gordon, R. (1977). Death and Creativity: A Jungian Approach. *Journal of Analytical Psychology, 22*, 106-124.

Grof, S. (1979). *LSD Psychotherapy.* Hunter House, California. 108. o.

Isaacs, A. F. (1986). How To Be Personally Creative:Self Help to Good Mental Health. *Creative Child and Adult Quarterly, 11*, 93-107.

Isroff J. (1975). Adolescence and Creativity. In: Meyerson (ed.), *Adolescence - The Crisis of Adjustment.* London, Allen, Unwin Ltd.143-163.

Janiger, O., Dobkin DeRios, M. (1989). LSD and Creativity. *Journal of Psychoactive Drugs, 21*, 129-134.

Kaplan, C. D. (1988). The Pleasure Dome with Caves of Ice. Cerebral Lateralization, Creativity and the Drug Experience. Psychiatric Clinics of North America, 11.

Kaplan, E. H. (1977). Implications of Psychodinamics for Therapy in Heroin Use: A Borderline Case. *National Institute on Drug Abuse Research Monograph, 12*, 126-141.

Kernberg, O. F. (1957). Borderline szindróma és patológiás nárcizmus. Kapocs Kiadó, Budapest,1990.

A kreativitás tesztek tesztkönyve I-II. (1989). A Munkalélektani Koordináló Tanács Módszertani Sorozata Munkaügyi Kutatóintézet, Budapest.

Krohn, A., Mayman, M. (1974). Object Representations in Dreams and Projective Tests: A Construct Validational Study. *Bulletin of Menninger Clinic, 38*, 445-466.

Krystal, H. (1988). On some Roots of Creativity. *Psychiatric Clinics of North America, 11*, 475-491.

Kulcsár Zs. (1983). Szenzoros élménykeresés - Biológiai korrelátumok és implikációk a pszichiátriai sérülékenységről. *Pszichológia, 1*, 69-87.

Kulcsár Zs. (1987-1988). Elhárítómechanizmusok. A tudattalan nyelve. Jegyzetkiegészítő kézirat a személyiségpszichológia c.tárgyhoz. ELTE BTK.

Landau, E. (1976). *A kreativitás pszichológiája.* Tankönyvkiadó, Budapest.

Landau, E. (1992). Kreatív attitűd - a nevelés jövője, Előadás a Magyar Pszichológiai Társaság Neveléslélektani és Pályaválasztási Szekciója és a Magyar Tehetséggondozó Társaság szervezésében, 1992. május 6.

Landon, M., Fisher, R. (1970). On Similar Linguistic Structures in Creative Performance and Psilocybin-induced Experience. *Confinia Psychiatrica, 13*, 115-138.

Marlatt, G. A., George, W. H. (1984). Relapse Prevention: Introduction and Overview of the Model. *British Journal of Addiction, 79*, 261-273.

Martindale, C. (1977-1978). Kreativitás, tudat és kérgi éberségi szint. In: Kulcsár Zs., Szakács F. (szerk.), *A differenciális pszichofiziológia alapjai* (Kézirat). ELTE BTK jegyzet, Tankönyvkiadó, Budapest, 1982.

Maslow, A. H. (1968). Toward a Psychology of Being. Van Nostrand, New York.

Mérei F. (1966-1971). A Rorschach teszt I-V. (Kézirat). Vademecum Sorozat 16-20. II. kiadás, Intaháza.

Mérei F., Cs. Bagdy E. (1973). Táblázatok és skálák a Rorschach próba alkalmazásához. (Kézirat). Vademecum Sorozat 21. III. kiadás, Intaháza.

Pahnke, W. N., Kurland, A. A., Unger, S., Savage, C., Grof, S. (1970). Experimental Use of Psychedelic (LSD) Psychotherapy. *Journal of American Medical Association, 212*, 1856-1863.

Pethő Bertalan (1989). Részletes pszichiátria I. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest.

Rogers, C. (1968). Kísérlet kreativitás-elmlélet létrehozására. In: Harday I., Polgár Zs., Sarlós K. (szerk.), Válogatás C. Rogers műveiből. *Pszichológiai Tanácsadás a Pályaválasztásban, OPI Módszertani Füzetek 27.*,1983. (ford.: Pethő Éva).

Rapaport, D., Gill, M. M., Schafer R. (1945-46). Diagnostic Psychological Testing. Year Book, Chicago.

Rhead, J. C. (1978). The Implications of Psychedelic Drug Research for Integration and Sealing Over as Recovery Styles from Acute Psychosis. *Journal of Psychedelic Drugs, 10.*

Scott, M. E. (1985). How Stress Can Affect Gifted/Creative Potentials. Ideas to Better Insure Realisation of Potential. *Creative Child and Adult Quarterly., 10*, 240-249.

Sifneos, P. E. (1987). Anhedonia and Alexithymia. In: Clark, Fawcett (eds): *Anhedonia and Affect Deficite States*. PMA, New York.

Simon, J. (1977). Creativity and Altered State of Consciousness. *The American Journal of Psychoanalysis, 37*, 3-12.

Solomon, D. (ed., 1970). *LSD - The Consciousness-Expanding Drug*. Putnam Sons, New York.

Vargha A. (1989). *A nem, az életkor, az iskolázottság és a diagnózis hatása az egyes Rorschach-jegyekre. Egy átfogó empirikus Rorschach vizsgálat eredményei.* ELTE BTK jegyzet, Tankönyvkiadó, Budapest.

Vikár Gy. (1989). A művészi (irodalmi) alkotás pszichológiája analitikus megvilágításban. *Magyar Pszichológiai Szemle, XLV*, 201-220.

Wurmser, L. (1989). A kényszeres kábítószerfogyasztás etiológájának pszichoanalitikus vizsgálata. In: Cserne I. (szerk.): *Drogproblémák 4.* Az Országos Egészségvédelmi Tanács Drogprogramja kiadványa, Budapest, 11-30. (ford.: Flaskay Gábor)

MELLÉKLETEK

1a. melléklet

Az elaborációs index %, az originalitás %, a vulgaritás %, az F1%, az F2%, valamint a T% értékei a vizsgált személyek (N=40) Rorschach jegyzőkönyveiben.

V. SZ.	ELAB. I%	ORIG%	VULG%	F1%	F2%	T%
1	90	9	16	92	95	32
2	75	13	60	75	87	73
3	65	12	21	78	80	60
4	65	6	19	55	65	50
5	45	8	22	67	71	69
6	45	5	32	81	83	32
7	35	4	26	69	71	39
8	35	3	27	86	84	43
9	30	0	48	64	81	71
10	30	8	21	93	94	42
11	30	9	30	76	78	39
12	30	0	18	72	74	44
13	30	4	17	57	56	30
14	25	0	14	63	67	52
15	25	5	45	79	87	68
16	25	3	26	78	81	41
17	25	9	36	75	83	64
18	20	0	36	67	68	54
19	20	0	42	55	68	58
20	20	4	43	76	81	61
21	20	6	13	71	74	44
22	20	0	22	85	83	17
23	20	0	24	75	78	71
24	20	6	19	50	54	38
25	15	0	50	83	89	35
26	15	0	29	85	90	54
27	15	5	35	75	81	43
28	15	11	32	65	78	32
29	10	0	15	75	67	50
30	10	0	23	80	79	58
31	10	0	41	69	85	47
32	10	3	29	66	67	87

folyt. a köv. oldalon

Az 1a. melléklet folytatása.

33	10	0	32	58	67	50
34	10	3	14	85	85	17
35	10	0	25	87	91	31
36	5	0	35	85	72	50
37	0	0	33	99	87	33
38	0	0	55	89	95	45
39	0	0	17	96	90	30
40	0	0	41	93	75	47
ÁTLAG	24.5	3.4	29.6	75.7	78.5	47.5
SZÓRÁS	20.3	3.9	4.9	12.1	10.0	15.4

1b. melléklet

Az elaborációs skála 1., 2., 4., 8. tételeiből számított eredetiség-nonkonformizmus % /EN) valamint az elaborációs skála 5., 6., 7. tételeiből számított mentális erőfeszítés r % /SZ) értékei a vizsgált személyek (N = 40) Rorschach jegyzőkönyveiben.

V. SZ.	EN%	SZ%	
1	88	84	
2	99	67	-
3	75	50	-
4	75	50	-
5	63	15	-
6	50	33	
7	25	50	+
8	50	0	-
9	25	33	
10	38	15	-
11	50	33	
12	38	33	
13	38	0	-
14	13	33	+
15	25	15	
16	25	50	+
17	25	0	-

folyt. a köv. oldalon

Az 1b. melléklet folytatása.

18	25	33	
19	13	0	
20	13	50	+
21	13	33	+
22	0	15	
23	25	33	
24	25	0	-
25	13	33	+
26	13	33	+
27	13	33	+
28	38	0	-
29	0	15	
30	0	33	+
31	13	0	
32	0	33	+
33	0	33	+
34	0	0	
35	0	33	+
36	0	0	
37	0	0	
38	0	0	
39	0	0	
40	0	0	
ÁTLAG	25.15	24.28	
SZÓRÁS	26.36	21.44	

2. melléklet

B. 26 éves férfi (3. v. sz.)
iskola: gimnáziumi érettségi

idő: 55 perc
válaszszám: 66
elaborációs index: 6,5

I.

1.	Kapásból: lehet lepke is például. Többet is? Nem mond nekem túl sokat.	G	F+	T	V2	Ütk Fok.j.
2.	Manta, ördögrája. Az néz igy ki. Lehet forgatni?	G	F+-	T		

3. C	Két lidérc kinéz egy bokorból.	D	FHd+-	(M)		
			Bsec+-	Pfl		
4. C	Kinizsi Pál a hóna alatt két törökkel,					
	amikor táncol velük.	DGkomb	B+-	M, Tánc		Távol.
5.	Sztegoszaurusz. Koponyáján ez a soktülkű...	Gzw	FHd+-	Td		Távol.
II.						
6.	Megint egy rája egy vérző polip					Agr.assz.
	tintafelhőjében	DzwG	b+-	T		Perszev
			FbF	Vér		FH+
			HdF	Amorf		Tart.
				Felhő		Hdelab.
7. C	Nagy szeizmikus mozgás kettészakí-	D(zw)	F+-	Térkép		AsszocB
	totta volna Észak-Amerikát (nevet)					Splitting
8. C	Egy tál rostélyos egy kannibál-	G	FFb+-	Ennivaló	orig+-	
	lakomán, két levágott füllel.			Md		Orálagresszió
						Csonkít
						Távol.
9.	Két kakadu ül egy fügefán	DGkomb	F-	T		Távol.
				Pfl		Komb.
10. D	Medve a folyóparton.					
	Részleteket is lehet?	D	F+	T	V1	Tükör
				Víz		
11.	Hosszúfarkú pillangó alul	D	FFb+	T	V3	Persz.
						Nagyít
12. C	Nagy ragadozómadár	DGkonf	F-	T		Nagyít
III.						
13. C	Szitakötő lárva	D	F+-	T		
14. C	Középen egy lepke	D	F+	T	V3	Med. utal.
15.	Két imádkozó sáska	D	F+	T		
16.	Egy táncoló pár is lehet.	G	B+	M	V1	Szexlab.
				Tánc		Molek.
17. C	Csokornyakkendő	D	F+	Ruha		
18. C	Két combcsont, combnyakcsont	D	F+-	Anat		
19. C	Két menyét kinéz egy fatörzsből	D	FHd+	T		Komb.
			BF+-	Pfl		
20. C	Két lopakodó árnyék egy husánggal	D	nFFb+-	M		Intenció
	a kezében.		B+-	Tőr		Komb.
						Élettelen
						Agr.assz.

21.	Két kosárlabdázó nő egymással szemben, pocsolyába dobják a labdát, ez szabadtéri mérkőzés.	DGkomb (zw)	B+ aFbF	M Obj Víz Amorf	orig+	Szexlab.
22.	Két denevér lóg valahonnan.	D	F+	T	V3	
IV.						
23. C	Ez is denevér	G	F+-	T		Perszev
24.	Kézen álló bohóc, ill. éppen készül kézen állni. Ez nem mond olyan sokat.	G	Bsec+-	M Ruha		Válaszront Arányt. Intenc.
V.						
25.	Lehet lepke is.	G	F+	T	V1	Fok. jel. tud.
26.	Denevér is megint	G	F+	T	V1	
27. C	Két lefejezett nyúl egy tányérban.	DGkonf	F-	Enniv. T Obj		Csonkít Orális
28.	Figura egy balettből. Fontos, hogy ezek mindig szimmetrikusak legyenek? Zavar. A felhőkbe is annyi mindent belelátok.	G	Bsec+	M Ruha		Szimm.ütk. Szubj.r.
VI.						
29. C	Állat padlóra kiterített bőre	G(zw)	F+	T	V1	Amp.G
30.	Kaméleon	D	FHd-	T		
31.	Szeméremajkak egy klitorisszal	Dd	FHd+	Szex		Bizarr szex
32. C	Megint egy tüskés rája	G	F+-	T		Perszev
33. C	Két Cyrano de Bergerac. Messzebbről is meg kéne nézegetni, kár, hogy nem jutott eddig eszembe.	D	FHd+	M		
34.	Csúcsdísz a karácsonyfán	G	F+-	Ornam.		
35.	Szitakötő	D	FHd+	T		
36. D	Várrom egy dombtetőn és alatta folyópart és az egész tükröződik benne, és egy kis nádas is van a tóparton.	G	FHd+	Táj Archit Víz, Tükör Pfl		Deform Komb Kicsiny.
VII.						
37. C	Itt is női nemiszerv	Dd	FHd+	Szex	V3	Persz
38. C	Két elefánt kijön egy fehér szikla-tömb mögül	D(zw)	BF+ FH+	T aFbF	V1, Orig+ Szikla	Transzp.

39. C	Napóleon sziluettje	Dzw	F+	M		Kontúr
40.	Két orrszarvú-hal	D	F+-	T		
41.	Mogorva hálósipkás férfi	D	FHd+	Md, Ppt		
				Ruha		Intenc.
VIII.						
42.	Két puma mászik föl egy fenyőfára	D	BF+	T	V1	Komb.
			FFb+	Pfl		
43. C	Női nemiszerv	D(zw)	F-	Szex		Bizarr szex
44.	Két kinyújtott kéz	Dd	Bkl+	Md		
45. C	Sziklás hegyoldal	D	F/Fb/+-	Táj		Perspek
				Szikla		
46. C	Folyómeder	D	F(Fb)+-	FbF	Víz	
47. C	Kutyafej, mintha le lenne öntve valamivel a feje, ezért elég rossz-kedvű (nevet)	D	F(Fb)+- b+ AsszocB	Td	Orig+-	Intenc.
IX.						
48.C	Nagyorrú, zöldhajú marslakó rózsaszin kalappal, és narancssárga körgallérral	DzwG	FFb+-	(M) Ruha		Távol. Nagyít. Aránytl.
49.	Vagina	Dd	F(Fb)+-	Szex		Bizarr szex
50.	Sziámi ikrek	D	F(Fb)+	M	V1	Kics., Molek.
51. C	Mérges öreg muzulmán fölháborodva mutogat	D	F(Fb)+ B+	M Ruha		Intenc Távol.
52. C	Szelíd lankás vízpart kis hegyekkel a távolban, olyasmi, mint a Balatonpart Badacsony környékén késő délután	D	FbF F(Fb)+-	Táj Víz		Perspekt. Kicsiny. Impressz.
53. D	Víziló kidugja a fejét a vízből Lehet krokodil is, nehezen lehet eldönteni.	Dd	BF+-	T Víz	V-V	
54.	Inkább víziló.	Dd	BF+-	Víz		Bedeut.
55. B	Jávorszarvas	D	F+	T	V2	
56. B	Bajuszos parasztember	D	F(Fb)+	M	V1	
X.						
57. C	Két csikóhal	D	F+	T		
58.	Két tarisznyarák	D	F+	T		
59.	Izland	D	F+-	Térkép		

60.	Furcsa lények álldogálnak egy totemoszlop előtt, az a saját totemjük	D	F+	(M) Sacr		Kombin Groteszk
61. C	Petefészek petevezetékkel	D	F+	Szex		Bizarr szex
62.	Két vízbe ugró béka	D	BF+	T, Víz		
63.	Két rúgkapáló vidám csecsemő sárga pólyában. Az egyik jókedvű, a másik meg nem.	D	F(Fb)+ B+ FFb+	M Ruha	Orig+	Kics. Intenc.
64.	Két éhes farkas	D	F+	T, Orál		Intenc.
65. C	Kőszáli kecskekoponya, nem is, inkább fej	Dzw	F+	Td	Orig+	FH+
66.	Két fiatal nő sziluettje	Dd	F+	M		Kontúr

* * *

S. 26 éves férfi (38. v. sz.)
iskola: gimnáziumi érettségi

idő: 12 perc
válaszszám: 11
elaborációs index: 0

I.

1.	Valami lepke és bogár kereszteződése, szeme lenne, két csápja, ez meg a szárny	G	F+	T Szem csáp	V2	Sűrít Kettős lény Részlet
2.	Leejtenek egy tintapacát, összehajtják és tükröződik, szimmetrikus	G	HdF	Amorf		Tart. Szimm. AsszocB Techn. desc.

II.

3.	A belső része olyan, mint a mákgubó. Nem tudok semmit, rossz passzban vagyok.	Dzw	F+-	Pfl	orig+-	Agravál Med.

III.

4.	Megkettőzve, valaki állna és kezet mosna.	G	B+	M Víz	V1	Szimm.

IV.

5. C	Fölülről denevérszerűség, szárnyra emlékeztet.	G	F+-	T		Unbest. Persp.

V.

6.	Lepke, pillangó	G	F+	T	V1	

VI.

	Nagyon képzeletszegény vagyok, semmi különös nem jut eszembe.					Vers. tend.
7.	Absztrakt ábrák	G	HdF	Amorf		Szubj. krit. Tart.

VII.

8.	Egymással szemben két nő beszélget, copffal, vagy csak bámulnák egymást.	D	F+	M	V2	Akuszt.asszoc. Agrav.

Nem nagyon tudok koncentrálni.

VIII.

9.	Valami állat. Borz, vagy kisebb rágcsálóféleség.	D	F+	T	V1	Orál Kicsiny. Unbest.

IX.

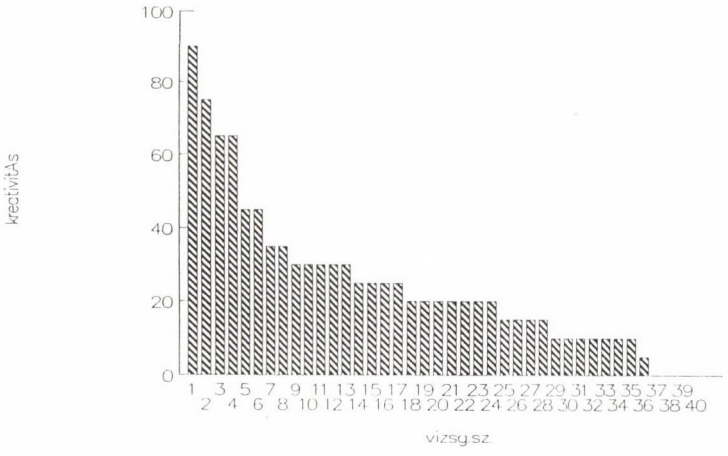
Nem tudok koncentrálni.						Versagen Agrav.

X.

10.	Virágképződmény. Szép színes.	D(zw)	FFb+-	Pfl		Absztr. Verb. Szindics.
11. C	A belső része arc lenne. Szeme, szája, szakálla, nagy szőrös képződmény lenne. Virág szára, innét indul a növény tokja, vagy hogy is hívják, annyi mindent bele lehet képzelni...	Dzw	F+	Md Szem		FH+ Részlet Nagyít Orál Visszatér Kif. amn. Fok. jel. tud.

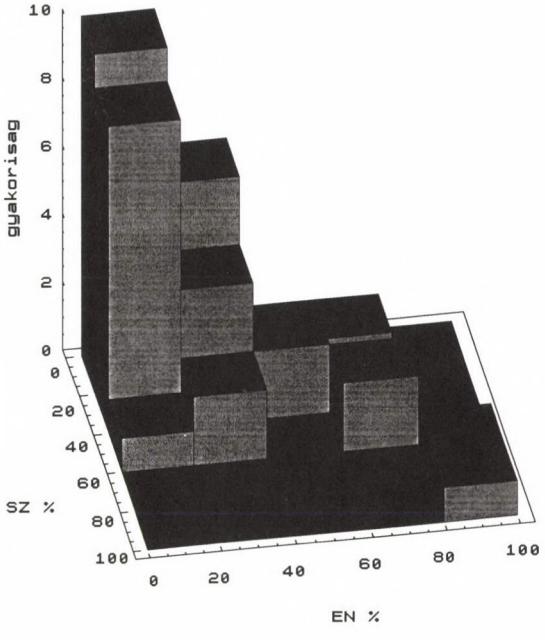
3. melléklet.

Az elaborációs index %-kal meghatározott kreatív teljesítmény alakulása a vizsgált személyeknél (N = 40).



4. melléklet

A szabályozóműködés (SZ) és az eredetiség-nonkonformizmus /EN) gyakorisági adatainak (frequency) háromdimenziós ábrája



SUMMARY

Seventh Heaven First Found then Lost. An Examination of the Creativity of Drug Addicts

Tremkó, Mariann

The author approaches creativity on the way of humanistic psychology and of the theory of object relations. She defines creativity as all belonging to a receiving/creating process. The process is characterized by the following: 1. it requires primary and secondary processes equally, that means, it is a process in which the unconscious matter is elaborated by a conscious mental work; 2. in the background of the process lies a separation trauma of the child in the separation-individuation phase of the ego-development and the creative process as a transitional phenomena plays an important role in the psychic and physiological stress-coping; 3. the process is valuable in itself as it enhaces the integration of the self. To asses creativity she uses Elaboration Scale of the Rorschach Test worked out by Mérei, as well as other indicators belonging to the test. The conclusion of her study is based on the data of 40 opiate dependent persons. She found that in the vast majority of the subjects their creativity stayed in quite a low level. The deficit was particularly considerable in the area of mental regulation. On the basis of the features of the tests and the characteristics of the communication the opiate dependent subjects can be clearly categorized into subgroups with high, medium and unsatisfactory low creative contents. For these subgroups different kinds of therapeutic methods ensure an efficient help.

GYERMEKEK ÉRZELMI JELENTÉSADÁSÁNAK VIZSGÁLATA SUZANNE SZASZ FÉNYKÉPEIVEL*

KÓNYA ANIKÓ, SZABÓ ANNA és DÓRA CSILLA

ELTE BTK, Általános Pszichológia Tanszék

A tanulmány az érzelmek fényképes és szótári vizsgálatának hagyományát kapcsolja össze. Suzanne Szasz gyermekfényképei érzelmekben gazdag képi anyagot kínálnak, amelyből vizsgálatunk számára olyan ambivalens képeket válogattunk, melyekre a gyermekek egyaránt válaszolnak pozitív és negatív érzelem szavakkal. A fényképekre adott válaszok lexikális besorolása az alapvető érzelmek fogalmaiba a képi jelentés affektív összetevőjének kiemelését szolgálta. A képek érzelmi ambivalenciája megmutatkozik a lexikonban.

Az érzelmek felismerése és az érzelmi szótár

Az *arckifejezés* és a *szótár* az érzelmek vizsgálatának két összetalálkozó, az elméleteket illetően pedig egymással szembesülő területe. Amíg az arckifejezés az érzelmek *evolúciós* vonatkozását, a 'lexikon' az érzelmi *jelentést* állítja előtérbe.

Az érzelmek felismerésének tanulmányozásában a fényképes vizsgálatoknak jelentős darwini hagyománya van (Darwin, 1892/1963; Arnold, 1960). Így például az alapvetőnek vélt érzelmek meghatározása *arckifejezések* azonosításán át történik. Jól ismertek e téren Izard (1977) vizsgálatai, melyekben az érzelmek megnevezésének biztonsága mutat arra, hogy léteznek jól elkülöníthető és ezáltal alapvetőnek tekinthető érzelmek. Ekman (1982) ezt a vélekedést megerősítette azzal, hogy anatómiailag feltérképezte az alapvetőnek gondolt arckifejezések izomcsoportjait. Bár számbelileg némileg változó a vizsgálati helyzetekben azonosított *elsődleges v. alapvető emóciók* száma, az egyetemesség gondolata közös az elméletekben. Ennek ismérvei között szerepel az arckifejezések kultúrák közötti felismerhetősége, valamint az, hogy ezek a kifejezések már a csecsemők arcán is megjelennek - ugyancsak a fényképes felismerési vizsgálatok eredményeire alapozva. Az érzelmi kifejezések korai megjelenése azonban úgy is értelmezhető, hogy az arckifejezések olyan kommunikációs jelzések, amelyek közvetlen utánzást váltanak ki, azonban majd csak az érzelmi tapasztalat részeként válnak felismerhetővé (Mandler, 1980; Etkoff és

* A tanulmány a Magyar Pszichológiai Társaság X. Országos Nagygyűlésén 1992. augusztus 31-én bemutatott poszter alapján készült.

Magyar Pszichológiai Szemle, 1992-93, XLVIII-XLIX. (32-33.), 5-6. 470-484.

Magee, 1992). Az alapvető érzelmek kognitív természete ma általános vélekedés. Így például Oatley és Johnson-Laird meggondolásában önmagukban az arckifejezések az érzelmi jelentésadás nem-kognitív, biológiai jelzései, amelyek azonban élményszerűen elkülönülő, 'alapvető' érzelmi állapotokat hívnak elő (Oatley és Johnson-Laird, 1987).

Mialatt az alapvető emóciók tana széleskörű vitát váltott ki (Ortony és Turner, 1990), az *érzelmi szótár* jelentésének elemzése kimutatott olyan elemi összetevőket, amelyek megfelelnek az alapvetőnek vélt érzelmeknek, s amelyek alapján a szavak ennek megfelelő kategóriákba sorolhatóak. Folytatva Johnson-Laird és Oatley gondolatsorát, szerintük az érzelmek szocializációjával módosul a biológiai jelentés, amiben az alapvető érzelmek 'szemantikai primitívek' módjára vesznek részt (Oatley és Johnson-Laird, 1987; Johnson-Laird és Oatley, 1989). Az érzelem-szavak jelentésének elemzésével az alapvetőség kérdése az arckifejezések perceptuális azonosításáról a fogalomalkotás szintjére került át. Ezt az utat mutatja a *természetes fogalmak* kategorizációs elméletének (prototípus elmélet) az érzelem fogalmak területére történő kiterjesztése is. A prototípus elméletek fejlődésre vonatkozó feltételezése szerint az érzelemszavak differenciálódása az alapvető érzelmek fogalmi képviseletéből indul ki (Russell, 1991; Arnold, 1960; Izard, 1977). Ezek lesznek a mentális lexikonnak az érzelemnek alárendelt középszintű fogalmai - pl. Shaver és mtsai (1987) lexikális vizsgálatában a *szeretet, öröm, meglepődés, harag, szomorúság és félelem* -, és még felnőttkorban is ezeket az érzelmi címkéket használjuk leggyakrabban. Ebben az elméleti keretben Russell (1991) az arckifejezéseket az emóció fogalmak legjellegzetesebb leíró jegyei közé sorolja, bemutatva ugyanakkor, hogy az arckifejezések érzelmi kategorizálásában is érvényesül a fokozatosság, amennyiben az arckifejezéseknek is vannak jobb és kevésbé jellegzetes esetei.

