

Modul 2:

A szülők mentális sérülékenységének hatása a gyermekekre



Az Európai Bizottság támogatást nyújtott ennek a projektnek a költségeihez.

Ez a kiadvány (közlemény) a szerző nézeteit tükrözi, és az Európai Bizottság nem tehető felelőssé az abban foglaltak bármilyen felhasználásért.

TARTALOM

1. MIT NEVEZÜNK MENTÁLIS SÉRÜLÉKENYSÉGNEK?	4
1.1 SÉRÜLÉKENYSÉG.....	4
1.2 A MENTÁLIS SÉRÜLÉKENYSÉGRŐL	5
1.3 A SÉRÜLÉKENYSÉG KIFEJEZÉS – KÖRÜLÍRÁS, SZÉPÍTÉS?	5
1.4 MIT TEKINTÜNK MENTÁLIS BETEGSÉGNEK A MENTÁLIS SÉRÜLÉKENYSÉG NÉZŐPONTJÁBÓL?	6
2. A MENTÁLIS SÉRÜLÉKENYSÉG/ BETEGSÉG MINT GYERMEKKORI STRESSZFAKTOR	7
3. KAPCSOLAT A CSALÁDOKKAL.....	7
4. MENTÁLIS SÉRÜLÉKENYSÉG/BETEGSÉG – MIRŐL BESZÉLÜNK?	8
5. MIÉRT TEKINTJÜK A MENTÁLIS SÉRÜLÉKENYSÉGET KRÓNIKUS DISTRESSZ FAKTORNAK GYERMEKEKNÉL?	9
5.1 IDŐTARTAM	9
5.2 DISZKRÉT, REJTETT TÜNETEK.....	9
5.3 A REALITÁS KONTROLL HIÁNYA – A KIS GYERMEKEK NORMÁLIS SZOCIÁLIS ISZOLÁCIÓJA	10
5.4 A HÉTKÖZNAPI ÉLET HÍRTELEN VÁLTOZÁSAI, A KAPCSOLATOK BIZONYTALANSÁGA.....	10
5.5 A MENTÁLIS BETEGSÉG, MINT CSALÁDI TITOK	10
5.6 A MENTÁLIS BETEGSÉG TÜNETETEINEK INTENZITÁSA	11
5.7 A GYERMEK ÉLETKORA.....	11
5.8 MINDKÉT SZÜLŐ MENTÁLISAN SÉRÜLÉKENY?.....	11
6. HOGYAN REAGÁLNAK A GYERMEKEK?	12
7. MIRŐL SZÁMOLNAK BE AZ ÉRINTETT GYERMEKEK FELNŐTTKÉNT VISSZATEKINTVE?	13
8. A MENTÁLISAN SÉRÜLÉKENY SZÜLŐK GYERMEKEINEK SZÜKSÉGLETEI (RÉSZLETESEN LD. 4-ES MODUL: A RUGALMASSÁG TÁMOGATÁSA)	13
9. SZÜLŐI VISELKEDÉS ÉS MENTÁLIS SÉRÜLÉKENYSÉG	14
10. DEPRESSZIÓS SZÜLŐK GYERMEKEI.....	14
10.1 TÜNETTAN (A KRITÉRIUMOK DIDAKTIKAI SZEMPONTÚ ÁTTEKINTÉSE)	15
10.2 A DEPERESSZIÓ HATÁSA A GYERMEKEK MINDENNAPI ÉLETÉRE.....	16
10.2.1 A depresszív szülő érzelmi támaszának lenni.....	16
10.2.2 Gyámkodás, az érintett szülő felelősségének átvállalásával – Parentifikáció..	17
10.2.3 Korai fejlődési problémák.....	17
10.3 A DEPRESSZIÓS SZÜLŐK GYERMEKEINEK FŐBB TÁMOGATÓ STRATÉGIÁI	17
11. BIPOLÁRIS ZAVAROKBAN SZENVEDŐ SZÜLŐK GYERMEKEI	18
11.1 TÜNETTAN - A KRITÉRIUMOK DIDAKTIKUSAN RENDEZETT ÁTTEKINTÉSE (MÁNIÁS FÁZIS)	18
11.2 A BIPOLARIS ZAVAROK HATÁSA A GYERMEKEKRE	19
11.3 A BEAVATKOZÁS ALAPELVEI.....	20