Habár az érzelmi lexikon elsajátítása és az arckifejezés affektív tartalmának felismerése egyaránt felveti az *alapvetőség* kérdését, a két kérdés nem felel meg teljesen egymásnak. Ezért a biológiai alapvetőség létezésétől Russell (1989) függetlenül is feltételezhető, hogy a szótár a már fogalmilag képviselt alapvető érzelmekből kiindulva finomodik. Minthogy azonban az érzelmi szótár jelentős kulturális különbségeket mutat, az 'alapvető' megjelölés itt a fogalmak tartalmának keretében értelmezhető. Távoli kultúrák érzelmi szótárának egybevetése már az alapvetőnek tartott érzelmek szintjén is jelentős eltéréseket mutat (pl. az érzelem kiváltó okának megnevezésében; az érzelem szavak osztályozásában); s hasonló különbségek mutatkoznak gyermekek és felnőttek között az érzelmek értelmezésében (Russell, 1989; Masters és mtsai, 1984; Lewis és Michalson, 1983). Még messzebb kerülnek az érzelmi kategóriák az 'alapvető'-től, amikor az elméletek a lexikális kérdéstől továbblépve az érzelem-fogalmak jelentésének 'forgatókönyv' értelmezését adják (Russell, 1989; Ortony és Turner, 1990; Shaver és mtsai, 1987). Ebben az affektív lexikon elemzése kiterjed a közös és személyes történésekre, amely által a fogalmak jellemző sajátosságai emocionális eseményekké válnak, megvilágítva a kategóriák határainak elmosódását. Más megközelítésben pedig az érzelem szavak pszichológiai osztályozása letér az alapvető érzelmek által megszabott útról (Clore és mtsai, 1987); többszörös referenciális alapot nyújt, amely a szótárt olyan 'nem valódi' érzelem szavakkal bővíti, amelyek külső feltételekre (pl. elhagyott, bátorító), valamint belső nem-mentális

állapotokra (pl. izgatott) utalnak. Ám még a szűkebben értett mentális szótár szerveződésében is keverednek az *affektív/viselkedéses/kognitív* (pl. boldog/vidám/lelkes) szempontok.

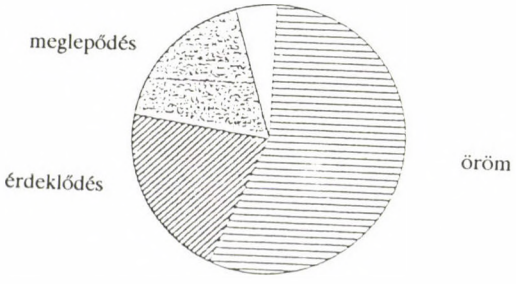
Más irányból gyengíti a 'rögzített' alapvető érzelmek tanát az érzelmek nem-specifikus általánosabb vonatkozásának előtérbe helyezése. Például egy Russell (1989) által közölt vizsgálatban kétéves kor körüli gyermekek játékos feladatban csoportosították felnőttek arckifejezéseit. Náluk sokkal differenciálatlanabb kép rajzolódik ki, mint a felnőtteknél: az érzelmek osztályozásában a gyermekek a *megelégedettség* valamint az *izgalom* szintjére támaszkodtak. Az eredmények azt az elképzelést támogatják, hogy az érzelmek fogalmi szinten a már verbálisan is címkézett, s ezáltal kulturálisan közvetített érzelmi tapasztalat hatására különülnek el egymástól; s így az arckifejezések felismerése ismét túlmutat a biológiai alapokra visszavezetett perceptuális kategorizáció lehetőségén.

Saját vizsgálatukban, fényképes arckifejezések érzelem megnevezése által tanulmányoztuk *gyermekek érzelmi jelentésadását*, másfelől tekintve, a kiválasztott *képek érzelmi jelentését*. A Susanne Szasz albumaiból válogatott képi anyag eltér a hagyományos fényképes vizsgálatoktól, melyek *kontextus-mentesen* s gyakran beállított módon mutatják be az arcokat. A *természetes képek* a szótár vizsgálata szempontjából is természetesebb helyzetet teremtenek, ezáltal az érzelmi szótárt kiterjesztik. A válaszok osztályozásában továbbra is előtérbe kerül az érzelmi jelentés affektív tartalma, ezért ebben a fogalmak úgymond 'alapvető' kategóriáira támaszkodtunk - meglehet tágabb osztályozási rendszerek is alkalmazhatóak lennének.

Vizsgálati előzmények

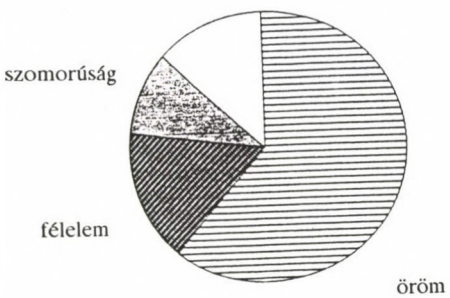
A *fényképes felismerés* és a *szótári elemzés* hagyományát kötöttük össze akkor, amikor megvizsgáltuk Suzanne Szasz gyermekképeinek érzelmi jelentését. Óvodás és kisiskolás gyerekektől, valamint összehasonlításként felnőttektől, a képeken szereplő személy érzelmének megnevezését kértük. Arra biztattuk őket, hogy mondják meg, mit érez az eléjük tett képen szereplő gyerek. A képeket, összesen 34-et, két angol nyelvű albumból válogattuk össze (Szasz, 1978, 1984). Szándékunk szerint voltak közöttük egyértelmű és kevert érzelmeket kifejezőek. A válaszokat több felnőtt 'szakértő' osztályozta az érzelem alapvetőnek feltételezett fogalmi kategóriáiba. Az értékelés elfogadott minden olyan választ, amely az érzelmekre, illetve az érzelmet kiváltó helyzetre vonatkozott. Így például a megijed, megrémül, fél tőle, elbújik stb. válaszok mind a 'félelem' alá kerültek. A válaszok érzelmi kategóriákba sorolását utólag folytatott beszélgetés is segítette, amely során rákérdeztünk a szóban forgó érzelmek jelentésére. Például 'Mit jelent a (szomorúság)? Az ilyen kérdésekre adott válaszokban hemzsegnek a konkrét példák (mint például 'szomorú mert elment a barátja'), mely válaszok a kiváltó ok mellett az érzelem felismerésének támpontjait is tartalmazzák (szomorú: nem nevet, könnyes a szeme, mintha sírna, csukva van a szája, szomorúan néz, fejéhez teszi a kezét, a 'feje búsúl' stb.). Az érzelmi azonosításban a gyerekek



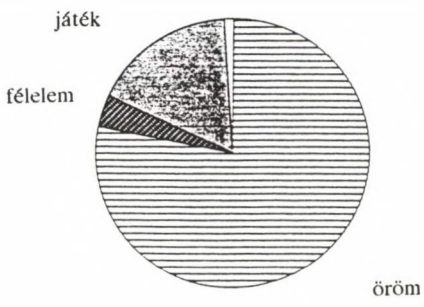


1. ábra. 7-8 évesek válaszainak osztályozása





7-8 évesek válaszainak osztályozása



Felnőttek válaszainak osztályozása

2. ábra.

természetesen az arc és a test kifejezései mellett a képi környezetre is támaszkodnak (pl. 'fél a víztől').

A korábbi vizsgálatok eredményeit szemlélteti az *1. és 2. ábra*, melyek Mihalik Erzsébet (1987) 7-8 évesekkel és Sárváry Enikő (1989) fiatal felnőttekkel folytatott vizsgálata alapján készültek. Az 1. kép egy tisztán pozitív kép, a 2. képen ezzel szemben keverednek a pozitív és a negatív érzelmek. Az utóbbi képre felnőtt adatok is rendelkezésünkre állnak, amelyben figyelemreméltó a negatív érzelmek visszaszorulása. A *képek érzelmi jelentésének ambivalenciája* adta az ötletet a további vizsgálatokhoz.

Vizsgálatok ambivalens képekkel

A korábban használt nagyobb képanyagból az érzelem megnevezések eredményei alapján állítottuk össze az itt bemutatott *7-képes* vizsgálati anyagot, amely olyan kétértelműnek bizonyult képeket tartalmaz, amelyre a személyek pozitív és negatív válaszokat egyaránt adnak (*3-9. ábra*). Ez utóbbi képek mind megtalálhatóak a '*Gyermekünk szótlan nyelve*' c. fotóalbumban (Szasz, 1987).

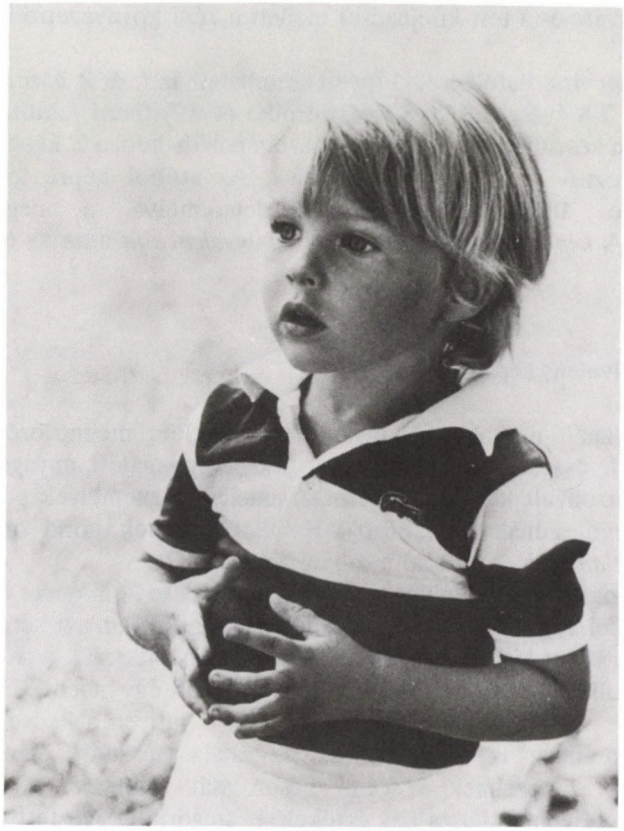
Két egymástól független vizsgálatot folytattunk le 30 hatéves és ugyanennyi 7-10 éves gyermekkel. A gyermekektől az eddigiekhez hasonlóan azt kérdeztük, hogy mit érez a fényképen látott kislány vagy kisfiú. Ha röviden válaszolt, akkor rákérdeztünk, hogy miért gondolja, hogy azt érzi (pl. 'örül, hogy kapott egy macit'). Ha pedig mesélni kezdett a képről, további kérdésekkel segítettük (pl. milyen a kedve?). A fényképek bemutatása után most is rákérdeztünk az általa használt érzelmi kifejezések jelentésére, ami az érzelmek későbbi besorolását segítette. A két korcsoport fényképekre adott érzelmi válaszainak értékelési kategóriáit egyeztettük.

A képekre adott érzelmi válaszok arányai a csoportok összegzett adatait mutatják, tehát azt, hogy milyen érzelmeket hívhatnak elő általában a fényképek gyermekeknél.

Eredmények és utóvizsgálat

Az itt bemutatott vizsgálati anyag elemzésében elsősorban az érzelmi *válaszok ambivalenciájára* fordítottuk figyelmünket, amihez a már kategorizált válaszokat használtuk fel. A korcsoportok közvetlen összehasonlítása nem volt célunk, mindemellett a szembetűnő eltérések az *érzelmi lexikonban* bekövetkező változásra is utalnak.

A válaszok alapján ambivalensnek mondható 7 képben a *pozitív* és *negatív* érzelmek változó összetételben keverednek. A "csodálkozó" kisfiú (*3. ábra*) esetében például a kisebbeknél a szomorúság-, a nagyobbaknál pedig a figyelem, érdeklődés és a meglepetés van túlsúlyban. A "balettos" kislány (*4. ábra*) kiegyenlítettnek tekinthető a pozitív és a negatív érzelmek tekintetében. A "gondolkodó" és a "kukucskáló" (*5. és 6. ábra*) szomorú képek, a "teknős", "macis" és "fürdőző" (*7-9. ábra*) elsősorban örömet



3. ábra. "Csodálkozó"

6 évesek		7-10 évesek	
szomorúság	47 %	szomorúság	10 %
figyelem		figyelem	
érdeklődés	3 %	érdeklődés	27 %
		meglepődés	20 %
félelem	16 %	félelem	13 %
fájdalom	12.5 %	fájdalom	6 %
öröm	6 %	öröm	3 %
ambivalens	9 %	ambivalens	6 %
fiziol. állapot (arousal)	6 %	fiziol. állapot (arousal)	6 %
		érzelem nélküli v. gondolkodás	6 %



4. ábra. "Balettos"

6 évesek		7-10 évesek	
öröm	47 %	öröm	20 %
szomorúság	40 %	szomorúság	36 %
		figyelem	
		érdeklődés	13 %
		ambivalens	10 %
		félelem	6 %
düh	3 %		
fiziol. állapot (arousal)	3 %	fiziol. állapot (arousal)	3 %
		érzelem nélküli v. gondolkodás	10 %



5. ábra. "Gondolkodó"

6 évesek		7-10 évesek	
szomorúság	80 %	szomorúság	66 %
		félelem	
		rossz érzés	6 %
figyelem	3 %		
fiziol. állapot	3 %	fiziol. állapot	6 %
(arousal)		(arousal)	
gondolkodás	14 %	gondolkodás	20 %



6. ábra. "Kukucskáló"

6 évesek		7-10 évesek	
szomorúság	54 %	szomorúság	40 %
öröm	12 %	öröm	3 %
figyelem		figyelem	
érdeklődés	9 %	érdeklődés	10 %
		meglepődés	6 %
ambivalens	6 %	ambivalens	10 %
düh	3 %	düh	3 %
		bűnösség	10 %
		félelem	3 %
fiziol. állapot	3 %	fiziol. állapot	3 %
(arousal)	3 %	(arousal)	
		érzelem nélküli	
		v. gondolkodás	3 %



7. ábra. "Teknős"

6 évesek		7-10 évesek	
öröm	50 %	öröm	70 %
szomorúság	12 %	szomorúság	3 %
félelem	9 %	félelem	
fájdalom	6 %	fájdalom	6 %
figyelem		figyelem	
érdeklődés	3 %	érdeklődés	10 %
		meglepődés	3 %
fiziol. állapot	3 %	fiziol. állapot	3 %
(arousal)		(arousal)	
ambivalens	3 %		
		szeretet	3 %



8. ábra. "Macis"

6 évesek		7-10 évesek	
öröm	39 %	öröm	50 %
szomorúság	25 %	szomorúság	26 %
szeretet	29 %	szeretet	10 %
fájdalom	3 %		
ambivalens	3 %	ambivalens	13 %



9. ábra. "Fürdőző"

6 évesek	
öröm	45 %
félelem	18 %
szomorúság	12 %
fájdalom	6 %
ambivalens	6 %
düh	3 %
fiziol. állapot (arousal)	3 %

7-10 évesek	
öröm	93 %
szomorúság	3 %
fájdalom	3 %

mutatnak; ugyanakkor magukba rejtik az ellenkező előjelű érzelmi jelentésadás lehetőségét.

Utólagos vizsgálatban néztük meg az *érzelmi jelentésadás állandóságát*. 2 és 1/2 év múltán a korábbi hatéves csoportból újrakérdeztünk 24 gyermeket. Időközben az érzelmek megnevezése biztosabbá vált: így például a nem specifikus fiziológiás válaszok beleolvadtak az érzelmi kategóriákba, a gondolkodás pedig a figyelem kiegészítőjévé vált; a pozitívnak minősülő kategóriák száma a kíváncsisággal és meglepődéssel bővült; valamint egy-egy kép többféle érzelmi kategóriát hívott elő. Ezek a változások 'lexikálisak', azaz *a fogalmi jelentés* - s nem önmagában az érzelem - fejlődéseként értelmezhetőek. A képek többsége ugyanakkor megőrizte a válaszok többségéből meghatározott, pozitív vagy negatív érzelmi előjelét. A gyerekek ismételt válaszainak összehasonlításában csak a pozitívról - negatívra (vagy fordítva) történő váltást vettük figyelembe. A képeknek ez a legáltalánosabb emocionális jelentése a két vizsgálat között nem változott meg. A hétből csak egy kép (a fürdőző) fordult át ellenkező (pozitív) jelentésbe (McNemar próba $X_{kr} = 3{,}841$; $p = 0{,}05$); amely váltás ennél a képnél a felnőttek válaszait vetíti előre (l. *2. ábra*). A 7-képes eljárás a képek alapvető érzelmi jelentésének *állandósága*, s ugyanakkor *ambivalenciája* folytán alkalmasnak látszik gyerekeknél az érzelmi állapot egyéni arculatának feltérképezése (l. Dóra, 1992) is.

A fényképekre adott érzelem-válaszok alapvető érzelmi kategóriákba való rendezése kiemeli a képi jelentés 'affektív' összetevőjét s ezáltal módot ad az érzelmi jelentésadás tanulmányozására. A kiválasztott képek érzelmi ambivalenciája megmutatkozik a lexikonban.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1992. szeptember 15.

IRODALOM

Arnold, M. B. (1960). *Emotion and Personality, Vol.2, Neurological and Physiological aspects*. Columbia University Press, New York.

Clore, G. L., Ortony, A., and Foss, M. A. (1987). The Psychological Foundations of Affective Lexicon, *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 751-766.

Darwin, Ch. (1892/1963). *Az ember és az állat érzelmeinek kifejezése*, Gondolat, Budapest

Dóra Cs. (1992). Emocionális profil kisiskoláskorban. Szakdolgozat, ELTE.

Ekman, P., (ed., 1982). *Emotion in the human face*. University Press, Cambridge.

Etkoff, N. C., Magee, J. J. (1992). Categorical perception of facial expression. *Cognition, 44*, 227-240.

Izard, C. E. (1977) *Human emotions*. Plenum Press, New York.

Johnson-Laird, P. N., Oatley, K. (1989). The language of emotions. An analysis of a semantic field. *Cognition and Emotion, 3*, 81-123.

Lewis, M., Michalson, L. (1983). *Children's emotions and moods*. Plenum Press, New York.

Mandler, G., (1980). The generation of emotion: A psychological theory. In R. Plutchik and H. Kellerman (eds). *Emotion: Theory, research, and experiences*. Academic Press, New York.
Masters J. C., Carlson, C. R. (1984). Children's and adults' understanding of the causes and consequences of emotional states. In: C. E. Izard, J. Kagan, R. B. Zajonc (eds). *Emotions, cognition, and behavior*. Cambridge, New York.
Mihalik E. (1987). Érzelmek vizsgálata 7-8 éves gyermekeknél a DES III. módszerével. Szakdolgozat, ELTE.
Oatley, K., Johnson-Laird, P. N. (1987). Toward a cognitive theory of emotions, *Cognition and Emotion, 1*, 29-50.
Ortony, A., Turner, T. J. (1990). What's basic about basic emotions? *Psychological Review, 97*, 315-331.
Russell, J. A. (1989). Kultúra, forgatókönyvek és az érzelem megértése gyermekeknél. In: Kónya A. (szerk.). *Az emlékezet ökológiai megközelítése*. 1992, Tankönyvkiadó, Budapest.
Russell, J. A. (1991). In defense of a prototype approach to emotion concepts. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 17-47.
Sárváry E. (1989). Emóció szótár fiatal értelmiségi felnőttekkel. Műhelymunka, ELTE.
Shaver, Ph., Schwatz, J., D. Kirson, C., O'Connor (1987). Ismereteink az érzelmekről: a prototípus megközelítés újabb kutatása. In: Kónya A. (szerk.). *Az emlékezet ökológiai megközelítése*. 1992, Tankönyvkiadó, Budapest.
Storm, C., Storm, T. (1987). A taxonomic study of the vocabulary of emotions, *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 4, 805-816.
Szasz, S. (1978). *Body Language of children*. Norton and Company, New York.
Szasz, S. (1984). *Sisters, Brothers and others*. Norton and Company, New York.
Szász S. (1987). *Gyermekünk szótlan nyelve*. Kossuth, Budapest.

SUMMARY

Attribution of Emotional meaning to Suzanne Szasz' photos by children

Kónya, Anikó

The aim of the paper is to combine two traditions of emotion research: the one based on photoson and the other on the lexicon. The childrens' photos od Susanne Szász offered a wealth of pictorial material from which, for the purposes of the study, emotionally ambivalent pictures were selected. These pictures had previously been proved to be reacted by children with words of both positive and negative emotional meaning. Lexical categorization of these words into basic level emotion concepts served to emphasize (v: the emphasis/emergence) the affective components of the pictorial material. The lexicon thus obtained represent the emotional embivalence of the pictures.

MILYEN A METRÓ ALAGÚT?

Egy introvertált óvodás fiú térlátása

GERŐ ZSUZSANNA

SOTE, 2. számú Gyermekklinika

Kezdetben autisztikus jegyeket mutató egyenlőtlenül fejlődő fiú panaszmentes állapotában intenzíven rajzolni kezdett: szinte kizárólag vonat- és autópályákat, metróalagútat, mozgólépcsőt. A valódi téma a forgás illetve a mozgó tárgy látványa: a játékából már éppen eltűnő, autisztikusokra jellemző, forgó tárgynak az artisztikus reprodukciója. A forgás élmény a grafikus áttételen keresztül kerül egyértelműen kívülre, ez megkülönböztetés révén segítség lehet az énfejlődésben, tehát öngyógyító folyamatot jelez. A hangsúlyosan formavezérelt szemlélet alapján az elaborációs folyamatról joggal feltételezhetjük, hogy a személyiséget és a művészeti érdeklődést meghatározó szublimációhoz vezet.

A dolgozat egy egyenlőtlenül fejlődő fiú igen érdekes térlátásáról számol be, az őt foglalkoztató témákról, amelyeknek grafikus megfogalmazása minden bizonnyal jótékonyan játszott közre a fiú személyiségfejlődésében. Dávid 6. évét tölti be a nyáron. Nem volt még 3 éves amikor először találkoztunk. Akkor csak néhány szót beszélt, nem volt még szobatiszta. A fő panasz az volt, hogy kizárólag pépes ételt fogyasztott, nem volt hajlandó rágni, minden darabosat kiköpött. (Harapni, rágni egyébként csak mostanra - 6 év - tanult meg.) Pár hónappal korábban felvágták a nyelvét, gondolva, hogy szomatikus akadálya van a beszédtanulásnak. A szavakat kezdettől tisztán ejti, feltűnő, hogy különleges szavakat mond - konnektor, akkumulátor, ventillátor. Zenei hallása feltűnően jó, mindenféle zenét szívesen hallgat, a TV szignálokat számon tartja. Korongokkal szeret játszani, tárgyakat pörget. Ha örül, kezét rázva ugrál, "röpköd". Gyerekekkel nem tud mit kezdeni, csak szemlélődik, a társaságon kívül reked. 17 hónappal fiatalabb öccsétől ugyanakkor sok mindent megtanult. Első jelentkezésükkor a furcsaságok alapján felmerült az autisztikus személyiségfejlődés lehetősége, így került hozzám.

Első találkozásunkkor az említett viselkedésjegyeket én is tapasztaltam, de ugyanakkor az anya beszéddel jól tudta irányítani, közöttük a kontaktus folyamatos. A közöttük kialakuló kapcsolatban úgy tapasztalom, hogy barátságos légkörben az ismeretlen környezet felderítését el tudja kezdeni, manipulációs játékban életkorának megfelelő módon működik. Humorra fogékony, egész viselkedése azt a benyomást kelti, hogy szótlansága és szegényes válaszreakciói ellenére az egész szituációt

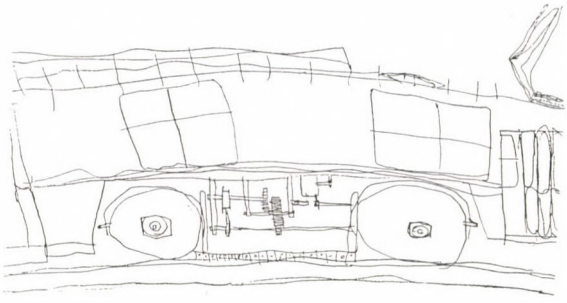
Magyar Pszichológiai Szemle, 1992-93, XLVIII-XLIX. (32-33.), 5-6. 485-498.

életkorának megfelelő tájékozódással tudja felmérni. De sokszor váratlanul kikapcsol és belesüpped pusztán saját tevékenységébe. A biztató jelekre támaszkodva az anyának azt mondtam, hogy furcsaságai ellenére nem tartok az egyértelműen autisztikus fejlődés veszélyétől. Rendszeres nyomonkövetésben, illetve az anyával folytatott rendszeres nevelési-fejlődési megbeszélésekben állapodtunk meg. A beszélgetések havi egyszeri alkalommal mintegy évig folytak. Az anya tapasztalatait a személyiség egészébe illesztve igyekeztünk mérlegelni az aktuális helyzetet.

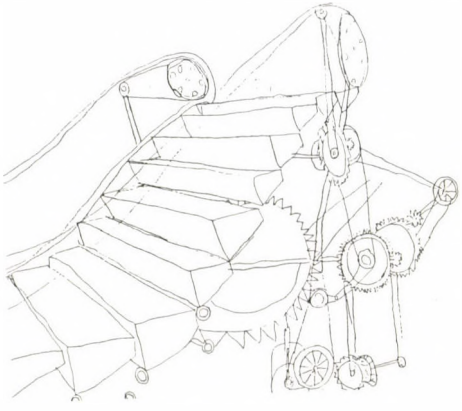
A beszédfejlődés előre haladt, Dávid rövidesen hirtelen szobatiszta lett (ahogy minden fejlődési szintet kicsit késve, majd hirtelen ért el). Új játékokra (építés) lehetett rávenni, elviselte pár órára az óvodai feltételeket. Beszélgetéseinkben igyekeztem az anya aggodalmát eloszlatni, az új játékmódokhoz a cselekményességre, az érzelmi részvételre sarkaló fordulatokat ajánlani. (A tartalmatlan elemeket, pl. garázs, homoksütemény játékötleteket fordítsák át tartalmassá.) Egy év után ritkítottuk találkozásainkat, mivel Dávid fejlődése az anyát egyre jobban megnyugtatta: óvodai társaival jobb kapcsolatba került, noha nem kapcsolódott be minden játékba, a foglalkozásokon dolgozott, otthon testvérével egyre változatosabban játszott. Csaknem két éve csupán olyankor találkozunk, ha testi betegség miatt a gyerekgyógyász ambulanciát keresik fel.

Egy ilyen alkalommal újságolta az anya, hogy Dávid egy idő óta egyre többet rajzol, rajzai különleges látásmódot és érdeklődést árulnak el. Metró alagút, mozgólépcső perspektívát érzékeltető vonalnyalábokból - rajzait látva arra gondoltam, hogy az aspergeri autistákat gyakran foglalkoztató " hogyan működik? - eltűnik-előkerül" kérdéskör táplálja a rajzok lendületes dinamikáját.

Most két év rajzanyagát végignézve ezt a megszállottságot tükrözi, hogy a többszáz rajz szinte kizárólag a vonat - és autópálya, a metró alagút, mozgólépcső, vonatszerelvény és vagonbelső, valamint a betonkeverők variációi. Igen meglepő az is, hogy noha mostani rajzairól alig hihető, hogy 6 éves gyerek munkája, a két év alatt igen kevéssé változik a rajztechnika; a látásmód, a vonalvezetés szinte kezdettől készen van, mára csak begyakoroltabbá vált. Véleményem szerint éppen éppen a szokatlan látásmód és a vonalvezetés lendületes hajlékonysága mutat rá igazán a megszállottan követett témák - tartalomtól független - közös lényegére. Már az első betonkeverők, illetve a kezdettől sok vasúti kocsi kerekei is szinte mérnöki pontossággal megrajzoltak. Sokszor a műszaki rajzhoz hasonlóan az ábra több nézetből látható (*1. ábra*). Úgy látszik, Dávid az őt érdeklő látványt apró részleteiben "lefényképezte" és végérvényesen elraktározta magában. Pontosságára jellemző, hogy a fogaskerékrendszer akár működőképes is (*2. ábra*). Hozzáfűzhető az a tapasztalat, hogy a sok tekintetben jól adaptált autisztikus gyerek is a tárgyak rendjét, az őt szenvedélyesen érdeklő vízcsap vagy lefolyó forma - és működési részleteit mániákusan számon tartja, ahhoz mereven ragaszkodik. Itt kell megjegyeznem, hogy Dávid legelső rajzai a margitszigeti víztoronyról készültek: az épületen átlátszó lépcsőket talán szintén a víz útja körüli fantáziák tették fontossá (*3. ábra*). Dávid megszállottságára jellemző, hogy a vasútállomáson hirtelen hasravetette magát, hogy a szerelvény kerekeit megfelelő nézetből szemügyre vegye. A papírra kerülő látvány konkrét voltát igazolja, hogy legutóbbi szórványosan megjelenő utcakép rajzain a szomszédok



1. ábra



2. ábra

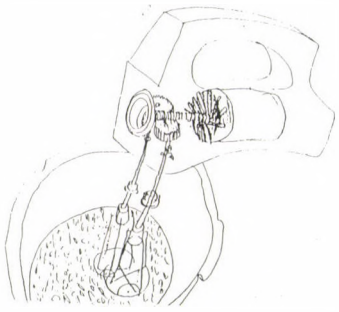


3. ábra

felismerik a környék jellegzetes részleteit, rajzai akár térképül szolgálhatnának. Ugyanakkor feltűnő, hogy egyszer-egyszer megjelenő ember alakjai milyen kezdetlegesek - lényegtelen tartozék hevenyészett jelzésének hatnak. Egy rajzán látszik az emberfigura főszereplőnek, ám ott is elnagyolt figura és láthatóan kizárólag a takarás, illetve a keverőgéphez hajló kar izgatta a gyereket.

A valódi téma - úgy gondolom - a forgás, illetve a mozgó tárgy hajlása. A forgást érzékelteti a fúró munkájának felülnézeti képe, vagy keverő mozgása helyett a működtető kábel gondos csigavonalba rendezése (*4. ábra*). Miközben Dávid ontani kezdte rajzait, játékából a kerekek pörgése lassan elmaradt. Forgás-forgatás áttétele a forgó tárgy látványának artisztikus reprodukciójába: ezt meggondolva, a vonatszerelvények lendületes kanyarodása is élményszerű, nem pusztán grafikus ügyességet látunk benne (*5. ábra*). Ez a lélektani háttér magyarázza véleményem szerint az alagút-mozgólépcső dinamikáját, perspektíva-szabályok nélkül a perspektíva érzékelését. Forgást-forgatást pótolhat a mozgólépcsőn átélt passzív mozgás, a szomszédos lépcső, a boltozati burkolat és a lámpák, illetve a közeleső állomás és a sínek összefutó látványa. Az élmény módosított folytatása a mozgó vonat fényétől megvilágított alagútnak a közeledő vagy távolodó vonat sebességével egybehangzóan változó kavargó hajlása (*6. ábra*). Az egész testté átélt passzív mozgás - talán mert a látvány anticipálja a mozgás újabb lehetőségét - a vizuális érzékelésre koncentrálódik: a szemmozgás követi a vonalakat, a látvány előidézte élményegész a vonalak dinamizmusában jelenik meg a papíron. A vizuális érzékelés dominanciáját, a két élményt összekötő szerepét mutatja az alagút szájánál elhelyezett tükör (vagy képernyő) feltüntetése: a mozgólépcső szélén látszik a vonat, a vonattal szemben látszik az alagút fala (*7a,b. ábra*). Az egész testtel átélt mozgás a vizuális érzékelés előtérbe kerülése révén - grafikus áttétellel - kerülhet egyértelműen kívülre, a gyerektől különváltan a papírra. Az így adódó megkülönböztetési lehetőség nagy segítség lehet az énfejlődésben, egyben motorja és magyarázata a perspektíva-ábrázolás fejlődésének a rajzokon (*8a,b. ábra*). A 6 éves kori mozgólépcső, illetve alagút már nem primér élmény, hanem az egy évvel korábbi reflexiónak grafikus rendbe való átlényegesítése.

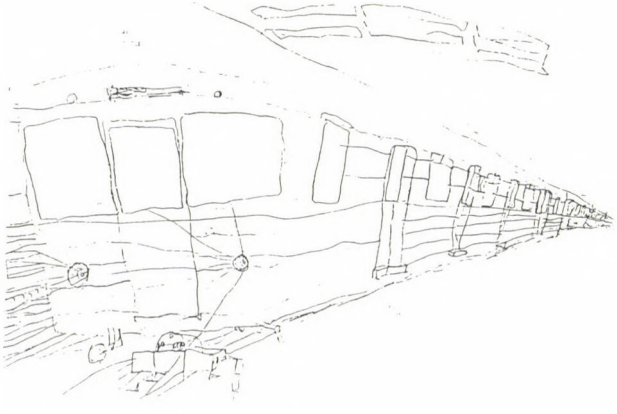
A leírt folyamat teszi érthetővé azt is, hogyan válhatott egy másik téma is központivá: a vonat és autóutak ábrázolása. Több rajzon a pálya vonalát a villanyvezeték vonala követi, más rajzokon a párhuzamosan futó vagy találkozó, a csomópontok hídjain az egymás alatt-fölött ívelő utak látványa a téma (*9a,b. ábra*). A többször megjelenő vasúti váltó szerepe azon a rajzon válik igazán érthetővé, ahol felülnézetből csupán a sínpárok összefonódását és szétválását láthatjuk, (talán a játék villanyvonat a rajz modellje) (*10. ábra*). Messziről jön - találkozik - a távolban eltűnik - mintha ez a végtelenre beállított szemlélet volna a téma, a témának nem valamilyen érzelmi vonatkozása, hanem a látvány, a működés, a formai megvalósítás. A pályán néha feltüntetett kanyargó jármű, sőt az ellentétesen mozgó, egymást takaró szerelvények arra utalnak, hogy a lapról kifutó utak dinamikájának forrása ugyanaz a mozgásélmény, ami az alagutak perspektíváját kialakította. (A két téma összekapcsolását láthatjuk a Lánchíd-rajzokon, ahol a perspektíva vonala az Alagútba torkollik, de a széttartást is érzékelteti a hajó vagy a rakparti forgalom (*11. ábra*).



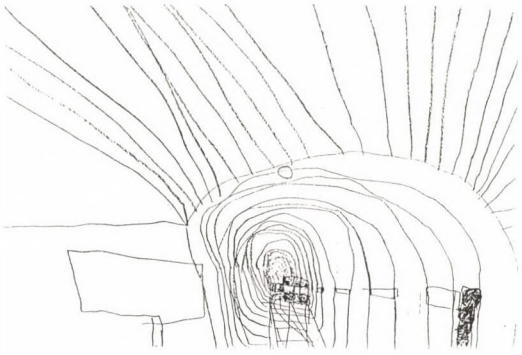
4. ábra



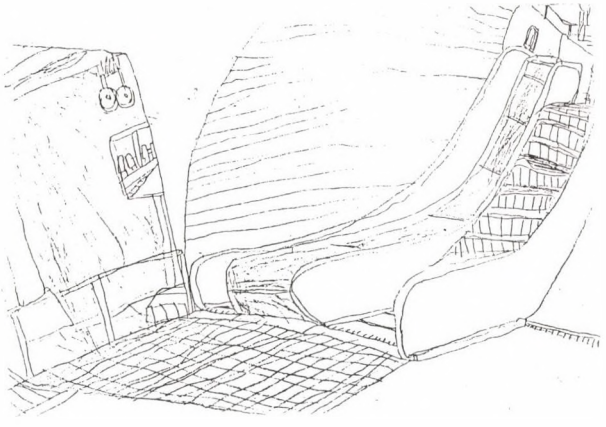
5. ábra



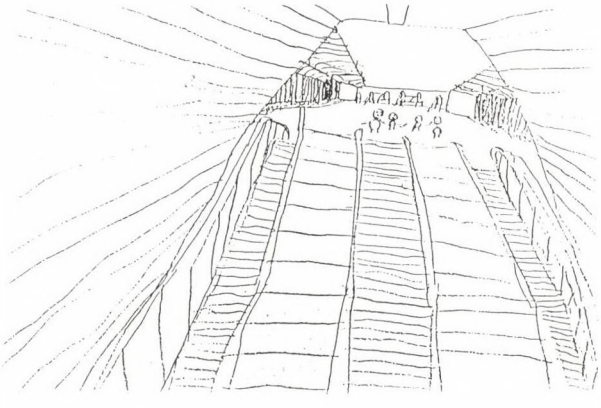
6. ábra



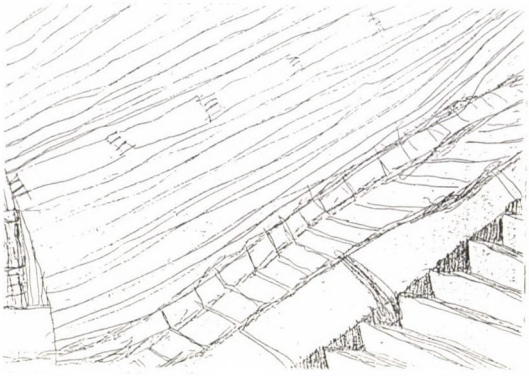
7a. ábra



7b. ábra



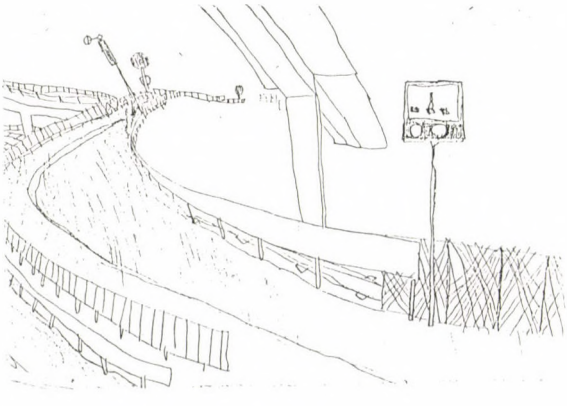
8a. ábra



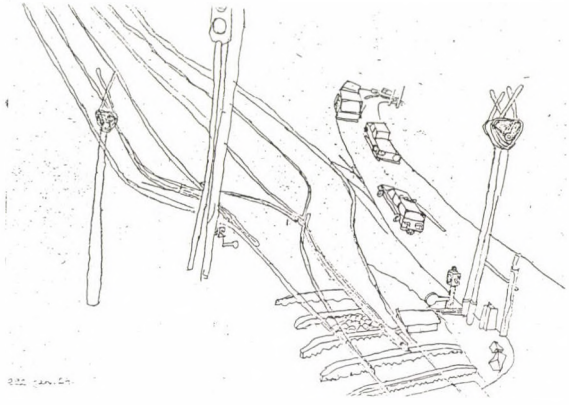
8b. ábra



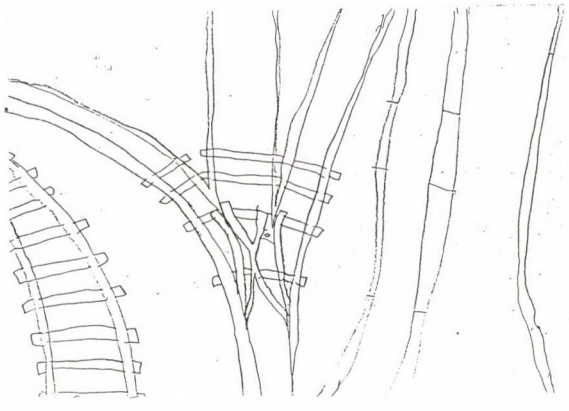
9a. ábra



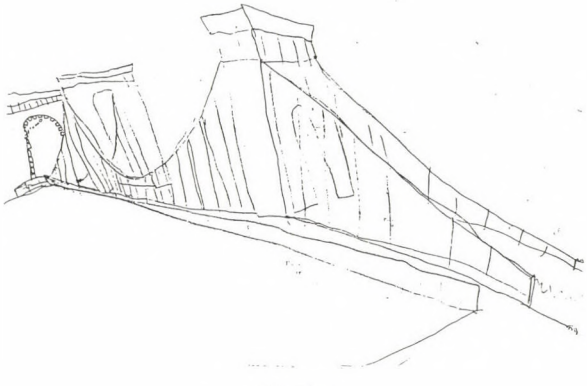
9b. ábra



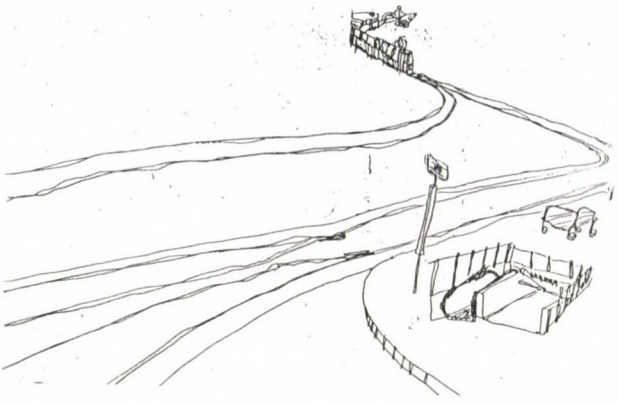
10a. ábra



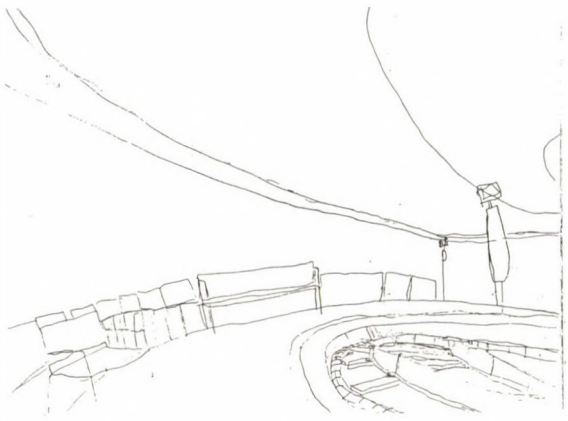
10b. ábra



11. ábra



12. ábra



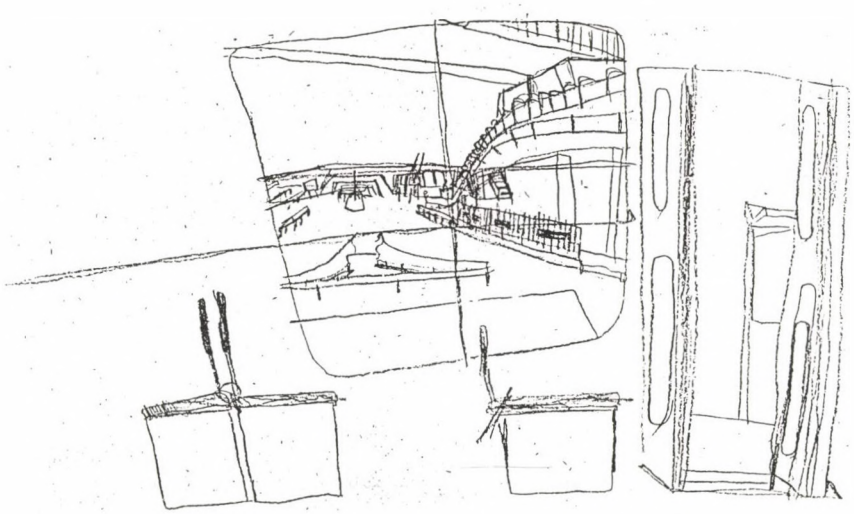
13. ábra

Néhány rajzon látható a sínektől levezető mozgólépcső lejárata - mintha a háromdimenziós tér struktúráját hangsúlyozná a rajz, melyben a közeledő-távolodó mozgás lezajlik (*12. ábra*).

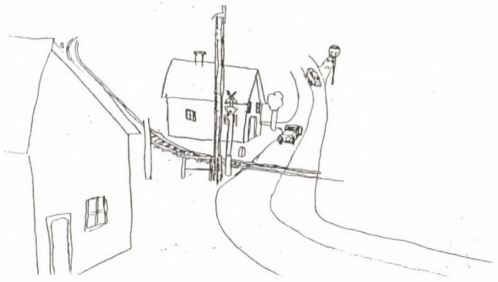
Érdekesnek találom ugyanezeken a rajzokon a várakozó pad plasztikus ábrázolását, mely formailag egyezik a gyakori kocsibelsők rajzával. Mintha a háromdimenziós tér nem csak a szokványos értelemben lenne jelen a papíron, hanem a felszín és a bennefoglalás, a domború és homorú letapogathatóan hangsúlyos lenne - hidak és vezetékek átívelése, illetve az aluljáró vagy pad öblössége (*13. ábra*). Ezt a szempontot figyelembe véve a kocsibelső-rajzok is dinamikussá válnak: a passzív mozgás terének belseje külső számontartásával (a kanyarodó vonat látványa) együtt nyeri el igazi értelmét. Ezt támasztja alá az összes tapasztalt mozgás lehetőségét implikáló bonyolult látkép, ami a vonat ablakából látható az egyik képen: utak, vezetékek, vonat (talán troli), aluljáró bejárata, állomás épülete, hídra vezető lépcső és az egész fölött átívelő híd, talán az M3-as kivezető csomópontja. S hogy nem serdülő

gyerek rutinos rajza, arról csak az árulkodik, hogy a nyitott ajtóból már nem látkép, csupán jelentős részlet, talán a váróterem ajtaja látható (*14. ábra*). A vonatablakkal kivágott látkép egyben arról tanúskodik, hogy a közvetlen élmény - rajzolás helyett a formai elem már önmagában értékké vált. Az utolsó időszak rajzain egyre-másra ismétlődik például az út téma úgy, hogy a vonal nem a végtelenbe tart, hanem megszakad valahol a papír közepén, esetleg éppen azért, mert egy szintén megszakadó vonatsín talpfáit kell részletezni. A forma artisztikus volta azt sugallja, hogy ilyenkor nem csupán a téma, hanem az alakuló grafikus rend súlypontjai irányítják a vonalvezetést (*15. ábra*).

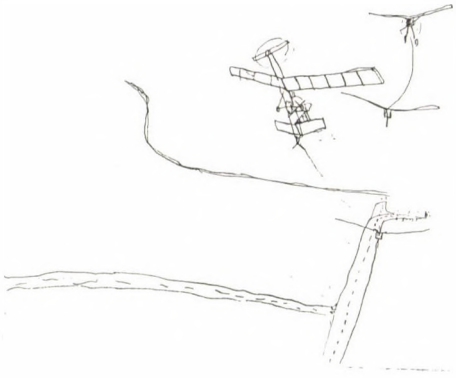
Ezt a változást talán még egy mozgásélmény segítette. A rajzok között néhány Dávid vitorlázó repülőtéri élményeit őrzi. Úgy látszik, itt is a gépek ívelő mozgása ragadta meg, s főként az, ahogy a vitorlás követi, majd elhagyja az őt húzó motoros gép mozgását (*16. ábra*). (A passzív mozgás élményének vizuális megidézése a valódi átélés hiányában kreatív fantáziát igényel.) Feltűnő ezeken a rajzokon a kisebb és nagyobb gépek látványa: ami magasan van, az kicsi, ehhez hozzátartozik a magyarázat: fentről minden kicsinek látszik, nagy teruletet lehet belátni. Helikopterről a Balatont, repülőről az egész vidéket - ez az új lépték mintha megváltoztatná Dávid egész szemléletét: nem térben passzívan végigmozogható utak, hanem a (passzív) repülés jóvoltából egyszerre elénk táruló tér, az egész táj és annak szerkezete lesz az érdeklődés tárgya (*17. ábra*). (Érdekes, hogy az új élmény a régi témát új megvilágításba helyezi, feltűnnek a vonat, autó felülnézeti rajzai.) A passzív mozgást nem a mozgó tárgyak (vonat, alagút stb.) örvénylése kíséri, hanem egy viszonylagos statikus, mindenesetre egyszerre ható, részleteiben számba vehető térélmény. Feltételezésem szerint ez a vizuális térészleléshez közelítő új szemlélet a magyarázata Dávid rajzai közt a megszaporodó tájképeknek. A változáshoz az élmények mellett minden bizonnyal az életkori sajátosságok is hozzájárultak, csakúgy, mint Dávid személyiségalakulásának jótékony fordulata.



14. ábra



15. ábra

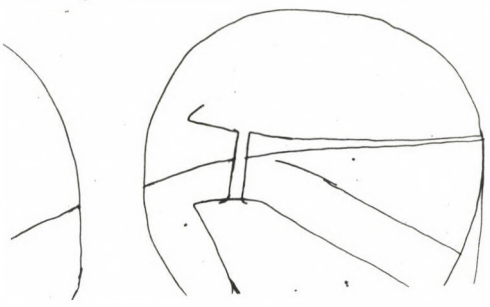


16. ábra

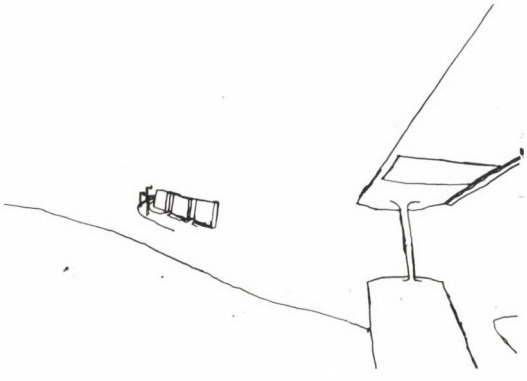




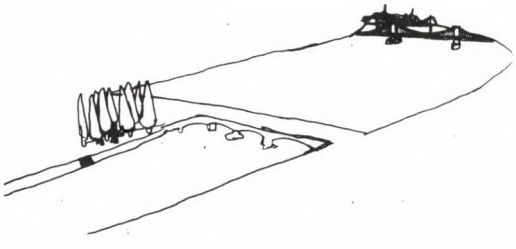
17. ábra



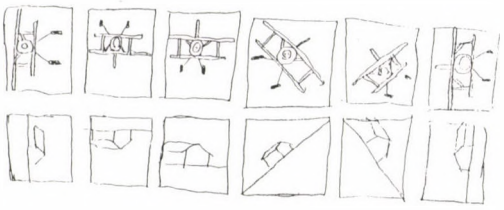
18a. ábra



18b. ábra



18c. ábra



19. ábra



20. ábra

Két év rajzanyagában nemcsak a tehetséges rajzolás kibontakoztatását, hanem a hatékony öngyógyítás folyamatát is nyomon követhetjük. A forgatás-forgás élmény taktilis-kinesztéziás túlsúlyáról az örvénylő vizuális ingerzuhatagra áttolt érdeklődés mentén megszilárdult a külvilágtól különváló én-struktúra. A további én-fejlődést biztosító distancia egyaránt végéggondolható: Piaget kognitív fejlődésre vonatkozó elmélete, illetve Hermann Imre az ösztöntörvényre vonatkozó gondolatmenete szerint. Piaget kimutatta, hogy az észlelési tevékenységben a topikus, projektív-perspektivikus, illetve metrikus tapasztalatok vezetnek a kinesztéziás, illetve vizuális benyomásoktól az észlelési, illetve képzeti tér szerveződéséhez. A hermanni gondolat viszont azt implikálja, hogy az ösztöntörvény görbe lefutását a külvilág irányában kiegyenesítő énműködés az érzelmi-indulati élet kialakuló szabályozásának a tényezője. Piaget a térképzés fejlődésében fontos állomásnak mondja az észlelés képpé (belső reprezentációvá) alakulását és ennek grafikus reprodukcióját. Hermann az ösztönörvény veszélyével kapcsolatban említi a vizuális (grafikus) érdeklődés előtérbe kerülésének kiegyensúlyozó hatását.

Az együttlátás és szétválasztás beszédes példája Dávid egy különleges rajza, mely az utolsó rajzoknál pár hónappal később egy valóságos sétarepülés után készült.

A gép ablakából látható képek rajzvariációi után (*18a,b,c. ábra*) készült szemléltető ábrák következetességével végigrajzolt variációsor: a gép lehetséges fordulatai szerint hogyan látszik egyugyanaz a tárgy magasból (*19. ábra*). A rajz a forgatás és forgáslátvány, a mozgásos művelet és a vizuális hatás összefüggésének ismeretéről csakúgy meggyőzhet minket, mint a forgatás örvénylő élményéből kitekintő vizuális szabályozás működéséről.