12. SKIZOFRÉNIÁBAN SZENVEDŐ SZÜLŐK GYERMEKEI	21
12.1 A SKIZOFRÉZIA TÜNETEI (A KRITÉRIUMOK DIDAKTIKAI SZEMPONTÚ ÁTTEKINTÉSE)	21
12.2 A SZÜLŐ SKIZOFRÉNIÁJÁNAK HATÁSA A GYERMEKEKRE	22
12.3 A TÁMOGATÓ RENDSZEREK ÁLTALÁNOS STRATÉGIÁI.....	23
13. SZORONGÁSOS ZAVARBAN SZENVEDŐ SZÜLŐK GYERMEKEI	24
13.1 TÜNETTAN (A KRITÉRIUMOK DIDAKTIKAI SZEMPONTÚ ÁTTEKINTÉSE	24
13.2 A SZÜLŐ SZORONGÁSOS ZAVARAINAK HATÁSA A GYERMEKEKRE.....	24
13.3 A BEAVATKOZÁS ÁLTALÁNOS ALAPELVEI	25
14. SZEMÉLYISÉGSZAVARBAN SZENVEDŐ SZÜLŐK GYERMEKEI.....	26
14.1 TÜNETTAN (A KRITÉRIUMOK DIDAKTIKAI SZEMPONTÚ ÁTEKINTÉSE).....	27
14.2 SZEMÉLYISÉGSZAVAR HATÁSA A GYERMEKEKRE (KÜLÖNÖS TEKINTETTEL A BORDERLINE ZAVARBAN SZENVEDŐ SZÜLŐKRE).....	28
14.3 A TÁMOGATÓ RENDSZEREK ÁLTALÁNOS STRATÉGIÁI.....	28
15. ALKOHOL ÉS KÁBÍTÓSZERFÜGGŐ SZÜLŐK GYERMEKEI	29
15.1. RÖVID TÜNETTAN	29
15.2 A SZÜLŐI KÁBÍTÓSZER FOGYASZTÁS HATÁSA A GYERMEK JÓLLÉTÉRE	29
15.3 A TÁMOGATÓ RENDSZER ÁLTALÁNOS STRATÉGIÁJA	31
16. ÖSSZEFOGLALÓ MEGJEGYZÉSEK.....	31
17. IRODALMAK.....	33

Susie 11 éves és rendszertelenül jár iskolába. Az iskolában gyakran fáradt, ruhája rendetlen, haja piszkos. Eléggé uralkodni vágyó és nehezen barátkozik. Néhányan a kisebb gyerekek közül úgy érzik, hogy bántja őket, félnek tőle. Az iskola egyre jobban aggódik a viselkedése miatt. Édesanyja egyedül neveli, és bár már két alkalommal behívták az iskolába, hogy beszéljenek Susie magatartásáról és hiányzásairól, de egyszer sem jelent meg. A Gyermekjóléti Szolgálathoz került az eset, akik kimentek a lakásba és ekkor kiderült, hogy az anya bipoláris betegségben szenved. Gyógyszereit nem mindig szedi be, aminek az a következménye, hogy vannak jobb és rosszabb napjai, ez az oka Susie hiányzásainak. A kislány parancsoló viselkedése is nyilvánvalóan ezért van, mivel otthon neki kell rávennie az anyját, hogy vegye be a gyógyszereit, és ügyelnie kell, hogy anyja jól legyen. Emellett ő próbálja ellátni és nevelni 9 éves öccsét, Jake-et is.

(<http://www.rcpsych.ac.uk/mentalhealthinfo/mentalhealthandgrowingup/parentalmentalillness/susiesstory.aspx>)

1. Mit nevezünk mentális sérülékenységgnek?

A mentális sérülékenység kifejezés nem tűnik elterjedtnek a pszichiátriai szakirodalomban (Zubin és Spring 1977). Amikor a szülőkkel dolgozunk ezt a kifejezést használjuk, mivel mentális betegnek tekinteni valakit, a szülők számára általában erősen stigmatizáló, ítélkező, és többnyire dühöt és félelmet vált ki belőlük. **Ez a kifejezés kevésbé megbélyegző, és könnyebben elfogadható az érintett szülők számára. Azonban tudatában vagyunk, hogy különösen skizofrénia és bipoláris zavar esetében a “betegség” kifejezés szintén hasznos lehet.** A könnyebb megértés érdekében jó lehet párhuzamosan használni a két kifejezést, mivel a gyerekek számára jobb ha ezeket a diagnózisokat szomatikus betegségnek fogják fel. A vita azon nézetek ütközését tükrözi, miszerint egyrészt, a “stigmatizáció és tabu” jelleg a “sérülékenység” kifejezés használatával csökkenthető, másrészt a szomatikus model, azaz a “betegség” kifejezés használata megkönnyíti a megértési folyamatot a gyermeknek.

1.1 Sérülékenység

A hajlam-stressz modell (diathesis–stress model) szerint: a biológiai, vagy genetikai sérülékenység vagy predispozíció (hajlam) és a környezet és az élet eseményei (stresszorok) együttműködve, együttesen idézik elő a viselkedési vagy pszichológiai zavarokat. A genetikai tényezők hatása azonban egymástól teljesen eltérő diagnózisokhoz vezethet (Boggarts & Lußcz, 1999). Minél nagyobb a genetikai sérülékenység, annál kisebb stressz is elegendő a viselkedési problémák vagy zavarok megjelenéséhez. Egy adott

betegségre való hajlam önmagában nem jelenti azt, hogy a betegség valaha is meg fog jelenni az adott személynél. A hajlam és a stressz együttese szükséges a betegség megjelenéséhez (Holmes és Rahe 1967). Ez a stressz modell az utóbbi 20 évben átalakult stressz–sérülékenység–védő tényezők modellé, különösen a pszichiátriai rehabilitáció területén (Lieberman 2007, 2009).