A legutolsó rajzok hangsúlyos formavezérelt szemlélete alapján a forgatásélmény vizuális áttételével létrejött elaborációs folyamattól joggal remélhetjük, hogy az a személyiséget és a művészeti érdeklődést meghatározó szublimációhoz vezet. Az utolsó tájkép kivágások (*20. ábra*) ez előtörténet ismeretében felvetik ugyan a kérdést, vajon nem a távolságtartás jele-e a tárgyak különállását hangsúlyozó szemléletmód, de a grafikus iskolázottság benyomását keltő stílus biztosít minket arról, hogy ez a lelki sajátosság nagyrészt átlényegült a formanyelvbe.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1993. június 25.

IRODALOM

Piaget, J. (1948): Az észleleti tér, a képzeleti tér és az alaklátás. (A sztereognosztikus észlelés). In: Piaget, J., *Válogatott tanulmányok*. Gondolat, 1969. 76-132.

Hermann Imre (1933): A tudattalan és az ösztönöknek örvényelmélete. In: *Lélekelemzési tanulmányok*. Somló Kiadó, Budapest. 41-54.

SUMMARY

What is the tunnel of the tube like? - The space percepcion of an introverted nursery-school boy

Gerő, Zsuzsa

An unevenly developing boy shoving autistic symptoms at the beginning began - when his disturbances disappeared - intensively drawing, almost exclusively rail- and highways, tube-tunnels and escalators.

The real subject as I think - is the rotation and the bending of the moving object, when he began to vent drawings, the rotating of wheels - an characteristic of the autistics - disappeared from his games. The rotation- rotating is transformed into the artistic reproduction of the sight of the rotating object. The rotating motion experienced by the whole body gets outside, by the graphic transference. The possibility of distiguishing can be a great help in the developing of the self. On the basis of the way of looking of the latest drawings, which is emphatically directed by the form, we can hope with good reason that the elaboration process can lead to a sublimation which determines the personality and the aristic interest. In the drawings of two years we can follow not only the developing of a skilled drawing but also the process of an effective autotherapy.

AZ IFJÚKORI PROBLÉMAVISELKEDÉSEK ÉS A "PSZI-INTÉZMÉNYEGYÜTTES" KAPCSOLATA: ELMÉLETI MEGKÖZELÍTÉS*

RÁCZ JÓZSEF

MTA, Pszichológiai Intézet

A szerző tanulmányában az ifjúkori problémaviselkedések pszichológiai-pszichoterápiás konceptualizálásának elméleti problémáival foglalkozik.

A problémaviselkedések - első megközelítésben - a társadalom normáit sértő magatartásformák. A szerző a pszichológia, illetve a pszichoterápia illetékességi köre szempontjából próbálja e jelenségeknek a határait meghúzni (a társadalmi és a normatív fejlődési problémák, illetve a bűnözés felé), miután a szociológiai devianciaelméletek és a szociálpszichológiai jelentés-koncepció alapján elemezte őket.

A "pszi-intézményegyüttes" fogalma a társadalmi problémák pszichológiai kezelésére hivatott intézményeket jelöli. Ezek a problémaviselkedésekkel nemcsak szorosan összekapcsolódnak, hanem a pszi-intézményegyüttes bizonyos értelemben konstituálja is őket.

A tanulmány célja, hogy reflektáljon a magyarországi szcénában az utóbbi évtizedben létrejött változásokra: olyan, Magyarországon új típusú intézmények megjelenéséről van szó, melyekre érvényes a pszi-intézményegyüttes fogalma és a fiatalkori problémaviselkedésekkel is foglalkoznak (pl. családsegítő központok, ifjúsági információs irodák, iskolapszichológusi hálózat, alapítványi pszichoterápia stb.).

A probléma körülhatárolása

Tanulmányomban a problémaviselkedések pszichológiai-pszichoterápiás megközelítésével és kezelésével foglalkozom. Problémaviselkedés alatt azokat a serdülő- és ifjúkori magatartásformákat értem, melyek a társadalom általános normáit megsértik, társadalmi környezetük számára "problémát" jelentenek. Szándékaim szerint írásom címzettjei a "problémás" fiatalokkal foglalkozó gyakorlati szakemberek, nemcsak a klinikumban dolgozók, hanem a mentálhigiéne, a prevenció, a gyermek- és ifjúságvédelem, szociális munka területén tevékenykedők is. Velük kapcsolatban fogom használni Ingleby (1985) nyomán a "pszi-intézményegyüttes" kifejezést, ami fogalmilag minden olyan intézményt egyesít, ahol *társadalmi problémák pszichológiai kezelésével* foglalkoznak. Magyarországon a "problémás" fiatalokkal folytatott pszichológiai vizsgálatoknak, pszichoterápiának komoly hagyományai vannak - ha

* A tanulmány a MTA-Soros Alapítvány támogatásával készült 1989-ben.

széles körű terápiás ellátás nem is alakult ki -, addig a "pszi-intézményegyüttes" gyors fejlődése az utóbbi évek-évtized jellemzője. Gondolok itt olyan nem hagyományos pszichológiai, pszichiátriai formákra, illetve a pszichiátriai ellátáson teljesen kívülálló szervezetekre és intézményekre, mint a családsegítő központok, ifjúsági információs irodák, művelődési házak mentálhigiénés klubjai és teaházai, serdülő tanácsadások, iskolapszichológusi hálózat, drog központok, nevelőintézetek pszichoterápiás kísérletei, egyházi és alapítványi szolgálatok, karitatív kezdeményezések. Ezek mellett a hagyományos pszichiátriai ellátás is bővült a pszichológiai, pszichoterápiás szemléletnek inkább kedvező formákkal, pl. ifjúsági pszichiátriai osztályok, pszichoterápiás kórházi osztályok és ambulanciák.

Tanulmányomban a problémaviselkedések értelmezését és kezelését nagyobbrészt a pszichoterápiára szűkítem, azonban úgy érzem, hogy az ott szerzett tapasztalatok az említett más intézményekben, a "pszi-komplex" más részeinél is használhatók lesznek. A tanulmány megírását az motiválta, hogy véleményem szerint Magyarországon a "pszi-komplex" gyors fejlődése, a fiatalkori viselkedésproblémák és a pszichoterápia kapcsolatának erősödése - illetve várható bővülése - mellett nem gyökereztek meg olyan kritikai szemléletek, melyek a problémaviselkedésekkel, illetve a "pszi-komplex" működésével és egymásra hatásával foglalkoznának. Az írásban e kritikai megközelítés néhány szempontját szeretném felvetni.

Úgy gondolom, hogy amikor a fiatalkori viselkedések pszichológiai értelmezésével és pszichoterápiás befolyásával foglalkozom, nagy körültekintésre van szükség. Tisztázni kell a pszichológia, illetve pszichoterápia illetékességi körét e jelenségekkel kapcsolatban. Mivel itt egy egész szakmát (sőt több szakmát!) érintő kérdésről van szó, ezért erre a feladatra egyedül nem vállalkozhattam. Bizonyos szempontok azonban kijelölhetők.

A pszichológia, a pszichoterápia illetékességi körének meghatározását, *határainak* megvonását a következő irányokban tartom fontosnak: bizonyos *társadalmi problémák* (pl. szegénység, különféle szubkulturák léte) felé, mert így fennáll "elpszichologizálásuk" veszélye; *normatív* fejlődési problémák, *"rosszaságok"* felé, mely a pszichiátriai minősítés veszélyével jár, ezzel kapcsolatban a fiatalok *személyi szabadsága* is szóbakerül; a *bűnözés* felé (itt elsősorban a büntetés és a kezelés "házasságának" problémáira gondolok). Mielőtt azonban e kérdésekkel foglalkoznék, szemügyre kell venni, hogy a pszichológia, pszichoterápia milyen *társadalmi értékek, normák* szerint jár el, milyen *érdekeknek* megfelelően cselekszik. Ez - Merton (1980) kifejezésével élve - latens funkció, mellyel minden társadalmi és főként intézményes tevékenység rendelkezik a manifeszt működések (esetünkben a gyógyítás, segítés) mellett.

Meg kell vizsgálnunk e magatartásformák természetét, jellemzőt is, főként abból a szempontból, hogy mennyire közelíthetők meg a mi módszerünk által. Látni fogjuk, hogy ez a két tényező, azaz módszerünk (a pszichológia, pszichoterápia), illetve annak társadalmi funkciója, és az e módszer tárgya (a viselkedésnormák) milyen szorosan összekapcsolódnak *egymással*, sőt egymást mintegy *létre is hozzák*, konstituálják. A kérdéskör tárgyalásához azonban szét kell szakítanunk őket. Először a problémaviselkedések jellemzőit tárgyalom.

A problémaviselkedés

A serdülőkkel és fiatal felnőttekkel foglalkozó szakemberek régi megfigyelése, hogy ezekben az életkori szakaszokban gyakori a társadalmi normák megsértése. Általában nem egyféle normasértés történik, hanem egyszerre, vagy egymást követően többféle; a normasértések egymáshoz kapcsolódnak és időben is nagy állandóságot mutatnak.

Jessor és Jessor (1977) szerzőpárosa éppen a fentiek miatt a különböző normasértő magatartásformákat az említett életkori metszetben a *problémaviselkedés* címszó alatt egyesítette. Ez a fogalom meghatározásuk szerint magában foglal minden olyan viselkedést, amelyet a közvélemény "társadalmilag problémaként vagy a probléma forrásaként határoz meg, vagy pedig a konvencionális társadalom normái szerint nemkívánatosnak minősít. Továbbá e viselkedésformák megjelenése a társadalmi kontroll valamilyen válaszát váltja ki", a helytelenítéstől kezdve akár a bebörtönzésig (Jessor és Jessor, 1977, 33. o.). A szerzők a következő magatartásformákat sorolják a serdülőkori problémaviselkedések közé: alkoholfogyasztás, cigarettázás, marihuanahasználat, korai szexuális aktivitás, illetve a későbbi életkorokban promiszkuitás és különféle antiszociális, diszociális cselekmények.

A szerzők a problémaviselkedéshez, illetve a *hajlam* kialakulásához vezető okok 3 csoportját különítették el. Ez a három tényezőcsoport, azaz a személyiség-, az észlelt környezet és a viselkedésrendszer, *pszichoszociális hajlamot* alakít ki a problémaviselkedések iránt; e hajlam alapja a *pszichoszociális nonkonvencialitás*, mint azt Jessor és munkacsoportja későbbi empirikus vizsgálatai igazolják. (Donovan és Jessor, 1985). A szerzők véleménye szerint a problémaviselkedések egy *általános deviancia szindróma* részjelenségei, megnyilvánulási formái lennének, mely tünetegyüttes az egyes életkori metszetekben nagyfokú állandóságot mutat.

A szakirodalomban vita folyik arról, hogy ez vajon tényleg így van-e. A vizsgálatok egy része a fenti megállapítást alátámasztja, más része nem. Ehelyütt csak Osgood és mtsai (1988) kompromisszum megfogalmazására alkalmas tapasztalatait említem meg, akik szerint egy-egy problémaviselkedés *részben* egy általános tendencia megnyilvánulása, *részben* pedig különálló magatartásforma. Az általános - specifikus faktorok hatása az életkortól is függ. Pl. a kriminalitás inkább összefügg egy általános deviancia szindrómával a serdülő és a fiatal felnőttkorban, míg a drogfogyasztás különálló, a többitől függetlenebb viselkedésforma, mely azonban az életkor előrehaladtával egyre szorosabb kapcsolatba kerül az általános deviancia mutatóival.

Meg kell jegyeznem, hogy amikor az előbb szakirodalomról írtam, elsősorban *longitudinális és epidemológiai* vizsgálatokra gondoltam, olyanokra, ahol "átlagos", "normál" serdülőkori populációkkal, tehát nem klinikai vagy börtönbeli mintákkal foglalkoztak. A vizsgálatokban "enyhe" deviáns viselkedéseket rögzítettek; ez a kutatások módszertana miatt - is érthető: olyan középiskolás populációkról van szó, ahol ha súlyosabb fokú devianciák elő is fordulnak, ezek statisztikailag nem értékelhetők, továbbá - nagy valószínűséggel - a követés során a mintákból "kiesnek" (pl. kórházba vagy a börtönbe kerülnek stb.). E longitudinális vizsgálatok alkalmasak arra, hogy a statisztikai értelemben vett serdülőkori fejlődést végigkövessék és a

normasértéseket - a problémaviselkedéseket - ezek között elhelyezzék. A kutatások haszna abban rejlik, hogy a normál serdülőkori fejlődést mint a mindennapi élet során keletkező konfliktusok, stressz-helyzetek leküzdését mutatják be (nem pedig csak az extrém helyzeteket, mint ami egy klinikai populáció esetén valószínű).

A problémaviselkedések epidemiológiai (azaz egy-egy ország fiatalkorú népességét reprezentáló, többezres vagy tízezres létszámú populációk vizsgálata), illetve prospektív longitudiális vizsgálata feltárta azt is, hogy a problémaviselkedések (illetve ezek bizonyos köre) a normál serdülőkori felődés részei, annak változatai, illetve annak alternatívái.

Az ezekhez hasonló vizsgálatok során azt is tapasztalták, hogy a serdülőkorban számos testi (!) és lelki betegség, viselkedési probléma nagyjából azonos fejlődési úton halad végig. Ezek a kutatások elvezettek a "fejlődési pszichiátria" tudományának kialakulásához (Masten és Garmezy, 1985). Ez feladatának tartja a veszélyeztetett serdülőkori csoportok elkülönítését, illetve a kockázati és protektív faktorok körülhatárolását, illetve - talán a legnagyobb mértékben - a súlyos viselkedési és pszichopatológiai problémák predikcióját korai életkorokban.

A serdülőkori és fiatal felnőttkori problémaviselkedésekkel kapcsolatban hangsúlyozni kell az ezekben az életkorokban tapasztalható nagy fejlődési potenciált. A pszichoszociális fejlődés értelmezésével kapcsolatban csak egy modellt mutatok be. Silbereisen és Eyferth (1986) véleménye szerint a fejlődés nem más, mint bizonyos kontextus(ok)ban zajló cselekvéssor. Azaz a fejlődés az egyén intencionális, célorientált cselekvéseinek következménye, melyekkel egyéni céljait és potenciáljait a kontextuális elvárásokhoz és lehetőségekhez illeszti. Az ilyen akciósor nemcsak az egyén, hanem a kontextus átalakulását is maga után vonja. A fejlődés során ugyanazon célokat más eszközökkel is el lehet érni, ebből a szempontból a problémaviselkedés funkcionálisan ekvivalens a "pozitív" fejlődéssel, illetve magatartásformákkal. Silbereisen modellje elsősorban a *normatív* fejlődéssel, a *mindennapi élet* során megoldandó feladatokkal foglalkozik. Nem arról van szó, hogy az egyén súlyos helyzetekkel kerül szembe és azokat így vagy úgy megoldja, hanem arról, hogy az egyén a strukturálatlan, multiplex bio-pszichoszociális *kontextusból* (beleértve saját személyiség-potenciálját is) bizonyos célokat, cselekvési formákat stb. ragad meg, és kialakít a maga számára egy *tudáskészletet*, mellyel szubjektíven meghatározza fejlődési feladatait. Különösen érdekes ebből a szempontból, hogy a serdülők hogyan "keresnek meg" aktív módon bizonyos kontextusokat (pl. speciális szubkultúrákat), melyek fejlődésük színterei lesznek, illetve a különböző kontextusokból származó hatások (pl. iskolai, családi, kortárskörnyezet) hogyan illeszkednek egymáshoz (Silbereisen, Noack és Eyferth, 1986).

A fenti modell ahogy a problémaviselkedéssel, úgy a *kreativitással* is számol. Számos adat van arra vonatkozóan, hogy a kreatív serdülő sok szempontból hasonló a deviánshoz: a konform értékek, illetve a konformitást képviselő személyek iránti elköteleződése kisebb, viselkedése gyakran - különösen az iskolában - negatív minősítést vált ki. A kreativitás egyes esetekben akár a deviancia forrása is lehet, illetve a deviáns viselkedésformákat számos serdülő esetében tekinthetjük úgy, mint kreatív kísérletezést (Dodge, 1985; Chassin, Presson és Sherman, 1989).

Az előzőekben említett empirikus vizsgálatok és elméletek igen nagy óvatosságra intenek, ha egy-egy problémaviselkedésről, illetve ilyet mutató fiatalról kell véleményt mondanunk. Csak igen nagy körültekintéssel lehet *prediktív* kijelentéseket tennünk; és nagy a veszélye annak is, hogy az "enyhe" problémaviselkedés - szembetalálkozva a társadalmi kontroll reakciójával - *másodlagosan* súlyosbodik és az egyén *deviáns* karrieren indul el.

A problémaviselkedés koncepciójának és a mögé felsorakozó szociológiai-szociálpszichológiai, az egyén hosszabb-rövidebb életútját figyelembe vevő empirikus vizsgálatoknak azonban több súlyos hiányosságuk van. Szociológiai szempontból adottként kezelik mind a normákat, mind a normasértéseket; pszichológiai szempontból pedig mintegy egyenlőségjelet tesznek a hasonló viselkedések, az egyforma viselkedést mutató személyek, pszichológiai értelemben vett személyiségek közé. Véleményem szerint ennek az az oka, hogy e tényezők nemcsak módszertanilag kezelhetetlenek e survey-módszerű adatfelvételek során, hanem fogalmilag is kívül fekszenek a kutatások értelmezési tartományán, akár a makroszociológiai deviancia definiálásra, akár a pszichológiai jelentés kérdésére gondolunk. A két tényező e viselkedések szociológiai, illetve pszichológiai hátterét képezi. A mindennapi klinikai munkában az előbbi, a szociológiai háttér marad inkább homályban.

A következő részben ennek megvilágítására teszek kísérletet, továbbra is a problémaviselkedések leírásának témakörénél maradva.

Problémaviselkedés és deviancia: szociológiai háttér

A problémaviselkedés előzőekben ismertetett koncepciói a fiatalok körében statisztikailag viszonylag gyakori, a társadalmi megítélés szerint enyhe normasértéseket fogják össze és ezeket az egyéni életút néhány éves metszetében vizsgálják. A problémaviselkedés és a köré rendezhető fogalmak vagy éppen empirikus tapasztalatok azonban e magatartásformák társadalmi konstrukciójáról és ehhez szorosan kapcsolódóan a normák természetéről, a normasértések által kiváltott társadalmi reakciók éppen-ilyenségéről nem szólnak - nem is szólhatnak. Hogy ezekre a problémákra megoldást kapjunk, a devianciák szociológiai elméleteihez kell fordulnunk.

A probléma exponálására néhány példát mutatok be. Az Egyesült Államokban az első fiatalkori enyhe normasértés ("delinquency") miatti *ítéletet* 1899-ben hozták. Platt (1969) elemzése szerint korábban nemcsak hogy ilyen büntetőintézkedés nem volt, de maga a *probléma* sem létezett - illetve nem ilyen meghatározás alatt, hiszen az nyilvánvaló, hogy mindig is voltak "rossz" fiatalok. A fiatalkori problémák ezen új koncepciója és az így életre hívott fiatalkorúak bírósága egyébként valójában az alacsony társadalmi helyzetű, elsősorban bevándorló családok gyerekeit volt hivatva kontrollálni. Ugyanez igaz az amerikai kábítószerfogyasztásra, mely - konkrétan a heroinfogyasztás - az 1914-es kábítószertörvényig nem volt büntethető, utána viszont megjelent a "*kábítószeres bűncselekmény*" fogalma. Ezt az 1960-as években, egy újabb törvénykezést követően, részben felváltotta a "*kábítószeres beteg*"; azaz a

kábítószerezést ezután nem bűncselekménynek, hanem betegségnek tartották (Peyrot, 1984). Természetesen az antiszocialitásnak is megjelent a betegség felfogása, már a század első éveiben. A figyelmet arra hívom fel, ahogyan egy bizonyos *normasértés* létrejött, ami a *norma* kialakulását, működését is implikálja; illetve kiemelem még azt, ahogyan egy következő lépésben a normasértés átdefiniálódott (bűncselekményből betegséggé).

A következőkben a napjainkra jellemző deviancia-elméleteket foglalom össze. Mivel ezzel a témával két könyvemben is foglalkoztam (Rácz, 1988; 1989), ezért most csak néhány, általam fontosnak tartott szempontot emelek ki.

A devianciákkal kapcsolatos nézetek alakulásában az utóbbi két évtizedben valóságos tudományos paradigmaváltás zajlott le. A korábbi pozitivista, egyén és etiológia központú paradigmát, mely a devianciát objektív minőségként kezelte és elsőrendű céljának a korrekciót tette meg, új váltotta fel. Az új paradigma hangsúlyát a deviáns aktus természetére helyezi, azokra a feltételekre, melyek során az akció kialakul, illetve az erre adott reakciót elemzi. Utóbbi magában foglalja a társadalmi intézmények és a nem-deviánsak *deviancia-definícióját és az arra adott válaszát*. Így a deviancia szociális konstrukció, illetve produkció eredménye. Bármely viselkedés vagy személy a deviáns helyzet alapjául szolgálhat, és az "objektív" tényektől, illetve ezek meglététől vagy hiányától függetlenül a deviancia kiegészítő minőségre tesz szert. Ez a mesterségesen kialakított minőség az összes devianciaféleségben hasonló, és a jelentése is közös: "rossz", "ördögi". Ez a mesterségesen a viselkedéshez vagy az egyénhez hozzákapcsolt jelleg morális és politikai érdekeket rejthet el.

A deviancia kategóriája történetileg változó, alakuló, az új devianciákat folyamatosan "felfedezik".

A deviancia-definiálás a devianciára adott társadalmi reakció részét képezi. Bizonyos viselkedésformákat, cselekményeket egyes hatalmi csoportok deviánsnak minősítenek, illetve olyan szabályokat alkotnak, melyeket a társadalom egyes tagjainak szükségszerűen meg kell sértenie. Normasértés nélkül ugyanis norma sincs (Becker, 1963). Továbblépve: a *társadalom - morális - határainak* védelme, a társadalmi tolerancia bizonyos szintjének fenntartása meghatározott mértékű és milyenségi devianciát követel meg (Erikson, 1966). A társadalmilag elítélendő "rossz" kategóriájának kialakításával az elfogadott, a konvencionális "jó" is meghatározódott. A morális határok kijelölése fölött az egyes társadalmi csoportok között *egyezkedés* zajlik (Schur, 1979). A "jó" és a "rossz" kategóriájának megszületését követi a "rossz" társadalomtól való *leválasztása és izolálása*: a "rossz" (deviáns) és a társadalom közötti távolság növekszik, a két kategória tagjai egymást egyre homályosabban, egyre inkább sztereotíp módon észlelik, mindkét oldalról megnehezítve a reintegráció és a reszocializáció esélyeit.

A társadalom (morális) határainak fenntartására, a tolerancia megszabására irányuló folymatokat a társadalom tagjai által *észlelt veszélyek* (Erikson, 1966) váltják ki.

A társadalmakban nemcsak konkrét, meghatározott veszélyek vannak. A kaotikus, a rendellenes, a látható értelem nélküli jelenségek is veszélyérzést válthatnak ki, melyekkel megszüntetik és feloldják az anomáliák által hordozott veszélyt. A

deviancia ebben az értelemben a társadalmi rend olyan sajátossága, melyet a rendellenes, látszólag értelem nélküli jelenségek számára hoztak létre, illetve tartanak fenn. A deviancia így nem egyszerűen szabályszegés, hanem a rend legitimációjának és struktúrájának kétségbevonása, a deviáns a "káosz ügynöke" (Berger, 1973).

A deviancia-definiálás normafenntartó és határkijelölő szerepén túl konkrétabb funkciókat is elláthat, éppen a kontrolláló *intézményrendszer* vonatkozásában. Így a nyugati társadalmakban megfigyelték, ha a társadalmi konszenzus valamilyen okból megbomlik, az intézményrendszer legitimációs válsággal kerül szembe. A deviancia-definiálás, sőt kreálás, ebben az esetben a társadalmat összefogja és mozgósítja a deviancia elleni harcban, továbbá legitimálja a válságba került intézményrendszert. A *bűnbakként* szolgáló csoportok nem politikai, hanem deviancia terminusokban történő meghatározásával a politikai jellegű feszültségeket más úton, a kijelölt csoport felé vezetik le, egyben a problémát a politikumon kívül fekvőnek tételezik (Hall és mtsai, 1978).

Megfigyelték azt is, ahogy az egyes társadalmi intézmények (pl. tömegkommunikáció, rendőrség) deviancia képüket többszörös visszacsatoláson keresztül kialakítják, majd a valóságban *életre keltik* (pl. a vad, agresszív rockerek előbb jelentek meg az újságokban, mint London utcáin; Young, 1971; Cohen, 1972).

A makro- és mikroszociológiai szemléletváltozásnak, továbbá az 1960-as években tömeges mértékben megjelenő, illetve terjedő viselkedéseknek köszönhetően a devianciák köre kibővült, új deviancia típusok jelentek meg. Néhányat megemlíthetünk ezek közül: *áldozat nélküli bűnözés* azaz a fiatalkori drogfogyasztás, bohém bűnözés, szexuális devianciák (pornográfia, nudizmus, csoportszex stb.), a fiatalkori egyéni vagy *csoport jellegzetességek*, viselkedések: a beat, a hippi, a rock, a punk jelenség és társai, a drogozáshoz társuló ideológiai-politikai-világnézeti formák (pl. a pszichedelikus kultúra), az új baloldal egyes megnyilvánulásai, a *fiatalkori normasértések* egy része (főleg olyanok, melyek a fiatalok számára még büntetendők, de a felnőtteknek már nem) stb.

Eddig lényegében a deviáns tett vagy viselkedés *elkövetése előtti* folyamatokat vettük szemügyre. Ha a deviancia, annak konkrét formája, illetve deviáns cselekmény elkövetése meghatározásra került, akkor az érintett egyén vagy csoport már "sínen van", a folyamatnak ezt a szakaszát a minősítéselmélet, a stigmatizáció írja le. Ezzel a jól ismert elmélettel ehelyütt nem foglalkozom.

A problémaviselkedés és a "jelentés" kérdése

Az előzőekben a problémaviselkedés szubjektív, egyén felőli és társadalmi jelentését vettük szemügyre. Az előzőre vonatkozott - szociálpszichológiailag is érvényes módon - Jessor és Jessor konceptualizálása, illetve Silbereisen modellje. Ezek szerint a problémaviselkedés normatív fejlődési célok elérését, illetve stresszel telített helyzetek leküzdését szolgálja; jelentése *a normatív serdülőkori fejlődés alternatívája*. Szociológiai szinten - felhasználva a deviancia-elméletek tanulságait - szociálisan konstruált viselkedésformákról van szó, melyek jelentése az aktor és a különböző társadalmi

csoportok számára eltérő lehet (utóbbiba beleértve a közvéleményt is). A végeredmény konstrukciós és egyezkedéses folyamatok eredője, melyekben az aktor mellett más személyek és intézmények, hiedelemrendszerek vehetnek részt.

Utóbbiakra példákat is hoztam, ahogy az egy-egy, korábban is létező magatartásforma "egyszercsak" nemkívánatosnak, deviánsnak minősült. A példák sorát most néhánnyal kiegészítem. Az említendő esetekhez tartozó vizsgálatok az angol ún. *új hullám* ifjúsági szubkultúra-kutatások közé tartoznak, ahol a jelentés "megfejtése" a kutatók érdeklődésének előterébe kerül. A vizsgálatok részletezése nélkül a következőket állapították meg (pl. skinheadekkel, punkokkal, rockerekkel, a futballpályák "örjöngőivel" kapcsolatban).

A megfigyelt viselkedésformák (melyeket a tágabb-szűkebb környezet *normasértőnek* minősített!) a férfiasság, az agresszió, a függetlenség, a lázadás, a másság kifejezői; kifejezik a fiatalok tiltakozását a domináns, szimbolikus renddel (a középosztály értékeivel és normáival) szemben; megjelenítik a fiatalok más szimbolikus univerzumhoz (a munkássághoz) való tartozását és elnyomott helyzetét; megoldási kísérletet jelentenek a perspektíva nélküliségre és a szociális-egzisztenciális problémákra. E megoldási kísérletek útja azonban távol van az elsődleges társadalmi intézményektől, szerepektől, identitásoktól - *mágikus* (azaz a viselkedésen, öltözködésen, hajviseletben, csoportmeghatározáson alapul (Brake, 1980); valójában nem is a fiatalok, hanem szüleik társadalmi-kulturális-ideológiai problémáinak megoldását szolgálja "utcára kivitt", sajátos eszközökkel - pl. munkásból középosztályúvá válni, vagy maradni a hagyományos közegben (Cohen, 1980; összefoglalóan: Rácz, 1989.).

A vizsgálatok során a kutatók érdeklődése egy-egy konkrét viselkedésformáról, hajviseletről stb., azok jelentésére, majd a jelentésről arra helyeződött át, ahogyan ez a jelentés létrejött, *megkonstruálódott*, amilyen kontextusban (politikai, kulturális, társadalmi, gazdasági kontextusokról egyaránt szó van) a jelentés kialakul. A jelentés helyett a *jelentésképzés* és a *jelentésképző* vált az elemzés tárgyává (Marsh és mtsai, 1978; Hall és Jefferson, 1976). Hiszen egy-egy magatartásformáról keveset mond, hogy "lázadást" vagy "függetlenséget" fejez ki, lényegesebb az, ahogyan ez megtörténik, ahogyan és amilyen közegben egy viselkedésforma jelentését elnyeri. A jelentésképzés folyamatába - az idézett vizsgálatok szerint - természetes módon a megfigyelő, a kutató is bekapcsolódik, a jelentés csak *részvétellel* ragadható meg. A megfigyelést és leírást fel kell váltania az aktív részvételnek, mely során a kutató interakcióba lép és dialógust folytat az őt érdeklő csoportok tagjaival.

Mindezek után felmerül a kérdés, hogy mire is jó a problémaviselkedés koncepciója? Ha egyénileg és ha szociálisan különféle jelentéseket lehet hozzárendelni, és ezek a jelentések is folyamatosan változnak, konstruálódnak és átkonstruálódnak; a viselkedés e képlékeny jelentéseknek, jelentésképző folyamatoknak pusztán csak felszíni burka, vajon mi dolgunk vele?

A válaszadás során a problémaviselkedéseket a *mindennapi élet és a praxis* szintjén közelítjük meg. A fenomenológia álláspontja szerint társadalmilag tipikus helyzetekben tipikus relevanciák, így tipikus viselkedésformák jelentkeznek (Berger és

Luckman, 1966). A tipikusság, a hasonlóság azonban tágan értendő. A társadalmi szabályok mint interszubjektív institúciók úgy érvényesülnek, hogy nem tökéletesen egyező formákat hoznak létre, hanem olyan eseteket, melyek egymáshoz analógikusan, hasonlóságok és eltérések láncolatát alkotva csatlakoznak. Az egyes esetek (itt pl. a viselkedésformák is) úgy és csak annyira hasonlítanak egymáshoz, mint egy *család tagjai*; aprólékos definícióik és szigorú rendszerezésük felesleges és értelmetlen is (Wittgenstein, 1989; Neumer, 1989).

Wittgenstein szellemében - akinek a gondolatait az előbb idéztem - tehát a problémaviselkedések laza koncepciója, amivé én Jessor és Jessor eredeti megfogalmazását kitágítottam, és amely inkább a képzeletnek és nem a rációnak jelent fogódzót; tehát ez a metafora a mindennapi gyakorlat szintjén elégséges meghatározásnak tűnik.

A praxis szintjén, mint láttuk, a longitudinális és epidemiológiai, szociológiai vizsgálatok a viselkedésből indulnak ki, azokat regisztrálják. A deviancia-definiálás, a minősítés alapja szintén a látható és "kézzel fogható" viselkedés és ugyanígy ez, illetve ennek *következménye* szolgál az igazságügy (jogrendszer), valamint sok esetben a pszichiátria/pszichoterápia felé történő *referálás* (továbbítás) alapjául. Az itt használatos *viselkedés* fogalma alatt valamilyen helyzettel való megbirkózást, szubjektív értelem hozzárendelését, céltételezést értenek; szociológiailag és szociálpszichológiailag talán helyesebb lenne cselekvésről, illetve *cselekvéselméletről* beszélni. Parsons és Habermas nyomán el is különíthetjük egymástól a *résztvevők* egymással összehangolt, szubjektíven értelemmel telített cselekvésorientációit (mely az *életvilág* része) és a cselekvések *következményeinek* funkcionális értékeiből összeálló *társadalmi rendszert*, mely a *megfigyelő* perspektívájából válik láthatóvá (Habermas, 1981). Az életvilág, azaz a kollektív magától értetődések problémamentes rendszere biztosítja a szocializációt (ami bennünket a leginkább érdekel), a szociális integrációt és a kulturális mintafenntartást; a társadalmi rendszer pedig a társadalom gazdasági és politikai célkitűzéseit, illetve célelérési mechanizmusait. Első közelítésben a pszichoterapeuta az életvilág és a rendszer *határáról* szemléli a probléma-viselkedéseket, aki hol az empátiásan azonosuló résztvevő, hol a megfigyelő perspektíváját veszi fel.

A mindennapi élet és a praxis szintjén tehát a *viselkedés* az elsődleges és a *jelentés* a másodlagos. A feltárás, az elemzés során a sorrend megfordul: a jelentés válik elsődlegessé és a viselkedés másodlagossá, mintegy esetlegesen kifejezve a "jelentést". A dekonstrukció elmélete szerint, mely a francia sturkturalista-posztstrukturalista filozófiából fejlődött ki és vált irodalomelméleti, szövegértelmezési tudománnyá, de a devianciákkal kapcsolatos posztmodern irányzatok egyik alapját is jelenti; tehát a dekonstrukció szerint az ilyen fajta elsőrendű-másodrendű, lényegi-külsődleges polarizáló, hierarchizáló megközelítés a világ hamis leegyszerűsítését jelenti (Derrida, 1976; Culler, 1982). Helyette mellérendelt viszonyt kell elképzelni, továbbá azt, hogy az "elsődleges=másodlagos" lánc tagjai, esetünkben a viselkedés és jelentés, egy, többféle relációból álló lánc tagjai; egyik a másik nélkül nem létezhet, egyiket a másik elébe vagy fölébe helyezni nem lehet, egyik nem oka vagy következménye a másiknak. Egyik változása maga után hozza a másik változását, amely visszahat a lánc előző

tagjára is. Úgy is fogalmazható, hogy a jelenségek egy többboldalúan meghatározott, több gyökérből táplálkozó *textus* részei. Így jelentés sem létezhet önmagában, csak egy kontextus vagy intertextus részeként. A jelentés vagy a viselkedés esetén az egyes viselkedések, illetve jelentések közötti "elkülönbözödést" kell előtérbe állítani tehát nem az azonosságot, hanem a különbözést. A jelentést a különbözőség hordozza. Egy viselkedés "megvalósulása" azt is jelenti, hogy egy másik (vagy több másik) nem valósul meg. A dekonstrukció szerint a jelölők (esetünkben a viselkedések) relációnális játéka, egymástól való "elkülönbözödése" állítja elő a jelentést (és nem egy adott jelentés a viselkedést; Derrida, 1976; Culler, 1982).

Az előbb a jelentés kontextusát hangsúlyoztam, ehhez a nyelvfilozófus Wittgenstein (1989; l. még Neumer, 1989) nyomán hozzátehetem, hogy valaminek csak egy *nyelvjátékon* belül van értelme. Wittgenstein nyelvjáték alatt érti az életformát, de a tudományt, a kultúrát, a megismerést is. Véleménye szerint ítélésünknek nem a tapasztalat *az* alapja, hanem a nyelvjáték mint a tapasztalat *lehetőség-feltétele és konstituálója*. A tényeket nyelvjátékaink teremtik. Ezekkel a gondolatokkal elérkeztünk oda, hogy a tapasztalatok, megfigyelések, illetve a megfigyelt viselkedések "objektivitását" elvessük, és a megismerés, illetve esetünkben a pszichoterápia - úgy is mint nyelvjáték - konstruáló és konstitutív szerepét kezdjük el vizsgálni.

A viselkedés-jelentés kérdése kapcsán leírt gondolatsor folytatható a *viselkedés- problémaviselkedés* témájával. Itt sem beszélhetünk elsődlegességről és ahhoz képest másodlagos, alárendelt, jelentéktelenebb helyzetű jelenségről, poláris (pl. komform-deviáló) ellentétekről. A kétféle - normakövető és normasértő - viselkedés viszonya mellérendelt kapcsolatként képzelhető el; az ellentétek nem kizárják egymást, hanem egymás mellett, egymásban léteznek. A látszólag alapvető, differenciáló különbség - a normától való eltérés - valójában a normakövető magatartás immanens sajátossága. Ez azt jelenti, hogy a normakövető magatartás sem egyféle, változatlan viselkedés, hanem többféle, egymástól különböző viselkedések konglomerátuma, mely a normák többféle, flexibilis és egyedi, a helyzetnek megfelelő értelmezésén és betartásán, illetve a normák kismértékű megsértésén alapul. A normakövetés a normasértő viselkedés *elmaradását* is jelenti. Az adott helyzetben ez is a kettő közötti kapcsolatra utal, továbbá a normakövetés is kivált társadalmi reakciót. A normatartás is célt követ; az aktor döntései itt is szerepet játszanak.

Kevésbé filozófikus szinten a Hirschi-féle (1969) *társadalmi kontroll elmélet* is megfordítja a normakövető-deviáns viselkedések közötti szokásos kapcsolatot. "Elsődlegesnek" a deviánst tekinti, melynek kialakulása csak bizonyos szociális folyamatok révén, konform személyekkel kialakuló személyes kapcsolatok során kerülhető el. Hirschi kérdése tehát nem az, hogy valaki miért deviáns, hanem az, hogy miért konform, miért *nem* deviáns.

A dekonstrukció annak vizsgálatát jelenti, hogyan zárnak ki bizonyos elemeket (pl. problémaviselkedéseket) annak érdekében, hogy más elemeket *normává* alakítsanak, majd ezt "elsődlegesnek", "jónak", "lényeginek" definiálják. A mindennapi élet és a pszichológiai praxis is bizonyítja, hogy hány esetben van a pszichoterápiás gyakorlatban dekonstrukcióra szükség: viselkedések átdefiniálására, poláris oppozíciók és alá-fölérendelő viszonyok megszüntetésére. A pszichoterápiás

munkában gyakran tapasztaljuk, hogy a "normakövetés" csak az adott személy életútjába és pszichés realitásába ágyazott "normasértések" segítségével valósulhat meg. A pszichológiai munka ilyen esetekben egyenesen a "normasértések" dekonstrukcióján és (kon)textusba ágyazásán alapul, elvetve az "elsődlegesnek", "kézenfekvőnek" kínálkozó társadalmilag vagy az egyén által adott jelentéseket és interpretációkat. A kontextus mindenkori figyelembe vétele arra is felhívja a figyelmet, hogy a pszichoterapeuta nem légüres térben dolgozik, a társadalmi realitást (realitásokat) neki is figyelembe kell vennie. A pszichoterápiás "nyelvjáték" más nyelvjátékok sorába illeszkedik.

"Pszi-intézményegyüttes" és pszichoterápia

Írásomban elsősorban a problémaviselkedések és a pszichoterápia kapcsolatával foglalkozom. Remélem, hogy ezek a nézetek a "pszi-komplex" szakemberei számára is hasznosíthatók lesznek.

Eddig a problémaviselkedések leírásával és értelmezésével foglalkoztam. A *jelentés* kérdésének boncolgatása során eljutottam oda, hogy jelentésről csak egy meghatározott kontextusban lehet beszélni, továbbá maga a pszichoterápia (fogalomrendszere, intézményei stb.) is egy kontextust (egy "nyelvjátékot") jelent, melynek megvannak a maga konstitutív szabályai. Most ezekkel fogok foglalkozni, és a témát összekapcsolom a pszichológiai/pszichoterápiás megközelítés - adott esetben latens - *társadalmi funkciójával.*

A pszichiátria *hagyományos* formáit, mint a társadalmi kontroll *elnyomó* formáját, szociológiai elméletek sora és a pszichiátrián belül az antipszichiátria is támadta. Önkéntességen alapuló, a páciensek által igényelt, s a velük kötött megegyezésen alapuló kezelésekkel szemben azonban az előző kritikai észrevételek kevésbé állják meg a helyüket. A társadalmi kontroll, a társadalmi hatalom gyakorlásának az előző kritikai szociológiai és antipszichiátriai elméletektől gyökeresen eltérő formáját a francia posztstrukturalizmusból táplálkozó és manapság *posztmodernként* számontartott szociológiai irányzat alakította ki. Eszerint nincs "elsődleges" társadalmi probléma, melynek megoldását, illetve kontrollálását az állam később szakértőkre bízná. Ehelyett - e nézet szerint - a szakemberek maguk is részt vesznek a "problémák" konstruálásában, létrehozva így saját (szak)területüket (Foucault, 1979a). A megfogalmazásban a szakember és a probléma kapcsolatának eredendő, belsődleges konstitutív természete az újdonság, hiszen a makrotársadalmi deviancia-definiálás bemutatása során én is igyekeztem érzékeltetni, ahogy az egyes - szakértői vagy más - csoportok saját érdekeiknek megfelelően, különféle formában határoznak meg, sőt alakítanak ki egy problémát.

A belsődleges, konstitutív viszony kifejezésére az irányzat egyik meghatározója, a francia Michel Foucault a diskurzus fogalmát használja. Nála ez a fogalom azt jelenti, ahogyan egy adott történelmi, szociokulturális korszakban egy sajátos nyelvhasználati forma és tudáskészlet speciális tevékenységformákhoz kapcsolódóan kialakul. Ennek saját, belső működési szabályai és formái vannak,

mellyel megteremti alkalmazási területét. Ezek közül a *kizárási szabályok* a legfontosabbak, ezek annak eldöntését jelentik, mi tartozik a diskurzushoz és mi nem. Foucault (1975) szerint pl. az európai orvostudomány a XIX. század elején úgy jött létre, hogy a kórbonctan és az élettan megjelenése új diskurzust hívott életre. Az orvosok elkülönítették a tünetet (jelölő) a láthatatlan betegségtől (jelölt), megtanulták ilymódon látni a betegségeket. Az új diskurzus kialakította a mai "beteg", "betegség", "orvos-beteg kapcsolat" fogalmait és praxisát. Az *elmebeteg* fogalmának létrejötte is hasonló (Foucault, 1967): a mindennapi élet során a gyakorlati problémák, mint a munkára foghatóság, és kontrollálás megoldása során elkülönítették az elmebeteget a többi kirekesztettől: bolondoktól, csavargóktól, bűnözőktől, szegényektől, magatehetetlen öregektől. A tudás és a hatalom szorosan összekapcsolódik a diskurzusban: a kirekesztéshez szükséges tudás hatalmat jelent, utóbbi pedig feltétele a tudás kialakulásának és alkalmazásának (l. Minson, 1985).

Foucault szerint a modern hatalom - szemben a középkori elnyomó hatalommal - *produktív*, azaz létrehozta és létrehozza a hatalomgyakorlás egységét, illetve alanyát, azaz az individualitást, a szubjektivitást, magát a szubjektumot (Foucault, 1979a). A modern hatalom (Foucault kifejezésével a "tudás - hatalom"), fejlődése során a mindennapi életbe, az egyének belső, intrapszichés folyamataiba is benyomul; épít a társadalom és az egyének belső erőire, önmozgására. Foucault (1979b) ezt nevezi - a szexualitást elemezve - *bio-hatalomnak*, de ezt - témánkkal kapcsolatban - nevezhetjük *pszicho-hatalomnak* is.

Az eddigieket összefoglalva, a pszichológia vagy a pszichoterápia, amikor a viselkedésproblémák értelmezése vagy kezelése irányába indul el, létrehozza saját diskurzusát (saját szabály- és kifejezőeszköz-készletét), sőt folyamatosan (ki)alakítja magát a diskurzus *korpuszát* is. Ez a diskurzus megtanít minket arra, hogyan és miként értelmezzünk (nem pszichológiailag, hanem nyelvileg-fogalmilag) egy viselkedést.

Nagyjából hasonló következtetésre juthatunk, ha - az előzőekben már használt - *életvilág* és *társadalmi rendszer* koncepciók felől közelítünk. A pszichoterápia felfogható az életvilág területén mint a társadalmi rendszer "gyarmatosítója" (Habermas, 1981), de úgy is, hogy lehetőséget ad arra, hogy az életvilág szereplői megóvhassák identitásukat, csoportazonosságukat a rendszer befolyásolásával szemben. Itt nem is annyira a pszichoterápiás technikákra gondolok, hanem az ezeket többé-kevésbé felhasználó, de jobbára szakmán kívüli társadalmi mozgalmakra, mint amilyen pl. a humanisztikus pszichológia stb. Az életvilág és a rendszer közötti "kötélhúzás" fejlettségüktől is függ: nyilván más egy, totalitáriánus berendezkedésű rendszer és sivár életvilága, illetve egy demokratikus rendszer és annak fejlett, gazdag életvilága. Az egyes érdekcsoportok, legitimációs rendszerek között is harc, illetve *egyezkedés* zajlik egy-egy probléma definiálásáért és kezeléséért; ezt akár az egyes diskurzus-típusok közötti küzdelemre is vonatkoztathatjuk (pl. jogi, medikális, pszichoterápiás diskurzus).

Magyarország társadalmi berendezkedéséből adódóan eddig a pszichológia szempontjából a produktív kontroll érvényesülésének kevés lehetősége volt. Ugyanez érvényes a pszichoterápiás diskurzusra; helyette inkább büntetőjogi, politikai "diskurzusok" működtek. Gondoljunk csak a fiatalkori viselkedési sajátosságokkal,

ifjúsági szubkultúrákkal kapcsolatos politikai, rendőri, büntetőjogi intézkedésekre. A *gyermek- és ifjúságvédelem* intézményrendszerében a kriminalizáció vezet (a terápiás, rehabilitációs, pszichopedagógiai célok deklarálása ellenére). A kriminalizáció túlsúlya pl. a *drogfogyasztásssal* kapcsolatosan is nyilvánvaló: a jog a jelenségeket egyértelműen bűnözésnek tartja. A pszichiátriai osztályokra kerülés nélkülözi a megfelelő személyiségjogi garanciákat. A monolit állami "elmeegészségügyi ellátás" még mindig csak a perifériáján tűri el a pszichoterápiás, szociálpszichiátriai intézményeket.

Ha pszichoterápiás kezelésről írok, ez szükségszerűen elhatárolódást jelent nemcsak a kriminalizációs túlsúlyú megközelítésektől, hanem a "hagyományos", oppresszív és kusztodiális "elmerendszertől" is, mely - a látszat ellenére - még a problémák szükséges medikalizációját sem biztosítja. Pl. az ideggondozókkal kapcsolatban Szalai és Vajda (1988) mutat rá a *pszichiátriai* (de még ezen belül is elkülönül a szociális és a szűkebb *egészségügyi* ellátás) és a *hatósági-büntető* funkciók ötvöződésére.

Most visszatérek a pszichoterápia illetékességi körének, határainak kérdésére, mely sok szempontból a pszi-intézményegyüttesre is érvényes. Meg kell vonni a határokat a *normatív* serdülőkori fejlődési problémák ("rosszaságok") felé; ezzel - is - szoros összefüggésben biztosítani kell a páciensek *személyi szabadságával* összefüggő kérdések tisztázását, a káros mértékű *medikalizáció, pszichiatrializáció* (és a vele járó minősítés, stigmatizáció stb.) elkerülését. E témakörökkel kapcsolatban utalok a makrotársadalmi deviancia-definiálás jelenségére; arra, hogy társadalmi-politikai folyamatok döntik el egy probléma kezelését. Tehát a pszi-intézményrendszernek, illetve a pszichoterápiának mint szakmának társadalmi-politikai szinten is deklarálnia kell céljait, "egyezkednie" kell más társadalmi szereplővel. Ehhez a pszi-intézményrendszeren belül, illetve a pszichoterápia területén független, autonóm szakmai testületekre van szükség, de az egyezkedéshez ugyanígy partnerekre is szükség van, adott esetben a páciensekből, illetve képviselőikből; más szakmák, érdekcsoportok (pl. helyi hatalom, helyi autonómiák), legitimációs rendszerek megszerveződéséhez, és természetesen szükség van magára a nyilvános "egyezkedésre", vitára is. Ez ma Magyarországon azért is nehéz, mert a pszichiátriával, pszichoterápiával kapcsolatban *kritikai irányzatok*, vizsgálatok alig vannak; a társadalom (beleértve a különböző szakmák képviselőit is) pszichológiai és jogi (a személyi szabadsággal kapcsolatos) kultúrája alacsony szintű. A vitához szükséges keretek sem elegendőek (pl. egyesületek, szakmai és népszerűsítő folyóiratok hiánya).

A határokkal kapcsolatos következő kérdéskör a *társadalmi problémák* (pl. szegénység, különböző szubkultúrák egymás mellett élése) "elpszichológizálásának" veszélye. Ezzel kapcsolatban csak egy példaértékű jelenséget említek, ez pedig a radikális non-intervenció ideológiája és gyakorlata. Angliában az 1970-es években a szociális munkások egy csoportja megtagadta otthontalan családok problémás gyerekeinek kezelésbe vételét, ezzel a bajok medikalizálását. Ehelyett a szociálpolitikai megoldásokat sürgettek (Taylor, 1972).

A következő kérdéskör a *bűnözéssel, illetve a bűnüldözés és büntetés* intézményrendszerével kapcsolatos. Nem tartom jónak a büntetés és kezelés kényszerházasságát. Elítélteket nem lehet gyógyításra kötelezni - és nem lehet

"gyógyítással" sem büntetni. A büntetőjog oldaláról ennek felismerése elkezdődött, Magyarországon is megjelent a tett-büntetőjog (Szabó, 1984; 1988). Ez a tettet bírálja és torolja meg, szemben a tettes-büntetőjoggal, ahol az elkövető személyiségéhez alkalmazkodva szabták ki az ítéletet, mely gyógyító-kezelő elemeket tartalmazott (kezelő-büntetőjog). A szemléletváltozás oka elsősorban az, hogy az utóbb említett eljárás jórészt eredménytelen, másrészt személyiségjogi problémákat is érint. Véleményem szerint a pszichoterápia alkalmazásakor mindig kockázatos vállalkozás valamilyen totális intézménnyel tisztázatlan szövetségre lépni, mert az "eredmény" a terápia kontrollként való fel/kihasználása lesz.

Fentiek jobb érzékeltetésére a drogfogyasztás példáját hozom fel. Magyarországon ma aktuálissá vált a büntetőjog kivonulása a drogfogyasztás területéről. Helytelen lenne azonban, ha a büntetőjogi - egyébként eredménytelen - kontrollt medikális kontroll váltaná fel. Egy korábbi írásunkban (Rácz, Fridli és Frech, 1989) javasoltuk, hogy ehelyett a drogfogyasztás *szociális és közösségi intervenciójára* lenne szükség. Ennek célja a szociális és anyagi létminőség jobbítása, az életproblémák leküzdésének segítése a szélesebb társadalmi környezet norma- és értékrendszerének megfelelően. Ez a rendszer jelenti még a hátrányos helyzetű szubkultúrát és a humán, illetve szociális szolgáltató intézményhálózat kapcsolatának jobbítását, találkozási felületének növelését (Iscoe és Harris, 1984; Bloom, 1980). (Az említett rendszerbe természetesen az egészségügy is és az állami egészségügy is beletartozik, most azonban elsősorban az ezen kívüli szolgáltatási formákra gondolok.)

Összefoglalva a pszichoterápia, illetve részben a pszi-intézményrendszer *határainak* megvonásával kapcsolatban a következő a véleményem. Elsőként a különböző, az előzőekben jelzett határokkal kapcsolatban magát a problémát kell exponálni, azaz a jelzett - és esetleg más - irányokba a kérdést *"problematizálni"* kell. Nyilvános *"egyezkedésre"* (ahogy ezt a kifejezést az előzőekben, a makrotársadalmi deviancia-definiálással összefüggésben használtam) van szükség. Ehhez szervezett, autonóm társadalmi (sőt politikai) résztvevők kellenek. A vitához tudományos vizsgálatok (de nemcsak azok) szolgálhatnak érveket (melyek a teljesítményeket, hatékonyságot elemzik).

A határok témája nem önmagában álló kérdés. Szoros kapcsolatban áll a pszi-intézményrendszer, illetve pszichoterápia *belső* önfejlődésével (akár elméleti, akár intézményes fejlődésről van szó). Az előzőekben jelzett határok át- meg átdefiniálódnak, ez nemcsak a folyamatos makrotársadalmi egyezkedésből, de a szakma ("pszichoterápiás diskurzus") belső önfejlődéséből, konstitutív erejéből is következik. A határokkal kapcsolatos vita, a pszi-intézményrendszer, illetve pszichoterápia társadalmi funkciójával kapcsolatos nézetek ütközése külföldön sem jutott nyugvópontra, időnként fel-fellángol.

Megfogalmazódik benne a társadalmi (állami) hatalom kívánatosnak tartott *kezelő* vagy *kontrolálló* szerepe. Az összecsapó véleményeket leginkább két pólussal lehet megragadni: a *jóléti* állam koncepcióján alapuló, *pragmatikus* szemlélettel, mely a társadalmi problémák kezelésére, kontrollálására állami beavatkozásokat sürget és a *liberális, non-intervencionalista* pólussal, mely az előbbiek visszaszorítását szorgalmazza. Természetesen, mint azt a dekonstrukcionisták állítják, a világot nem

lehet pólusokra bontani, ezért e két megközelítés sem annyira egymás ellentéte, mint ahogy az első pillantásra látszik. Mindenesetre az ifjúsági viselkedési problémákkal kapcsolatban is szükség van az egyes nézetek megfogalmazására és nyilvános ütköztetésére.

Úgy vélem, hogy amikor ma Magyarországon egyre erőteljesebben bontakozik ki a "pszi-diskurzus", e diskurzus produktív, innovatív természete nemcsak az előbb említett határokkal kapcsolatban fog megnyilvánulni, hanem a szakma önszerveződésében, különböző szakmák egymásra találásában (szociális munkások, mentálhigiénés szakemberek, szociológusok, jogászok, pedagógusok). Mindez párosulni fog a hagyományos büntető-elnyomó-kusztodiális kezelőhálózat, "elmeellátó rendszer" lebontásával.

Szerintem ma Magyarországon az ifjúsági viselkedési problémák pszichoterápiás megközelítésével kapcsolatban a különböző pszicho- és szocioterápiás módszerek, illetve szakemberek, laikus segítők "összeszerveződése" van napirenden; illetve terápiás programok, terápiás intézmények és intézményhálózatok kialakítása folyik. A *pszichoterápiás módszerek* területén is fejlődésre van szükség, de még ez az a terület, ahol a hazai hagyományokra építeni lehet.

A többféle módszert, többféle irányzatot felhasználó, többféle profilú intézmények a szervezeti formák sokféleségét is megkívánják. Így a bentfekvéses, bentlakásos és az ambuláns formák mellett a különböző átmeneti intézmények kialakítása is fontos: nappali és éjszakai szanatóriumok, klubok, átmeneti szállások. A fiatalokkal való foglalkozás a szülők és a társas környezet más fontos személyeinek (pl. tanárok, nevelök) bevonását is igényli. Az állami intézmények mellett szükség van egyházi, alapítványi, közösségi (pl. helyi autonómiák által fenntartott) non-profit vállalkozásokra és szűkebb értelemben vett magánintézményekre, valamint öngyógyító, önsegítő közösségekre. Az autonómiának, demokráciának, pluralizmusnak az intézmények *szerveződési sőt tulajdonformáiban* is meg kell nyilvánulnia.

A pszichoterápia sajátos helyzeténél fogva (mint az életvilág és a rendszer határán elhelyezkedő tevékenység) biztosítani kell a "rendszer" túltengésével szemben a pszichoterápia müvelőit és kezeltjeit is. Tehát szükség van - ahogyan korábban is említettem - szakmai, tudományos, érdekvédelmi szervezetekre, de szükség van a páciensek személyiségvédelmére, érdekmegjelenítő szervezetire, önsegítő és más közösségi mentálhigiénés - a pszichoterápiához viszonyítva alternatív - csoportjaira.

Összegezve a "pszichoterápiás diskurzusról" azt gondolom, hogy akkor lehet társadalmilag konstitutív, ha autonómiáját meg tudja őrizni (illetve előbb ki tudja alakítani), de olyan társadalmi erők vannak vele szemben is (akár intézményrendszerén belül, akár kívül), melyek "monopóliuma" kialakulását folyamatosan meggátolnák. Ilyen esetben a fiatalkori viselkedésproblémák kezelésére úgy vállalkozhat, hogy nem kell attól tartania, hogy túllépi illetékességi körét és az állami, opresszív kontroll kiszolgálójává válik.

A dolgozat a szerkesztőségbe érkezett: 1990. április 5.

IRODALOM

Becker, H. S. (1963). *The outsiders*. The Free Press, New York.

Berger, P. (1973). *The social reality of religion*. Penguin, Harmondsworth.

Berger, P. L., Luckmann T. (1966). *The social construction of reality*. Doubleday, Garden City, New York.

Brake, M. (1980). *The sociology of youth culture and subcultures*. Routledge and Kegan Paul, London.

Chassin, L., Presson C. C., Sherman S. J. (1989). "Constructive" vs. "destructive" deviance in adolescent health-related behaviors. *Journal Youth Adolescence, 18*, 245-262.

Cohen, P. (1980). Subcultural conflict and working-class community. In: Hall, S., Hobson, D., Lowe, A. és Willis, P. (eds), *Culture, media, language*. Hutchinson, London.

Cohen, S. (1972). *Moral panics and folk devils*. MacGibbon and Kee, London.

Culler, J. (1982). *On deconstruction. Theory and criticism after structuralism*. Cornell Univ. Press, Ithaca.

Derrida, J. (1976). *Of grammatology*. John Hopkins Press, Baltimore. Magyarul: Grammatológia. *Életünk - Magyar Műhely*, Szombathely, 1991.

Dodge, D. L. (1985). The over-negativized conceptualization of deviance: A programmatic exploration. *Deviant Behavior, 6*, 17-37.

Donovan, J. E., Jessor R. (1985). Strucure of problem behavior in adolescence and young adulthood. *Journal of Consultant and Clinical Psychology, 53*, 890-904.

Foucault, M. (1979a). *Discipline and punish*. The birth of the prison. Vintage Books, New York. Magyarul: Fegyelmezés és büntetés. *A börtön története*. Gondolat, Budapest, 1990.

Foucault, M. (1979b). *The history of sexuality. Vol. 1*. Allen Lane, London.

Foucault, M. (1967). *Madness and civilization*. Mentor Books, New York.

Foucault, M. (1975). *The birth of the clinic*. New York.

Habermas, J. (1981). A kommunikatív cselekvés elmélete. I-II., ELTE Filozófiaoktatók Továbbképző és Információs Központja; ELTE Szociológiai Intézet és Továbbképző Központ, Budapest. (Kézirat).

Hall, S., Critcher, C., Jefferson, T., Clarke, J., Roberts, B. (1978). *Policing the crisis*. MacMillan, London.

Hall, S., Jefferson, T. (eds, 1976). *Resistance through rituals*. Hutchinson, London.

Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. University of California Press, Berkeley, 1.

Ingleby, D. (1985). Professionals as sozializers: The "Psy Complex". *Research in Law, Deviance and Social Control, 7*, 70-109.

Jessor, R., Jeessor, S. L. (1977). *Problem behavior and psychological development*. Academic, New York.

Marsh, P., Rosser, E., Harré, R. (1978). *The rules of disorder*. Routledge and Kegan Paul, London.

Masten, A. S., Garmezy, N. (1985). Risk, vulnerability, and protective factors in developmental psychopathology. In: Lahey, B. B., Kazdin, A. E. (eds), *Advances in clinical child psychology. Vol. 8.*, Plenum Press, New York, 1-52.

Merton, R. K. (1980). *Társadalomelmélet és társadalmi struktúra*. Gondolat, Budapest.

Minson, J. (1985). *Genealogies of morals*. MacMillan, London.

Neumer, K. (1989). Utószó Wittgenstein L.: A bizonyosságról (Európa, Budapest, 1989) című könyvéhez. In: Wittgenstein, L. (1989): *A bizonyosságról*. Európa, Budapest, 189-274.

Osgood, D. W., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. (1988). The generality of deviance in late adolescence and early adulthood. *American Sociological Review, 53*, Febr., 81-93.

Peyrot, M. (1984). Cycles of social problem development: The case of drug abuse. *Sociological Quarterly, 25*, 83-96.

Platt, A. M. (1969). *The child savers: The invention of delinquency*. University of Chicago Press, Chicago.

Rácz J. (1988). *A drogfogyasztó magatartás*. Medicina, Budapest.

Rácz J. (1989). *Ifjúsági szubkultúrák és fiatalkori "devianciák"*. Magyar Pszichiátriai Társaság, "Animula Könyvek", Budapest.

Rácz J., Fridli J., Frech A. (1989). Kriminalizáció és medikalizáció a drogfogyasztás hazai megítélésében. *Psychiatria Hungarica, 4*, 331-338.

Schur, E. M. (1965). *Crimes without victims*. Prentice Hall, Englewood.

Schur, E. M. (1979). *Interpreting deviance*. Harper and Row, New York.

Silbereisen, R. K., Eyferth K. (1986). Development as action in context. In: Silbereisen R. K., Eyferth K., Rudinger G. (eds), *Development as action in context*. Springer, Berlin, 3-16.

Silbereisen, R. K., Noack, P., Evferth, K. (1986). Place for development: Adolescents, leisure settings, and developmental tasks. In: Silbereisen, R. K., Evfert, K., Rudinger, G. (eds), *Development as action in context*. Springer, Berlin.

Szabó A. (1984). Bűnmegelőzési stratégiák. *TBZ Bulletin, 1*, Budapest.

Szabó A. (1988). Büntetés vagy gyógyítás. *Kriminológiai Közlemények, 25*, 11-22.

Szalai J., Vajda Á. (1988). A "szociális" és "egészségügyi" ellátás határán. *Szociálpolitikai Értesítő, 1*, 250.

Taylor, I. (1972). Client refusal. *Case Conference 7*.

Wittgenstein, L. (1989). *A bizonyosságról*. Európa, Budapest.

Wuthnow R., Hunter, J. D., Bergesen, A., Kurzweil, E. (1984). *Cultural analysis. The work of Peter L. Berger, Mary Douglas, Michel Foucault and Jürgen Habermas*. Routledge and Kegan Paul, London.

Young J. (1971). The role of the police as amplifiers of fantasy. In: Cohen, S. (ed.), *Images of deviance*. Penguin, Harmondsworth, 27-61.

SUMMARY

The connection between juvenile problem behaviours and the "psy-complex": theoretical approach

Rácz, József

In his study the author is dealing with the theoretical questions of the psychological-psychotherapic conceptualization of juvenile problem behaviours.

The simplest approach to problems behaviours is to define them as forms of behaviour that violate social norms. After analysing them on the basis of the sociological deviance theories and the social psychological meaning-conception the author tries to mark out the boundaries of these phenomena within the competence of psychology and psychotherapy (concentrating on social and normative develompental problems and juvenile delinquency).

The idea of "psy-complex" comprehends the institutions which are set up for the psychological treatment of social problems. They are not only closely correlated with problem behaviours but the "psy-complex" also constitutes such behviours in a sense.

The aim of the study is to react on the changes of the Hungarian scene in the last decade: it throws light upon establishment of new institutions in Hungary which can be regarded as "psy-complexes", and deal with the problem behaviours of the yuoth, too (e. g. family-aid centres, advisory centres for the young, psychological network of schools, foundation psychotherapy).

FÓRUM

A Magyar Pszichológiai Társaság Ranschburg Emlékbizottsága 1993-ban **Szakács Ferencnek** ítélte oda a Ranschburg Emlékérmet.

Ebből az alkalomból közöljük annak az előadásnak a szövegét, amelyet Szakács Ferenc a Társaság tudományos ülésén a kitüntetés átvételekor *1993. április 8-án* felolvasott.

A KLINIKAI PSZICHOLÓGIA, AHOGY ÉN LÁTOM

1993. április 8-án

SZAKÁCS FERENC

Tisztelt Hallgatóság!

Bizonyára egyetértenek velem abban, hogy a "pszichológia" szó lelki jelenségekkel foglalkozó tudományt jelent, a klinikai jelző pedig valami olyasmit fejez ki, hogy a szóban forgó jelenségek nem egészségesek, patológiásak, korrekcióra szorulnak, olyasféleképpen, mint a nem egészséges, patológiás testi jelenségek, amelyeket gyógyítanak.

Ez a fogalommeghatározás kissé felületes, pontatlan ugyan, de értjük mit mondunk, ha használjuk a "klinikai pszichológia" szavakat. A mindennapi gyakorlatban nincs szükségünk pontos definíciókra. Jó orvos lehet az is, aki nem tudja pontosan definiálni: mi az orvostudomány. A "szerelem fogalmát" sem kell definiálni ahhoz, hogy szerelmesek legyünk, s a boldogságét sem, hogy boldognak érezzük magunkat.

Néha azonban szükség van pontos definíciókra. Szakmánk megteremtésének idején például a "klinikai pszichológia" és az "orvosi pszichológia" egymástól megkülönböztetett meghatározása szakmánk független kodifikálását, adminisztratív fejlesztését tette lehetővé.

Ma az egészségügyi ellátás reformja, a betegbiztosítási rendszer bevezetése során merültek fel olyan problémák, amelyek ismét szakmánk megfogalmazására késztetnek bennünket. Ezen a szép napon azért beszélek kiújult szakmai bajainkról, hogy segítségüket (segítségeteket) kérjem.

Magyar Pszichológiai Szemle, 1992-93, XLVIII-XLIX. (32-33.), 5-6. 517-522.

Tisztelt Hallgatóság!

Mint ismeretes, az 1976-os "képesítési", az 1977-es "munkaköri", az 1981-es "szakképzési" és az 1989-es "magánpraxis" rendelettel lényegében kialakult egy új, önálló szakma: a klinikai pszichológia. A pszichológusi tevékenység az egészségügyi ellátás elismert és megbecsült részévé vált. Megszünt az a szakmánkat súlyosan degradáló visszásság, hogy pszichológusi tevékenységet végezhettek pszichológusi oklevéllel nem rendelkező személyek. A klinikai pszichológus önállóságot kapott a pszichikus zavarok diagnosztikájában és pszichoterápiájában, mindössze (természetesen) szomatikus vonatkozásokban volt orvos konzulens igénybe vételére kötelezve.

A rendszerváltást követő "dereguláció", valamint az új társadalmi-gazdasági helyzet, a megváltozott adminisztráció, az időközben lezajlott szakmai változások következtében szakmánk sajátos "törvényen kívüli" helyzetbe került. A tevékenységünket szabályozó jogszabályokat törvényen kívül helyezték, újakat a Minisztérium még nem vezetett be több problémára hivatkozva.

A "problémák" közül a legfontosabbak:

1) A klinikai pszichológia szakmai önállósága (ezzel összefüggésben a szakképzés);
2) a klinikai pszichológus pszichoterápiás tevékenysége.

Mindkét problémakörben az a vitatott kérdés, hogy mire jogosult a pszichológus és mire nem. Az elvárható választól (hogy ti. a pszichológus is arra a tevékenységre jogosult, amelyre kiképezték) sajnos eltérő főhatósági vélekedések is érvényesülnek. Szinte hihetetlen, de mégis az a helyzet, hogy mintegy harminc évi, az orvosokkal súrlódásmentes együttműködésben végzett, általuk elismert, önálló szaktevékenység után, vannak (reméljük, csak elszigeteleten), akik azt követelik, hogy a pszichológus csak orvosi utasításra és orvosi felügyelettel végezhesse munkáját, mint írják: "...függetlenül attól, hogy mit tanul a pszichológus, és mit nem tanul az orvos. Vagyis a többi paramedikális tevékenységhez hasonlóan orvosi rendelvényre végzi a pszichológus a pszichoterápiás kezelést - amint a gyógytornász, a fizioterapeuta, stb. esetében magától értetődően így is van..." Érveik még a következők: a pszichodiagnosztikai munkához nincs szükség pszichológusi diplomára, mivel azt középkáderek is el tudják végezni; a pszichoterápia pedig gyógyító tevékenység, márpedig gyógyító tevékenységre kizárólag orvos jogosult. Ergo: pszichológusra nincs szükség. Az elkészült társadalom (beteg-) biztosítási rendelet-tervezetben a klinikai pszichológia sem mint foglalkozás, sem mint álláshely (laboratórium, osztály) nem szerepel. Abban a minisztériumi bizottságban, ahol ezt a tervezetet tárgyalták, én is jelen voltam. Amikor az elnöklő államtitkárhelyettes figyelmét felhívtam e sajnálatos hiányra, és érveltem szakmánk mellett, érdeklődéssel hallgatott, és megkért, tájékoztassam őt arról, mi is az a klinikai pszichológia, mert ő bizony tájékozatlan ez ügyben.

Ekkor gondoltam arra, hogy milyen jó lenne, ha a hatszáznál több klinikai pszichológus, a még sokkal több pszichiáter orvos egységesen próbálná meggyőzni az egészségügyi kormányzatot arról, hogy szakmánkat nem visszaszorítani, hanem támogatni-fejleszteni kellene. Ekkor, ott határoztam el, hogy legalább azokat a kedves barátaimat, munkatársaimat, tanítványaimat együttműködésre kérem, akik lesznek szívesek megtisztelni jelenlétükkel.

Világos, hogy ebben a feszült helyzetben, amit a szűkös anyagiak elosztása (és talán a konzervatív pszichológia ellenesség?) hozott létre, nem az ellentétek szítására, hanem elméleti-fogalmi tisztázásra van szükség. Nem hatalmi, hanem szakmai-logikai érvekkel kell rendezett helyzetet teremteni, és nem szabad fennhélyázó, gőgös érvekre odafigyelni. (Reméljük, hogy elmúlt az az idő, amikor félni kellett a hatalomtól, "akinek" mindig "igaza" volt.)

Lássuk ehhez először a klinikai *pszichológia* és *pszichoterápia* fogalmának viszonyát.

A *klinikai pszichológia* rendellenes lelki jelenségek (pszichikus zavarok) megelőzésével, megismerésével (pszichodiagnosztika) és pszichológiai korrekciójával (pszichoterápia) foglalkozik. Vagyis: mindenféle pszichikus zavar mindenféle korrekciója beletartozik a fogalomba. (A klinikai pszichológus pedig az az egyetemi diplomával és az Orvostovábbképző Egyetemen nyert egyetemi szakdiplomával rendelkező szakember, aki az orvosnak nem alá-, hanem mellérendelt autentikus és kompetens munkatársa!)

A *pszichoterápia* pszichikus zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekciója. A "pszichikus zavarok" és a "pszichológiai módszerek" egyaránt beletartoznak a klinikai pszichológia fogalmába, következésképp a pszichoterápia sajátosan klinikai pszichológiai tevékenység, a fogalom definíciójának sine qua non kritériuma. Aki a klinikai pszichológia fogalmából ki akarja venni a pszichoterápiát, az logikai hibát vét, illeve magát a klinikai pszichológia fogalmát semmisíti meg. Az a szakember tehát, aki a klinikai pszichológiában egyetemi szakdiplomát szerzett, kell, hogy egyúttal pszichoterápiában is szakképesítést nyerjen. (Szakmai és megoldott részletkérdés annak tisztázása: milyen jellegű és milyen mértékű pszichoterápiás képzésnek kell ennek lennie.) Vagyis: a klinikai szakpszichológust egyszerűen logikai képtelenség eltiltani a pszichoterápiás tevékenységtől, pláne logikai képtelenség arra való hivatkozással, hogy nem orvos. Ez akkor volna megalapozott, ha a pszichoterápia nem pszichológusi tevékenység volna (amint azt fentebb beláttuk), hanem sui generis orvosi-gyógyító tevékenység.

De hát *vajon sajátosan orvosi tevékenység-e a pszichoterápia*? Vagy inkább az orvosi tevékenységben alkalmazott pszichológiai módszer? A már idézett főhatósági szakember így ír erről: "Ma Magyarországon... nem kell külön jogszabály ahhoz, hogy orvos pszichoterápiás tevékenységet végezzen...". "Továbbá mivel a pszichoterápia gyógyító tevékenység, alanyi jogon orvos végezheti azt..." E vélemények szerint tehát egy orvosnak gyógyítás címén joga van olyasmit is csinálni egy beteggel, amit egyetemi tanulmányai során nem tanult, és amire később sem képezték ki? Ha ez így lenne, félni kellene az orvosoktól. Szerencsére tudjuk, hogy a valódi orvosok tartják magukat esküjükhöz, és tudatlanul-képzetlenül éppúgy nem fognak pszichoterápiás

tevékenységbe, mint például gyógypedagógiai munkába, vagy menedzserképzésbe, netán jogi tanácsadásba, vagy lelkipásztori munkába. A "nil nocere" elv olyan szilárd alapja az orvosi hivatásnak, hogy nem kell ettől a főhatósági vélekedéstől féltenünk betegeinket.

Az orvos tevékenysége az emberi szervezet betegségének gyógyítására irányul. A pszichikus zavar korrekciója, a pszichoterápia során azonban sohasem gyógyítunk ilyen betegséget közvetlenül, hanem mindig csak vagy a betegséget előidéző *pszichikus* zavart, vagy a betegség által előidézett *pszichikus* zavart (illetve e pszichikus zavarok szövevényét) próbáljuk meg korrigálni, és mindig pszichológiai módszerekkel! A *pszichoterápia tehát nem gyógyító tevékenység a szó orvosi* (medicinális modellbéli) *értelmében, mivel a pszichikus zavar nem betegség* (a szó orvosi-medicinális modellbéli értelmében), hanem sokkal inkább kognitív jelenség (pl. információdeficit, hibás gondolati sémák, stb.), és a "pszichológiai módszer" nem sajátosan orvosi tevékenység! Egy másik területről vett kissé sántító hasonlattal szemléltetve: a számítógép hardver-baja a "betegség" (szervi baj), s szoftver-baja a "pszichikus zavar". Bármelyik bajról van is szó, a gép nem működik. De nehéz elképzelni, hogy a hardveres mérnök szakember eltiltaná a szakmatematikust a szoftver javításától arra való hivatkozással, hogy nem mérnök. Az sem valószínű, hogy a mérnök (külön szakképesítés nélkül) jogot követelne olyan tevékenység végzésére, amelyre nincs kiképezve.

A kérdés tehát ezek után nem az, hogy miért végez az erre kiképzett klinikal pszichológus pszichoterápiát (és miért ne szerezhetne ráépített szakvizsgával "szakpszichoterapeuta" címet, képesítést), hanem az, hogy hogyan vált a pszichoterápia egyáltalán orvosi tevékenységgé.

A legismertebb és legelismertebb pszichoterápiás eljárás, amely a medicinális modell szerint nyert megfogalmazást, *a pszichoanalízis*. Ez tekinthető a legelső jól kimunkált (sőt, talán mindmáig legjobban kimunkált) pszichoterápiás elméletnek is. Tételei szerint a személyiség instanciái között levő konfliktusok alkotják a betegséget, amelynek pszichikus zavarok (és szomatikus panaszok) képezik a tüneteit. A pszichoanalitikus pszichoterápia a lelki betegség gyógyítására irányul, nem a testi tünetekre. A pszichoterápia tehát ezen elgondolás szerint ugyanolyan gyógyító tevékenység, mint például a tüdőgyulladás kezelése, csak éppen lelki betegség gyógyításáról van szó pszichológiai módszerrel. Volna tehát alapja valamely főhatósági vélekedésnek, amely a *pszichoanalitikus* pszichoterápia gyakorlásának a jogát kötné orvosi diplomához.

Ez a vélekedés sem tartható azonban több okból. Az elsőt mindjárt maga *Freud* fogalmazta meg, aki módszerét és elméletét *pszichológiának* tartotta. (A pszichológia szakembere pedig a pszichológus és nem az orvos. Ez utóbbi, ha tanul is valamelyes pszichológiát, e tudománynak éppúgy nem lesz szakembere, mint ahogy a pszichológus sem lesz az orvostudományok szakembere attól, hogy orvosi tudományokat tanult.) Másodszor: a módszer alkalmazását maguk a pszichoanalitikusok (és nemzetközi társaságok) *nem* kötik orvosi diplomához! Itt is ülnek olyan pszichológusok, akik elismert pszichoanalitikusok. Pápább volna a pápánál tehát az, aki orvosi diplomához akarná kötni a pszichoanalitikus pszichoterápia gyakorlásának a jogát.

Az összes többi nagy pszichoterápiás irányzat pedig sem elméletében, sem gyakorlatában nem használja a "betegség" és "gyógyítás" terminusokat, felismerve, hogy a pszichikus zavar sokkal inkább "programhiba", mintsem a szervezet betegsége. Ha pedig így van - mondják - akkor a pszichikus zavar nem "tünet", hanem maga a korrekcióra, "átprogramozásra" szoruló hiba. A pszichoterápiás módszerek többszázféle technikán, koncepción alapulnak ugyan, de adekvát alkalmazásuk esetén hatékonyságukat illetően egyenrangúak. Közös sajátjuk: egyetlen pszichoterápiás módszer elsajátításának, gyakorlásának sem feltétele az orvosi diploma, mivel ezek kivétel nélkül *pszichológiai módszerek*!

A pszichoterápiát orvosi kompetenciába zárni és a klinikai pszichológusoktól ezt a jogot megvonni tehát szakszerűtlen - logikailag hibás gondolkodásra való tévedés. (Félreértés ne essék: bennem semmiféle "orvos-ellenség" nem munkál. Azoknak az orvosoknak a százai, akikkel az elmúlt évtizedekben együtt dolgoztam, vagy akik tőlem tanultak pszichoterápiát, tanúsíthatják ezt. Igaz, egy sem volt közöttük, aki azt hitte volna, hogy az orvosnak "alanyi" joga van alárendeltjének tekinteni egy olyan szakembert, akinek a munkájához ő nem ért.)

Én magam mindig azt hirdettem, hogy az orvosok közül kizárólag az arra kiképzett pszichiáter szakorvosoknak szabad pszichoterápiás jogosultságot adni. A pszichiáter szakorvosok képzésük során színvonalas pszichoterápiás képzésben részesülnek, és ráépített pszichoterápia szakvizsgát tehetnek.

A klinikai pszichológusok képzésük során valamivel több pszichoterápiás képzést kapnak, ráépített pszichoterápiás szakvizsgát azonban nem tehetnek.

Vajon miért nem?

Azt már beláttuk, hogy az orvosi diploma a pszichoterápia szempontjából irreleváns. Pontosabban nem árt, ha van, de nem szükséges.

Akkor talán a *pszichiátria* fogalmában leljük a magyarázatot?

Nem, két okból.

Az elsőt maguk a rendelet megfogalmazói monják ki: nemcsak pszichiáterek tehetnek ilyen szakvizsgát, hanem *bármely szakorvos*.

A második: a pszichiátria lényegében alkalmazott pszichológia + orvostudomány.

A kör bezárult: *nincs logikailag elfogadható, szakmailag alátámasztható magyarázata a szakmánkat hátrányosan megkülönböztető főhatósági intézkedésnek.*

Következésképpen: tenni kell ellene valamit.

Én a meggyőzés eszközét javaslom. Van esélyünk, hisz igazunk van, és - ami talán még ennél is fontosabb - széles körű támogatásra, egyetértésre számíthatunk.

Mindenekelőtt magára a népjóléti miniszterre *Dr. Surján László*ra, aki a Parlament Szociális és Egészségügyi Bizottságában tartott felszólalásomra írásban azt válaszolta, hogy: "Teljes egészében egyetértünk azzal az észrevételével, hogy korunkban igen megszaporodtak az életvezetési, családi problémák, amelyeknek ellátásában a klinikai szakpszichológusok valóban hasznos segítőtársai lehetnek az alapellátásban és szakellátásban dolgozó orvosoknak." Számíthatunk a *Dr. Czigler István* által vezetett Magyar Pszichológiai Társaságra és a Pszichiátriai Szakmai Kollégiumra, amely *Dr. Tringer László* professzor vezetésével támogatja klinikai

pszichológusok pszichoterápiás jogosultságát. Számíthatunk *Dr. Füredi János* professzor támogatására, aki a Pszichiátriai Társaság elnökeként és a pszichoterápiás szakképzés vezetőjeként nem egyszer állt ki a klinikai pszichológusok pszichoterápiás jogosultsága mellett. Előbb-utóbb reális hatalomként áll ügyünk mellett a *Dr. Illyés Sándor* professzor vezette Magyar Pszichológus Kamara. Fontos támogató a *Dr. Hunyady György* professzor vezetésével működő MTA Pszichológiai Bizottsága. És végül, de nem utolsósorban saját legfelső szakmai fórumunk, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet főigazgatóhelyettes vezető pszichológusának, *Dr. Bagdy Emőke* docensnek vezetésével működő Klinikai Pszichológiai Szakmai Kollégium valóban áldozatos és magas színvonalú szakmapolitikai tevékenységére. Ebben a munkában olyan kitűnő szakemberek vesznek részt, mint *Dr. Szegedi Márton* professzor a SOTE Pszichiátriai és Pszichoterápiás Klinikájának főigazgatóhelyettese, *Dr. Molnár Péter* professzor a Szentgyörgyi Albert Orvostudományi Egyetem tanszékvezetője és (hogy ne csak professzorokat említsek) *Dr. Kulcsár Zsuzsanna* docens, az ELTE Pszichológiai Intézetének Tanszékvezetője, vagy *Dr. Harmatta János* főorvos a Pszichoterápiás Tanács elnöke, és sok más kiváló szakember. Természetesen számítunk Önökre (Rátok) tisztelt hallgatóim, mindkét nembeli barátaim, munkatársaim, kedves tanítványaim.

Ha orvosok és pszichológusok, intézményesen, meg csak úgy privátim összefogunk, bizonyosak lehetünk a sikerben. Kérem segítsenek (segítsetek). Hadd legyen ez az én születésnapi ajándékom. Előre is köszönöm.

MEGEMLÉKEZÉS

KOZÉKI BÉLA

1937 - 1993

Termékeny kutatót és szakírót vesztettünk el Kozéki Béla személyében. Munka közben, félkész könyv, jegyzetek, vázlatok és könyvtári könyvek halmaza közül ragadta el a halál.

Küzdelmekkel teli, cseppet sem felhőtlen ifjúság után pszichológiai érdeklődése - nyelvszakos lévén - kezdetben a nyelvtanulásra való alkalmasság felé fordult, majd ennek nyomán az iskolai teljesítménymotiváció kezdte érdekelni, s tágabb értelemben az ember motivációs háztartásának mindazon része, amely neveléssel alakítható. A hetvenes években kidolgozott háromdimenziós motivációs modelljével tett szert európai hírnévre. A sokak által is vizsgált affektív és kognitív aspektus mellé egyenrangúként kifejtve helyezte el az előbb effektívnek, majd morálisnak nevezett dimenziót, amely az egyén viselkedésében megvalósuló értékrendre utal. A neveléslélektani motiváció tárgykörében brit és más európai kutatókkal kooperálva számos nemzetközi összehasonlító vizsgálat tásszerzője volt. Különösen termékeny együttműködést alakított ki a tanulási orientációk edinburgh-i kutatójával, N. Entwistle-lel, halála pillanatában is még edinburgh-i útra készült, egy újabb vizsgálat tervével. A gyermeki személyiség szenvedélyes búváraként - elégedetlen lévén a létező kérdőívekkel - több új vizsgálóeszközt is kidolgozott, amelyek közül kiemelendő az Eysenck-házaspárral folytatott együttműködés terméke, az a többdimenziós kérdőív, amely új aspektusként vezeti be a személyiségvizsgálatba a kockázatvállalást, ezt a mai magyar társadalomban egyre inkább felértékelődő tulajdonságot.

Élete és munkássága legnagyobb része az MTA Pszichológiai Intézetéhez kötődik, ahol a Neveléslélektani Motivációkutató Csoport vezetőjeként működött. Egyre fokozódó mértékben érezte úgy, hogy az affektív és kognitív szempontok mellett a morális dimenzió igen csekély figyelmet kap a neveléslélektani kutatásban és a társadalmi közgondolkodásban egyaránt. Erre adott reakcióképpen mind elméleti munkájában, mind szóbeli és írásbeli felvilágosító tevékenységében növekvő hangsúlyt helyezett a morális kategóriákra, az erkölcsi értékeknek a fiatalok személyiségébe történő beépítésére. Az iskolák légkörének és morális értékadó funkciójának fürkészése során különbséget tett a szavakban megfogalmazott szabályrendszerben testet öltő iskolaethosz és az indirekt módszerekkel közvetített eszményekkel és értékekkel jellemezhető iskolaéthosz között - ezek közül az utóbbi érdekelte intenzívebben. Sokszor gondolt vissza nosztalgiával saját középiskolájára és fiatalkori

Magyar Pszichológiai Szemle, 1992-93, XLVIII-XLIX. (32-33.), 5-6. 523-524.

tanári működésének színhelyére, amely iskoláknak egy egész életre erkölcsi tartást, útravalót nyújtó igazi " éthosza " volt.

Lajstromba is nehezen vehető, nagyszámú írása az alkalmazott kutatástól a könnyen emészthető ismeretterjesztő munkáig széles skálán mozog. Ez utóbbiakban is elsősorban a morális kvalitások (fegyelmezettség, akarat, elkötelezettség) kialakítását hangsúlyozta, szülőket és nevelőket a gyermek hosszútávú érdekeire figyelmeztetve. A szakma belső életének változásaira és újdonságaira is reagálva egy-két éve beindult alkalmazott pedagógiai lapban rovatvezetést vállalt.

Szakmai erényei - széles körű tájékozottsága, következetes gondolkodásmódja, állhatatossága, energikus munkavégzése - számos kollégával feledtetni tudták természetének érdességét, azt az impulzivitást és hullámzó hangulatot, amely stresszek és csalódások sorozatával terhelt életútjával is magyarázható, s amelytől talán önmaga szenvedett a legtöbbet. Saját elemi igényeit is háttérbe szorítva, egészségét elhanyagolva, csak a tudománynak és az ismeretterjesztésnek élt, önmagához legalább olyan szigorú és kritikus volt, mint környezetéhez. Bár milyen hirtelenül is szakadt meg pályája, szűkre szabott 56 évének termése mégis kerek, igen gazdag életműként értékelhető. Szinte minden megfigyeléséből, gondolatából, élményéből előbb-utóbb írás lett. Ha a betegség nem vet véget munkásságának, még számos alapos, racionális és gyakorlatias mű kerülhetett volna ki a kezéből. Meg nem írott könyvei azonban most már végérvényesen hiányozni fognak a szakemberek és érdeklődő szülők könyvespolcáról. De ha tanítását megszívlelve egy hajszálnyival jobban odafigyelünk szűkebb és tágabb közösségeinkben a morális értékek ápolására, ezzel őrizhetjük meg és vihetjük tovább egész életművének legfőbb üzenetét.

INTERJÚ

"A ROBOT PRÓBÁJA AZ EVÉS"

avagy 'vegetariánus' beszélgetés a tudatosságról

Hernád Istvánnal
a Princeton Egyetem kutatójával,
a Behavioral and Brain Science alapító szerkesztőjével

Készült a visegrádi Kognitív Szemináriumon, 1993 januárjában, nagy hóban:

- Most az Egyesült Államokból jöttél ide Visegrádra - de a te történeted, amely a mi beszélgetésünk kiindulópontja is egyben, Magyarországon kezdődött. Kétéves voltál, amikor elmentél innen.

- Igen. Tudod mikor voltam kétéves? 1947-ben, s ezzel már elég sokat mondtam. Az apám szociáldemokrata volt, a pénzügyminisztérium jogtanácsosa, előre látta, hogy mi lesz - vagyis, hogy a szociáldemokraták vagy beleolvadnak a kommunista pártba, vagy börtönben végzik. Azon a címen, hogy az egyik gyereket egészségi ok miatt Ausztriába kell vinni, mindnyájan elhagytuk az országot; először Ausztriában voltunk és végül Montreálban telepedtünk le.

- Ezek szerint iskolába is ott kezdtél el járni.

- Igen, angol elemibe és gimnáziumba jártam; az egyetemre szintén Quebecben mentem, itt kaptam meg a BA fokozatot pszichológiából, és aztán Princetonban kaptam a doktorátust.

- Kíváncsi vagyok azonban ennek a rövid összefoglalónak arra a miértjére, amikor gimnázium után a fiatal Hernád István a pszichológiát választotta?

- Én is, mint mindenki, abban a korban egy kicsit flörtöltem a freudi pszichológiával. Minden kamasz tudni akarja, hogyan működik a gondolkodása, és azt hittem természetesen, hogy a freudi pszichológia ezt meg fogja nekem magyarázni. Aztán az egyetemen az első kurzuson pszichológiából fölfigyeltem Donald Hebbre - ezek voltak az utolsó évei, amikor aktívan oktatott. Az első előadástól kezdve azt mondta, hogy "én tudom, hogy ti mind azért jöttetek ide, mert azt hittétek, hogy ez freudi pszichológia; azonban ez nemcsak hogy nem az, de rá fogtok jönni, hogy nem is ez a lényeg". Csalódott voltam, és ki is akartam lépni a kurzusból. Hebb úgy nézett ki, mint egy öreg matróz, és ráadásul sánta is volt. Nem gondoltam, hogy ilyen embertől bármit is tanulhatok. Bécsi pszichodinamikus tudósokat akartam hallgatni, ehelyett őt hallgattam, aki - mivel egy tenger melletti kis faluból származott - furcsa kiejtést hozott magával. Szóval kiejtés, matróz-külső, sántaság - úgy éreztem, ez nem lesz nekem való. De hamarosan kiderült, hogy volt benne valami nagyon elvont és kifinomult. Tudta, mi a célja, nagyon biztos volt magában. Előadásaiban rátért a felfedezésére, a sejthálózatelméletre, és beszélt a gondolkodásról, annak fizikai implementációjáról. Addig én is, mint sok gyerek, azt hittem, hogy az "agy" csak egy metafora, nem valódi szerv, mint a szív. Azt gondoltam, hogy azt csak úgy mondjuk az

Magyar Pszichológiai Szemle, 1992-93, XLVIII-XLIX. (32-33.), 5-6. 525-533.

okossággal kapcsolatban, hogy valakinek "sok esze van", de hogy ez azt jelenti, hogy van ott valamilyen szerv, és ami lejátszódik a két fülem közt, amikor ülök és gondolkozom, az tulajdonképpen valami fizikai folyamat - ez a gondolat először az ő révén jutott el hozzám. Nagyon meghatott, és elgondolkoztatott. Innen ered az a döntésem, hogy ezt csinálom hivatásként.

- A középiskolai freudi vonzalom helyébe tehát Hebb lépett. Hogyan volt képes a hebb-i gondolkodás választ adni a Freud inspirálta kérdésekre?

- Egyáltalán nem volt képes erre. Olyan ez, mintha valakinek Mozarthoz hasonlítható zeneszerzői képessége lenne, csak éppen a XX. században művelné ezt a mesterséget, abban a korban, amikor a tonális zenének már úgymond vége - az illető rossz időpontban születne ahhoz, hogy zeneszerző legyen. Talán mi is rossz időben léptünk be ebbe a szakmába; túl korán van. Amit eddig tanultam mások kutatásából vagy a magaméból, nem elégítette ki azt a szomjúságot, amit Hebb felébresztett bennem. Néha irigylem az öcsémet, aki matematikai fizikus lett, mert ő nagyon elégedett az eredményeivel. Én bizony nem. A kognitív tudományt továbbra is izgalmasnak tartom, de főleg nem a válaszai miatt, hanem még mindig csak a kérdések miatt. De Hebb megismerése után sohasem vágyakoztam ismét Bécs felé.

- Hogyan hoznád összefüggésbe a hebb-i munkásságot a sajátodéval?

- Az elején Hebb nagyon a biológia felé irányított. Hebb a pszichológiát nem tartotta erős diszciplinának, interdiszicplináris tudós volt, nagyon sokat tudott a fiziológiáról. Az élettani és a környezeti folyamatokat egyformán hangsúlyozta a magatartás szerveződésében, Hebb sose volt behaviorista. "A viselkedés szerveződése" című könyve körülbelül akkor jelent meg, amikor elhagytuk Magyarországot. Nagyon nagy hatású volt ez a könyv a behaviorizmus ellen: kezdte visszahozni a hangsúlyt a külső helyett a belső folyamatokra. Sokáig én is biológiai irányba mentem.

Újabban azonban színre lépett az ún. funkcionalizmus, mely a fiziológiai oldaltól részben független. Vannak nálam sokkal vadabb funkcionalisták, ilyen például Jerry Fodor, aki azt föltételezi, hogy teljesen érdektelen, hogyan működik az idegrendszer, az implementáció nem érdekes, csak az, hogy milyen formális rendszer van implementálódva. Fodor metodológiája szerint az a tudományos feladatunk, hogy leírjuk ezt a formális rendszert; aztán vesződjenek majd a fiziológusok azzal, hogyan lehet ez implementálódva. Így megmagyarázhatunk egészen apró "játékokat". Az ún. "modularitás" azt tartja, hogy amikor egy kis játékot modellálok (néha valóban játékról van szó, mondjuk a sakkról) - akkor nem törődöm azzal, hogy az illető hogyan beszél, hogyan lát, hogyan hall, csak azzal, hogyan tud sakkozni; namármost, mikor már van egy modellem a sakkjátékra - valaki azt mondhatja: "Ide figyelj, mi, emberek sokkal többre és másra is képesek vagyunk, nem is szólva arról, hogy a sakkozóképesség többféle módon is elérhető, márpedig azt akarjuk tudni, hogy melyik a valódi, az igazi megoldás, amelyik a mi fejünkben zajlik le!" És így folytathatja tovább: "Inkább próbálj ambíciózusabban többet modellezni, de ne csak ilyen játékokat". Ha azonban elhisszük, hogy csupa önálló modul van a fejünkben, akkor mondhatjuk, hogy "helyes, megoldottam ezt a modult, most jöhet a következő". E gondolatmenet szerint a játék modul valódi modulnak tekintendő. Szerintem a helyes út inkább egyetlen modul felnagyítása lenne akkorára, hogy képességei elérjék a miénket.

- Milyen témákkal foglalkoztál az egyetem elvégzése után?

- A percepcióval kezdtem, s aztán áttértem a lateralitás témájára; szerkesztettem egy könyvet is erről, "Lateralisation in the Nervous System" (Academic Press) címmel 1977-ben. Közben egy másik téma is fölkeltette az érdeklődésemet: a nyelv eredete és evolúciója; ebben a témában szerveztem a New York Academy of Sciences-szal 1975-ben egy óriási nemzetközi találkozót: "Origins and Evolution of Language and Speech" címmel. Ezelőtt száz évig hivatalosan majdhogy nem tilos volt hipotéziseket alkotni a nyelv eredetéről. Ez a moratórium a XIX. évszázad közepén kezdődött. Ekkor a párizsi nyelvészeti egyesület bejelentette, hogy további munkát nem fogad el ebben a témában. Ezután száz évig senki sem fogadott el ilyen témájú tanulmányt. A moratóriumot azért rendelték el, mert az összes korabeli "tudományos" írás puszta spekuláció volt. Rengeteg elmélet létezett arról, hogyan kezdődött a nyelv. Volt például egy olyan elmélet, a "vau-vau", amely úgy tartotta, hogy az emberi nyelv az állatok utánzásából alakult ki; volt egy ún. "hó-rukk" elmélet, amely a nehéz súly emelésekor kiadott hangokra vezette vissza a nyelv eredetét stb. - szóval csak ilyen légből kapott spekuláció folyt akkoriban.

Aztán a mi évszázadunk közepén jött Chomsky az univerzális grammatikával, és azóta már sokkal többet tudunk az idegrendszerről is, az afáziáról, az állati kommunikációról stb., fejlődött a paleontológia, a pszichológia és a pszicholingvisztika is. Visszatérve a nemzetközi konferenciára, amit a New York-i Tudományos Akadémiával szerveztünk (H. D. Steklis kollégámmal együtt) - elég nagy hatása volt, mivel azóta újra felvirágzott ez a téma.

Egyik mellékhatása ennek az volt, hogy amikor előkészítettem ezzel a kollégával a kongresszust, ráakadtam egy rendkívüli folyóiratra. Tulajdonképpen nem is mi szüntettük meg a moratóriumot - az ötlet a Current Anthropology folyóiratból jött, amit egy Sol Tax nevű antropológus alapított. Nem tudom, hogy él-e még, a chicagói egyetemen kutatott annak idején. Amerikai, ún. "indián" bennszülötteket tanulmányozott, akik furcsa demokráciában éltek. Sokkal erősebb demokráciában, mint amire mi gondolunk: csak a férfiakra volt érvényes, de minden egyes felnőtt férfinek egyet kellett értenie a törzs minden döntésében. Valószínűleg csak azért tudott működni, mert Amerikában volt, ahol sok a hely, így abban az esetben, ha létrejött egy kisebbségi csoport, akik nem értettek egyet a többséggel, akkor az különvált, és új törzs lett belőle. Ez a demokrácia nagyon imponált Sol Tax-nek és folyóiratát e modellt követve indította el. Először úgy gondolta, hogy ha valaki ír egy cikket, főleg antrolopógiában, akkor az csak egy szempont, és mindnyájan a saját szempontunkból olvassuk el. Mennyivel jobb lenne, hogy amikor egy antropológus ír valamit, azt odaadná másoknak is, akik szintén tanulmányozták azt a kultúrát, és azok átírják, átalakítják az eredeti munkát; a kultúrának néhány tagja is beleszólna, és így a végén - mint ennél az indián törzsnél is - valamilyen kollektív demokratikus konszenzus alakulna ki, és aztán ezt publikálnák. Ez a kísérlet azonban nem sikerült. Egy darabig ment, de aztán egy bizonyos ponton az szerző azt mondta: "figyeljetek, én ezt és így akarom mondani, mondjátok el külön, ha nektek más a véleményetek". Így alakult ki az a forma, hogy egy ún. "célcikket" (target article) számos kommentár és az ezekre adott válasz követ. Én akkor fedeztem fel Sol Tax folyóiratát, amikor a nyelv

eredetéről szóló kongresszusra készültünk. Nagy hatással volt rám - csupa érdekes téma, nemzetközileg interdiszciplinárisan és nyíltan megvitatva - azt azonban nem mondhatom, hogy a saját ötletem volt utánozni ezt: Julian Jaynes (volt tanárom) volt, aki azt ajánlotta, hogy ha annyira csodálom ezt a folyóiratot, miért nem csinálok egy hasonlót a mi szakmánkban is - ebből született meg a *Behavioral and Brain Sciences*, amit azóta is szerkesztek. Közben kutató voltam - lateralitás témában először a New Jersey Neuropsychiatric Institute-ban és aztán a Rutgers Medical School Pszichiátriai Tanszékén -, de amikor elkezdtem a folyóiratot, akkor egy darabig abbahagytam a kutatást, mert a folyóiratszerkesztés teljesen lekötött. Amikor aztán néhány év után kontroll alá került ez a monstrum, megint visszatértem a kutatáshoz.

- Összehasonlítható-e, és ha igen, vajon túlnőtte-e az egykori ötletadó folyóiratot a BBS?

- Antropológiában 1959 óta létezik ez a folyóirat és nagyon nagy befolyása van, de lehet, hogy nem olyan nagy, mint most a *BBS*-nek. Ez talán azért lehet így, mert a *BBS* több diszciplinát fog át: kognitív tudományt, agykutatást, filozófiát, informatikát, stb.

- Hogyan jutott el az ötlet a megvalósulásig? Hogyan lett belőle ez a piros, negyedévente megjelenő folyóirat? Mikor jelent meg először a BBS?

- A New York-i kongresszus 1975-ben volt, akkor terveztem. A Cambridge University Press 1977-ben fogadta el, 78-ban jelent meg az első szám, szóval, te jó isten, már 15 éve létezik!

- Hogyan fog az ember hozzá egy folyóirat létrehozásához?

- Tudod, mi az, hogy "chain letter"? Ez az, amit tilos csinálni; azt jelenti, hogy küldesz valakinek egy levelet és arra kéred, hogy küldjön neked száz vagy ezer forintot, és aztán másolja le a levelet és küldje el két másiknak. A te neved a hatodik a listán, és amikor téged elér a lánc, hozzád fog jönni a pénz. Ezzel a módszerrel kezdtem, azzal a különbséggel, hogy nem volt pénzről szó. Egyszerűen levelet írtam húsz kollégának. Azt kértem tőlük, hogy ha ők is egyetértenek azzal, hogy jó lenne egy ilyen folyóirat a mi szakmánkban, és hajlandóak résztvenni, akkor válaszoljanak nekem, és küldjék tovább a levelemet. Pár hónap alatt száznál is többen gyűltek össze, és köztük volt sok diszciplina legfontosabb kutatója a világ minden részéből. Ezzel elmentemhez jónéhány kiadóhoz. Végül a Cambridge University Press fogadta el, és azóta is ők adják ki.

Az utolsó években azonban elindítottam még egy folyóiratot (*Psycoloquy* néven), ami pusztán elektronikus, és szerintem át fogja venni a papír folyóirat szerepét. Az a hátránya, hogy nem kerül pénzbe, és valahogy a dolgok sokkal lassabban működnek, ha ingyen vannak. Én viszont nagyon nagy hangsúlyt helyezek arra, hogy a *BBS* elektronikus változata maradjon ingyenes. Óriási olvasóköre van már a *Psycoloquy*-nek (kb. 20.000), de mégis nagyon lassan indul be; még nincs olyan sok cikk. A kutatók aggályai olyanok, mint: "én tudom persze, hogy sokan fogják olvasni, de mit mondjak, amikor doktorjelölt vagyok, és megszámolják, hogy mennyit publikáltam; ez nem fog számítani, mert csak elektronikus". Emiatt nem akarnak néhányan itt írni. De ez talán nem is olyan rossz, mert aki csak a karrierje miatt publikál, az publikáljon máshol - én inkább azokat a cikkeket szeretném itt, amelyek

valóban minőségiek, és olyan szerzőket, akiknek a legfontosabb az, hogy a kollégák lássák, mit írnak, mert így sokkal többen és gyorsabban hozzájuthatnak, és tovább görgethetik az ötleteket és a tanulmányokat. Meg vagyok róla győződve, hogy pár év múlva ez nemcsak hogy el fogja érni a *BBS*-t, hanem sokkal nagyobb lesz. A *Psycoloquy*-ból szerintem egy idő után sok folyóirat lesz, amelyek át fogják venni a papír-publikációk szerepét.

- Mennyire tűnt biztatónak ennek az új műfajnak az elterjesztése? Mennyire voltál biztos abban, hogy sikerülni fog?

- Mikor először lettem vegetáriánus, nem tudtam, hogy bírom-e hat hónapnál tovább. Az ember nem tudja, hogy mi lesz a jövő, éhen fogok-e halni, vagy nem fogom bírni, nagyon fog hiányozni a hús. Épp így a *BBS* esetében sem tudtam, kapok-e kiadót, és ha kapok is, nem megyünk-e tönkre egy év alatt. Mindenkinek azt ígértem, hogy sikeres lesz, de magamban nem tudtam, vajon fog-e sikerülni. Most a *Psycoloquy*-val ugyanez a helyzet: nincs még elég anyag, csak lelki és időbeli befektetés. De meglehetősen biztos vagyok abban, hogy sikerülni fog, mert már személyesen tapasztaltam az elektronikus tudományos kommunikáció példátlan hasznát. Ha az, hogy a *BBS* milyen gyakran jelentkezik, attól függne, hogy milyen gyakran kapok olyan cikket, amelyek tényleg megfelelnek az én ízlésemnek - nagyon ritkán látnál *BBS*-t. Sok cikk nem felelt meg az ízlésemnek, amit kaptam, de a többieknek tetszett. Később rájöttem arra is, hogy nem olyan fontos, hogy a cikk kiváló legyen, mert néha a kommentár sokkal érdekesebb, mint maga a cikk.

- Mennyire volt könnyű a cikkíróknak és a kommentárokat íróknak megtanulni ezt a műfajt, hozzászokni ehhez az újfajta tudományos kommunikációs stílushoz?

- Volt akinek a karrierjét teremtette meg egy cikk a *BBS*-ben, nagy hírnévre tett szert, és nagyon örült neki. Néha nagyon defenzív alapon válaszolnak a kritikákra, de hát az írónak meg kell védenie magát, akár ha 25 pofont kapott is 25 különböző embertől. A szerző, amikor beadja a cikket, rendszerint azt várja - annak ellenére, hogy ismeri a folyóiratot, és tudja, hogy ez sosem történik így - mégis azt hiszi, hogy csak bókokat fog kapni. S miután tényleg soha nincs így, és mikor a hónap végén a szerző ölébe teszem a 25 kommentárt, rájön, hogy a hozzászólók fecnikre tépik őt. Az első válasz általában nagyon defenzív és erőszakos vagy paranoiás. Azt már nagyon megtanultam, hogy ezt hogyan "beszélem ki" a szerzőből. De néha egy évig is eltart, amíg a trauma elmúlik. Ellenben van, aki nagyon szereti - voltak már olyanok, akik háromszor is publikáltak már célcikket a *BBS*-ben - úgyhogy lehet, hogy ez mégsem olyan fájdalmas.

Volt olyan is, aki külön írt nekem, hogy nem is érti, hogyan tudtuk elfogadni ezt a cikket - erre rendszerint én azt válaszolom: ha ez a véleményed, akkor írd ezt meg egy kommentárban. Közben ugyanerre a cikkre kaphatok olyan leveleket, amelyek azt mondják róla, hogy remek.

- Az ellentmondás, a vita ebben a műfajban megkaphatja a neki szánt alkotó szerepet.

- Ha egyvalamit biztosan megtanulhatunk egy ilyen vita nyomán, akkor az az, hogy bármiről is legyen szó, a kollégák nem értenek egyet egymással. Biztos vagyok benne, hogy ha bármelyik cikket kivenném a *Psychological Review*-ból, és úgy

használnám, mint egy célcikket, éppúgy egymásnak ellentmondó kommentárokat kapnék. Szóval azt hiszem, hogy nem arról van szó, hogy csak a *BBS*-ben megjelenő cikkek váltanának ki éles vitákat.

- Miben látod a jelentőségét a többi kommunikációs csatornával szemben?

- Olyan kommunikációs módot és eredményt hoz ki, ami egy kongresszuson például eltűnik a levegőben. Ugyan kiadják a kongresszusok vitaanyagát - de az rendszerint át van írva, és nagyon sokat visszavonnak abból, amit a résztvevők hirtelen a levegőbe mondtak az ülésen. Az igazi megoldás erre a *BBS* elektronikus formája, a *Psycoloquy*, ami írott formájú, de sokkal gyorsabb, és nem kell hozzá papír. A *BBS* folyóiratot sokáig tart kiadni, s összesen csak kb. 3000 könyvtár kapja meg. A *BBS*-ben a vitákat nem tudom örökké folytatni; másra kell a lap, de az elektronikus médiumban mindenre van hely. Itt van például a 15 év legbefolyásosabb cikke - Searle-nek a "kínai szobá"-ról szóló írása, ami 1980-ban jelent meg -, még most is kapunk rá kommentárokat. Ilyen idáig nem létezett, mert a beszéd túl gyors volt, és mulandó, az írásbeli publikálás pedig túl lassú és nem volt eléggé univerzális. (Elektronikus médiumban pedig valószínűleg érdekesebb lesz Mozartnak lenni, mint a kognitív tudományban.)

- "A szó elszáll, az írás megmarad" régi mondásunkat tehát egy új műfajjal kell mostantól megtoldanunk.

- Az eddigi legfontosabb munkám, amit eddig írtam - "The Symbol Grounding Problem*". Tudod, hogyan született? A hálózaton volt egy nem hivatalos kognitív vitacsoport. Sokan azt hiszik - és részben igazuk is van -, hogy ezek főleg huligánok és dilettánsok, akik bármit és néha nagyon gorombán írnak, és olyasmiről is tudnak írni, amiről semmit sem tudnak. Egy Chomsky például sohasem lenne hajlandó hálózaton írni. Már háromszor-négyszer írtam neki hosszú elektronikus leveleket, ő hosszú válaszokat ír, de azokat nem hagyja közvetlenül a hálózaton, úgy, hogy más is láthassa. Azt mondja, hogy ez számára valami olyasmi, mint amikor gyöngyöket dobnak disznók elé. Én nem így látom. Mivel én vagyok a BBS szerkesztője, én vagyok az egyetlen a világon, aki nem tudott célcikket publikálni! Egyszóval éreztem a kritika hiányát; és - akkor a Psycoloquy még nem létezett - erre a vitahálózatra tettem a cikket, s ezek a "mindenféle" emberek pedig kritizáltak, én pedig válaszoltam nekik. Aztán egyre többen kritizáltak, és egy óriási hólabda-féle dolog lett belőle. Így született meg a "Symbol Grounding" elmélete. Már 4-5 éve, hogy ez történt, és azóta találkoztam már olyan diákokkal, akik csak ebből az elektronikus vitából ismertek.

- Amikor a BBS-be vetett reményedről kérdeztelek, vegetarianizmusodat hoztad fel hasonlatként. Hogyan lettél 17 éves korodban vegetariánus?

- Azért lettem akkor vegetariánus és nem sokkal korábban, mert csak akkor jöttem rá, hogy ez lehetséges. Annak idején, nem volt olyan sok vegetariánus, mint most. Zenét tanultam, és egy fúvósötösben játszottam kürtön. Az oboista sokkal idősebb volt - egy 25 éves bőrgyógyász. Egy gyakorlás utáni ebéd alkalmával mesélte el (azt hiszem éppen pulykát ettem), hogy ő 5 évig bicsérdista volt. Én akkor erre nagyon rácsodálkoztam "Hogy te? Hogy lehet az? Te egy tudós ember vagy, hogy tehetsz ilyet?

---

* Magyarul l. jelen számunk 365. oldalán.

Miért csináltad? Ez egészségtelen, ez nem természetes!" Azt mondta, hogy nemcsak, hogy nem egészségtelen, hanem lehet, hogy még egészségesebb is. De nem emiatt lettem vegetariánus. Bár a húst szerettem, sose tetszett az, hogy érző lényeket kellett ölni ahhoz, hogy én élhessek. De azt hittem, hogy ez elkerülhetetlen. Hát kiderült, hogy nem. Amikor kijött a nagymamám Kanadába - természetesen magyarosan főzött. A nosztalgia számomra minden szempontból a koszt, és persze a nyelv. A múltat e kettő juttatja a legjobban az eszembe - és inkább a kaja szaga, mint az íze. Néha meg is szagolok egy húslevest vagy egy töltöttkáposztát, csak azért, hogy emlékezzem, de harminc éve már nem eszem húst.

- Magyarországgal kapcsolatban mit érzel? Emlékszel-e valamire 3 éves korodból?

- Nagyon élesen emlékszem a Magyarországról való elutazásunk napjára. Ez valami olyasmi, mint a Kennedy-asszociáció - amikor is mindenki, aki élt és felnőtt volt akkor, amikor a Kennedyt lelőtték, tudja, hogy mit csinált éppen abban a pillanatban, mikor megkapta a hírt. Szóval én emlékszem arra, amikor innen elindultunk, amikor megmosdattak bennünket, emlékszem, ahogy csomagoltak a szüleim. Bár nem ez volt az első alkalom, hogy utaztunk, de volt valami más a levegőben. Visszagondolva, nyilván ez az volt, hogy a nagyszülőktől úgy búcsúztunk el, hogy lehet, hogy többé soha sem fogjuk őket látni. Ez ilyen kis sziget az emlékezetemben. Kanadában otthon még egy pár évig magyarul beszéltünk, az iskolában pedig persze, hogy magyar kiejtésem volt, amit borzasztóan szégyelltem. Bizonyos szempontból még most is látom magamon ezt, nem mondom, hogy "trauma", de az öcsémen például nem volt ez a hatás. Aztán persze hamar megtanultam angolul, és ahogy abban a korban sok gyerek, nem akartam magyarul beszélni. Nem beszéltem magyarul mindaddig, amíg a nagymamám ki nem jött; vele csak magyarul lehetett beszélni. (Akkor pont az ellenkezője volt a helyzet, mint most; most éppen a magyar kiejtésemet szégyellem!) Nem vagyok hozzászokva, hogy nem tudom magamat megfelelően kifejezni, és ezt senki sem szereti, de az az érzésem, hogy ez nekem még inkább kudarcérzést okoz. Remélem most, hogy valamivel többet vagyok Magyarországon, fel fog ébredni bennem ez a képesség megint, ahhoz hasonlóan, mint mikor a nagymamám kijött hozzánk annak idején.

- Mikor jártál újra Magyarországon? Milyennek neveznéd a Magyarországgal való viszonyodat?

- Először 67-ben jöttem vissza, amikor már a huszas éveimben voltam. Emlékszem, hogy a Kapás utcában laktam, és az első éjjel magyarul álmodtam, és nemcsak, hogy magyarul álmodtam, hanem emlékeztem arra, milyen volt magyarul álmodni - mintha a töltött káposztát szagolnám, amit már olyan rég nem szagoltam. Nem vagyok nacionalista. Ismerek például sok külföldi magyart, akik nagyon aktívak az erdélyi mozgalomban. Én egy bizonyos pontig szimpatizálok is velük, de én ugyanazt mondom az erdélyi esetről, mint a quebeci esetről, mert nagyon hasonlóak: mindent meg lehet tenni egy kultúra és egy nyelv megvédéséért anyagilag, de nem érdemes vért ontani ezért, inkább föl kell adni a nyelvet és a kultúrát, de senkinek a

vérét nem szabad ilyesmiért ontani, se a sajátjáét, se a másét. Itt most Bosznia példája a legidőszerűbb.

- Van valami kapcsolat aközött, ahogy te az állatokról gondolkodsz, ahogy a kognitív tudományt műveled és ahogy a lelket ott benne elképzeled?

- Van, de nem kauzális kapcsolat. Amikor elmondom valakinek, hogy vegetariánus vagyok, erre sokan azt felelik "ja, szóval nem eszel húst, de úgye eszel csirkét és halat?" Hát milyen kérdés ez? Ha nem eszem húst, miért ennék halat? Ha erre egy egyszerű szabályt akarnék adni, akkor azt mondanám, hogy nem eszem olyat, aminek van, vagy bármikor is volt élménye, szóval lelki állapota. Néha, ha felteszik ezt a kérdést, hogy miért vagyok vegetariánus, gonoszabb vagyok és azt válaszolom: "azért, mert szeretem az állatokat". Ez azért gonosz válasz, mert a partner saját magáról azt hiszi, hogy "hát én is szeretem az állatokat", és elgondolkozik "hát persze, hogy szeretem én is állatokat, de eszem is őket, szóval talán mégsem szeretem, vagy esetleg mégsem kéne ennem állatokat". Egyszer voltam egy olyan konferencián, ahol olyan robot-készítők vettek részt, akik tudatos robotokat próbálnak építeni. Van egy robot egy barcelonai múzeumban, Lolának hívják - ő viszi a gyerekeket a kiállításokra. Mikor először találkoztam Lolával ezen a gyűlésen, akkor csak azt mondta Lola önmagáról, hogy "J'ai beaucoup de tempérament". Ez annnyit jelent: "nagyon szenvedélyes ember vagyok". Azt mondtam a robotosoknak, hogy én nem eszem semmit, aminek van, vagy bármikor volt lelki állapota, de bármelyik robotukat hajlandó vagyok megenni. Így lett aztán a kongresszusnak a témája az, hogyan lehet olyan robotot építeni, amit a Hernád nem enne meg.

- És tudod, mi az, amit te nem fogsz megenni?

- Hát belülről igen, magamról tudom, rólad sejtem, a Csányi Vili kutyájáról, Bukfencről éppúgy sejtem - és meg vagyok győződve róla, hogy igazam van. Én nem lehetek biztos abban, hogy bárkinek van lelki állapota - rajtam kívül, de mégsem eszem embert, mert nem tartom valószínűnek, hogy mindenki más rajtam kívül azt játssza, hogy érez valamit, amikor megcsípem, de valójában csak én érzem; és ugyanezt gondolom a kutyákról és a tehenekről is.

- Mit jelent számodra a lélek fogalma a kognitív tudományban?

- Nagyon egyszerűen el tudom mondani, de nagyon bonyolultnak fog tűnni. Úgy fog tűnni, mintha valamit odatennék és aztán megint elvennék. A mi diszciplinánkat teljesen különlegessé a tudatosság fogalma teszi. Azért nem vagyunk közönséges biomérnökök, akik mondjuk mesterséges szíven dolgoznak, mert mi olyan rendszert próbálunk megmagyarázni kauzális alapon, és talán építeni is, ami tudatos; olyat, ahol "valaki van otthon odabenn". Tehát bizonyos filozófikus metodológiai problémák miatt - dacára annak, hogy ez az a vonása a mi szakmánknak, ami miatt olyan különleges - a tudatosságot nem lehet se közvetlenül, se közvetve tanulmányozni, nem lehet beépíteni egyetlen elméletbe sem. A tudatosság olyasvalami, amit nem láthatunk közvetlenül, csak feltételezhetem azt, hogy te tudatos vagy, és ha megcsíplek, akkor tényleg fáj, és nemcsak azt játszod, hogy fáj és közben "nincs otthon senki". A kvarkra (amely egy láthatatlan elméleti lény a fizikában) szükség van egy bizonyos fizikai elméletben, ahhoz hogy meg tudjuk magyarázni az elektronokat. A kvarkot, éppúgy, mint a tudatosságot, nem lehet látni, nem lehet hozzányúlni, nem

lehet tudni, hogy tényleg van, de az óriási különbség a kettő közt az, hogy a fizikai elmélet - ami az elektront próbálja magyarázni, bejósolni és kontrollálni - összecsuklik, ha kiveszed belőle a kvarkot. Ellenben a tudatosság - eltekintve attól az esettől, ha hajlandó vagy dualista lenni, és egy külön kauzális erőt adni egy nem fizikális lénynek - dacára annak, hogy a saját esetünkből tudjuk pontosan, hogy létezik, nem játszhat kauzális szerepet elméletünkben. Persze ma nem fogunk tudni ilyen robotot építeni, mert itt éppen rossz időben (és szakmában) vagyunk, de szeretném, ha olyan robotot tudnánk tervezni és építeni, amit nem lehet megkülönböztetni egy tudatos embertől - az összes magatartási képességei, optikus ingerre való reagálása, mozgása stb. annyira hasonlítana, hogy rólam is csak akkor tudnád megállapítani, hogy én nem vagyok robot, ha felsértenéd rajtam a bőrt.

Ez nem alaptudomány, hanem egy inverz mérnökség. A fordított mérnökség célja az, hogy egy ilyen robotnak a működését teljesen megmagyarázza. Hiszem, hogy ez a robot tudatos lesz, de nem lesz semmi, ami ebben a magyarázatban felhasználja ezt a tudatosságot, vagy bebizonyítja róla, hogy tudatos. És ha valaki azt kérdezi, miért nem lehet ugyanaz a képesség egy tudat nélküli robotban - erre sose fogunk tudni válaszolni, mert a tudatosság érinthetetlen. Ezt a kvark esetében nem lehet mondani; nem lehet azt mondani, hogy "Ide figyelj, én nem hiszem, hogy ez a modell érvényes a valódi világegyetemre!". Mert lehet, hogy a valódi világegyetemben nincs kvark, de akkor kell, hogy valami más legyen ott, ami egy másik elmélet szerint, amelyben nincs kvark, valahogy a kvark kauzális szerepét játssza, mondjuk egy "antikvark". Mivel nem látom a kvarkot, nem tudom, hogy ott van-e, vagy netán valami más van ott. Erre azt lehet válaszolni, hogy nem tudom mi az az antikvark, de ha áttérsz a másik elméletre, nem lesz semmi különbség; nincs empirikus adat, amely megkülönbözteti a kvarkos világot a kvark-nélkülitől. Szóval a fizikában olyan ez a különbség, amiről beszélünk, amely igazából nem tesz különbséget. A kognitív tudomány esetében pedig a különbség a tudatos és a nem tudatos robot között - s te ugyanúgy tudod, ahogy én - a "minden és semmi" közti különbség annak ellenére, hogy empirikusan megkülönböztethetetlenek.

Először azt mondtam, hogy a tudatosság a mi diszciplinánk legérvényesebb vonása, és most azt mondtam, hogy érinthetetlen, mert a tudományos eredmény ugyanaz, mintha nem létezne a tudatosság. Empirikusan semmiképpen sem különböztethető meg a tudatos robot az - egyébként megkülönböztethetetlen - nem tudatos robottól. Ez még definíciós alapon is világosan látszik. Ugyanez érvényes a két robot inverz mérnöki magyarázatára.

Az utolsó mondat persze az, hogy van azért empirikus módja, annak, hogy megkülönböztessük a kettőt, de ahhoz az kellene, hogy én legyek az a robot: csak akkor tudnám, hogy "van-e valaki odabenn" vagy sem. Bele kell nyugodnunk tehát, hogy csak erre vagyunk képesek; empirikusan ez a mi inverz mérnökségünk határa. Szakmánk akkor teljesíti feladatát, amikor egy olyan robotot tud kreálni, mely megkülönböztethetetlen tőlünk. Tovább azonban nem tud menni.

Vinkler Zsuzsanna

HUMOR

FELHÍVÁS

Szerkesztőségünkbe az alábbi levél érkezett Rabók kollegától. Észrevételét megszívlelendőnek tartjuk, és kérjük a kollegákat, hogy ötleteikkel, írásaikkal támogassák az ezennel induló szakmai humor rovatot.

Tisztelt Főszerkesztő Asszony!

A megújult Pszichológiai Szemle - az eddigi számokból ítélve - jó folyóirat lett, s remélem, lesz is. Azonban úgy látom, rémesen komoly. Sőt, komor. Márpedig egy igazi, jól megalapozott, elismert szakma nem szokta magát ennyire halálkomolyan venni (l. pl. a fizikusok " bájos kvark " -jait, amik eleminél elemibb részek). Ám legyen, a szakcikkeket vegyük komolyan, és azok is magukat persze. Javaslom azonban, hogy indítsunk mindnyájan mi, pszichológusok egy *szakmai humor rovatot*. Amit csak mi értünk. Ebbe a rovatba mindenki írhatna pl. a gyakorlatában megtörtént humorosan anekdotikus eseteket, persze poénra hegyezve, régi és új pszichológus vicceket, karikatúrákat, hogy a vizuális humort ki ne felejtsem. Meg vagyok győződve, hogy ilyeneket finoman adagolva, nagyon jót tenne a lapnak.

Javaslatom komolyságát bizonyítandó, mindjárt mellékelek is egy pár címszót a "megreformált pszichológiai szakszótárból".

Javaslom továbbá, hogy a legközelebbi lapszámban a következő felhívást tegyék közé:

Tisztelt Kollegák és Kolleginák!

A Pszichológiai Szemle Szerkesztősége ezennel megnyitja szakmai humor rovatát, amelyhez kéri szíves részvételüket. Felkérünk tehát mindenkit, akinek gyakorlatában, vagy elméjében, emlékezetében humoros, vidám eset előfordult, pszichológus vicc/ek/re emlékszik, vagy bármilyen egyéb mókás ötlete támadt, azt haladéktalanul küldje be Szerkesztőségünkbe, a többiek vidítására és (talán) okulására is.

Javaslatom ismételten figyelmébe ajánlva, régi tisztelője

Budapest, 1993. október 1.

Rabók Olivér

Magyar Pszichológiai Szemle, 1992-93, XLVIII-XLIX. (32-33.), 5-6. 534-535.

Tételek a megreformált pszichológiai szakszótárból

Autizmus: Magukba zárkózott autósok vezetési stílusa.
Autogén tréning: öngerjesztett gyakorlatok, az autoerotizmus genetikus formája.
Belátás: A kilátásoktól megfosztottak perspektívája. Igen hatékony pszichoterápiás módszer.
Díszpozíció: Magas státus elérése iránti hajlam.
Ész-lelés: A tehetségkutatás eredménye.
Felejtés: A leejtés ellentéte, l. még átejtés, megejtés.
Hipnózis: A hippimozgalom máig élő elágazása, melyben a csoport tagjai párokba rendeződnek, majd az egyik a másikat az orránál fogva vezeti.
Imprinting: Követendő példaként szolgáló nyomdai eljárás formatartó ing készítésére.
Késleltetett válasz: Az ejakuláció praecox terápiája.
Kiváltott potenciál: Átlagos potenciazavarban szenvedőknél alkalmazott speciális gyógyeljárás, ismételt ingerléssel.
Koncentráció: Nemkívánatos dolgok gondolatok összegyűjtése a memória zárt területén, l. még elfojtás.
Libidó: A gyermekkori libikóka nevű betegség felnőttkori formája.
Kondicionálás: Testgyakorlatok kényszeres ismételgetése, a résztvevők téridői érintkezése közben.
Modul: Divatos, cserélhető agyviselet emlősöknél.
Mozgásillúzió: Politikus populációt támadó betegség, fő tünete, hogy a gazdaságban mozgást észlelnek.
Munkapszichológia: A pszichológusok munkára szoktatásának lehetőségeit vizsgáló tudományág.
Nagyságkonstancia: Hazánkban igen ritka kórkép, fő tünete, hogy a beteg ismételt mérések során a bankjegyek értékét azonosnak észleli.
Operáns Kondicionálás: Műtétek közben elterjedt pedálos eljárás.
Reverzibilis: Intellektuális fejlődési fok, melyben a gyermek rájön a bili megfordíthatóságára.
Sikerélmény: Alkoholhatásra bekövetkező, kettőslátással járó érzékcsalódás.
Szociogram: Súlyérzékelés torzulása társas vonzerők terében.
Zseniális: Mélylélektani fogalom, a személyiségfejlődés genitális szakaszának sajátos torzulása.

CONTENTS

ORIGINAL ARTICLES

Harnad, Stevan: The Symbol Grounding Problem 365
B. Kakas, Gizella; Ittzés, Lilla; Gara, Imre: On the questionnaire measures of the A type behavior: anxiety and rigidity in healthy subjects and in post-infarct patients 384
W. Németh, Kinga: Personality dimensions in eating disorders 398
Kállai, János; Kóczán, György; Martin, László: Panic symptoms, coping and ego-defense mechanisms 430
Tremkó, Mariann: Seventh Heaven First Found then Lost. An Examination of the Creativity of Drug Addicts 445
Kónya, Anikó; Szabó, Anna; Dóra, Csilla: Attribution of emotional meaning to Suzanne Szasz' photos by children 470
Gerő, Zsuzsa: What is the tunnel of the tube like? - The space percepcion of an introverted nursery-school boy 485
Rácz, József: The connection between juvenile problem behaviours and the "psy-complex": theoretical approach 499

FORUM

Szakács, Ferenc: Clinical psychology in my view (April 8, 1993) 517

COMMEMORATION

Kozéki, Béla (1937-1993) (*Berghammer, Rita*) 523

INTERVIEW

Test of a robot: Eating it. Stevan Harnad on consciousness (*Vinkler, Zsuzsanna*) 525

HUMOR 534

A kiadásért felelős az Akadémiai Kiadó és Nyomda Vállalat igazgatója
A nyomdai munkálatokat az Akadémiai Kiadó és Nyomda Vállalat végezte
Felelős vezető: Zöld Ferenc igazgató
Budapest, 1993 — Nyomdai táskaszám: 22637
Felelős szerkesztő: Kulcsár Zsuzsanna
Műszaki szerkesztő: Sándor István
Megjelent: 15,75 (A/5) ív terjedelemben
HU ISSN 0025—0279

KÖZLÉSI FELTÉTELEK

1. A Magyar Pszichológiai Szemle olyan kéziratokat fogad el közlésre, amelyek a pszichológia és határterületeinek tudományos kérdéseivel foglalkoznak. Ezen belül közöl eredeti kutatásokról szóló beszámolókat; témaösszefoglaló, magas szintű ismeretterjesztő, illetve továbbképzési célokat szolgáló tanulmányokat; didaktikusan feldolgozott esetelemzéseket; pszichológiatörténeti közleményeket; beszámolókat a hazai és nemzetközi pszichológiai intézmények munkásságáról; hozzászólásokat a pszichológia és általában a kulturális élet pszichológiai vonatkozású eseményeihez; szakmai szempontú könyv- és folyóirat ismertetéseket.

2. A kézirat terjedelme tanulmányok esetében általában nem haladhatja meg az egy szerzői ívet (egy ív 40 000 leütés; 20 oldal, oldalanként 28 sor, soronként 60 leütés). Beszámolók, recenziók esetében a terjedelem ne haladja meg a fél ívet. Amennyiben a téma kifejtése szükségessé teszi, a szerkesztőség hosszabb kéziratot is elfogad. A teljes kéziratot 3 példányban kell a szerkesztőségbe beküldeni. Az elfogadott cikkeket lehetőség szerint IBM kompatibilis számítógépen működő szövegszerkesztővel előállítva, szövegfile-ban (ASCII), mágneslemezen is kéri a szerkesztőség.

3. Az eredeti közlemények 25-50 soros magyar és angol nyelvű összefoglalását külön oldalon — 3-3 példányban — kell csatolni a közleményhez. A magyar nyelvű összefoglalás elé a tanulmány címét, a szerző(k) nevét, és a munkahely(ek) megnevezését kell írni. A közlemény szövege a magyar nyelvű összefoglaló folytatásaként a második oldalon kezdődjön. Az angol nyelvű kivonat a cikk végére kerül.

4. A szöveg közbeni dőlt betűs kiemeléseket egyszeri aláhúzással kérjük jelezni. Ha a szöveg egy részét kisebb betűtípussal kívánja szedetni, ezt ne sűrűn gépelt sorokkal, hanem a szöveg bal oldala mentén húzott vonallal és "sűrű szedéssel" szóval jelezze. A kézirat lapjait oldalanként folyamatosan, középen számozza arab számjegyekkel. Betoldás nem alkalmazható.

5. A lábjegyzeteket — helyüket a szövegben arab számokkal jelölve — külön lap(ok)on — ugyanazon számokkal megjelölve kérjük mellékelni.

6. A számozott és címmel ellátott ábrákat az első példányban csak eredeti rajzban — nem xerox másolatban — vagy lézernyomtatóval előállítva külön oldal(ak)on fogadjuk el. A közlemény szövegébe az ábrák számozott helyét kérjük bejelölni. Az ábrák és táblázatok szövegét külön lapon kérjük.

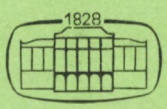
7. Az irodalmi hivatkozások esetében a szöveg közben vagy a szerző vezetékneve után zárójelben a megjelenés évszámát, vagy zárójelben a szerző vezetéknevét és vesszővel elválasztva a megjelenés évszámát kérjük feltüntetni. Ha azonos szerző(k)től ugyanabban az évben több tanulmányra hivatkozunk, akkor a közleményeket az évszám után írt a,b,c jelekkel kérjük megkülönböztetni — mind a szövegben, mind az irodalomjegyzékben.

8. Az irodalomjegyzék összeállítása ábécérendben történik. A tételek formája a következő legyen:
Folyóiratcikkek esetében: Endler, N. S., Edwards, J. M. (1986). Interactionism in personality in the twentieth century. *Journal of Personality and Individual Differences*, 7, 379-384.
Könyvek esetében: Endler, N. S., Magnusson, D. (1976,a). *Interactional psychology and personality*. Hemisphere, Washington.
Tanulmánygyűjtemények esetén: Von Bertalanffy, L. (1952). Theoretical models in biology and psychology. In: Krech, D., Klein, G. S. (eds), *Theoretical models and personality theory*. Duke University Press, Durnham.

9. A szerző vállalja, hogy a korrektúrát javítva, postafordultával visszaküldi a szerkesztőségbe.

10. A szerkesztőség kéziratot nem őriz meg, és nem küld vissza.

Ára: 282,- Ft áfával.



AKADÉMIAI KIADÓ, BUDAPEST