Milyen következményei lehetnek a stressz-sérülékenységnek a gyerekekre? Különösen mindkét szülő többoldalú sérülékenysége esetén szükséges nagy hangsúlyt fektetni a gyermekek stressz tényezőit csökkentő stratégiákra.

1.2 A mentális sérülékenységről

Szakemberként akkor találkozunk a szülőkkel, amikor szülői működésük valamilyen diagnózis kapcsán veszélybe kerül. Tapasztalatunk szerint ez a veszély általában együttjár néhány mentális betegség diagnózisával, de mindennapi munkánk során a szülők nagy részének nincs ilyen diagnózisa, és ennek következményeként ők maguk sem tekinthetik problémáikat mentális betegségnek, vagy nem motiváltak segítség kérésre. Csak kevés szülő köti össze mindennapi szülői feladatainak ellátási nehézségeit csökkent pszichológiai erőforrásaival. Összehasonlítva az egészséges szülővel, a mentális betegség az érintett szülőt, még ha éppen tünetmentes is, mindig sérülékenyebbé teszi a stresszt okozó tényezőkkel szemben.

A sérülékenység kifejezés az egészség-eredet (szalutogenetikus) megközelítéséből (Antonovsky 1967) azt jelzi, hogy még ha a szülők és a gyermekek a mentális betegség érintettségében élnek is, azért a szülők (akár mindkettő) képesek aktívan “tenni” valamit azért, hogy egészségesek maradjanak, vagy ismét azzá váljanak.

A mentális sérülékenység szakkifejezés érzelmi, kognitív, szociális és viselkedési zavarokat jelent, amelyek bizonyos esetekben megfelelnek a mentális betegségek kritériumainak. A skála széles, az “enyhe” zavaroktól, mint amilyen a szorongás, terjed a gyógyszer-függőségig, és más “komoly” diagnózisig, mint amilyen a bipoláris zavar, skizofrénia. A mentális sérülékenység megközelítés optimista felfogás, azonban hangsúlyozza, hogy még az enyhe sérülékenység eseteiben is fontos a szülő és gyermek erősítése.

1.3 A sérülékenység kifejezés – körülírás, szépítés?

Tisztázni kívánjuk, hogy a “sérülékenység” kifejezés használatával nem szándékozunk elrejtetni a mentális betegséget. Amint az előbbieken már említettük, ez lehetővé teszi a szülők számára, hogy figyelmüket a “mentális betegség” fogalmáról és az azzal összefüggő megőrzéssel, inkább a pszichés ellenállóképesség megerősítésére fordítsák.

A "sérülékenység" koncepció, olyan személyekre is vonatkozik, akik a mentális sérülékenység tüneteit hordozzák, pl. fokozott ingerlékenység, alacsony frusztrációs tolerancia, melyek nem felelnek meg teljesen a mentális betegségek kritériumainak. Így a sérülékenység tágabb mint a mentális betegség fogalom, bár anyagunkban némi átfedés figyelhető meg, a következő okok miatt:

- a.) a "betegség" szakkifejezés tudománytörténetileg elfogadott
- b.) a szakkifejezések gyakran átfedik egymást.

Emiatt néhány fejezetben párhuzamosan használjuk a két kifejezést.

1.4 Mit tekintünk mentális betegségnek a mentális sérülékenység nézőpontjából?

A pszichológiai funkciókon (érzelem, kogníció, percepció) belüli jelentős változások, a normálistól való eltérések tekinthetők a mentális betegség jelzéseinek. A fent említett, a "sérülékenység" kifejezéssel kapcsolatos vita ellenére, a mentális zavarok definíciója és osztályozása kulcskérdés a mentális egészséghez, a kliensek és a mentális egészség szolgálatában álló intézmények számára. A nemzetközi klinikai dokumentumok legtöbbje a "mentális zavar" kifejezést használja. A nagy osztályozó rendszerek, mint a BNO-10 (1991), vagy a DSM IV TR (APA, 2000) a tüneteket a jobb megértés érdekében írják le a szakemberek számára, segítve ezzel a diagnózis felállítását.

Mivel a KIDS STRENGTHS project legtöbb szakembere nincs tisztában a mentális diagnosztikai folyamatokkal és nem ismeri a tünettant, a leggyakoribb diagnózisokat ismertetjük, hogy jobban érthetővé váljon a gyermekek helyzete. Figyelembe véve, hogy bármilyen diagnózis a mentális egészség területén vitákat nyit a normákról, szocio-kulturális összefüggésekről, kézenfekvő, hogy egy személyt mentálisan betegnek vagy sérülékenynek diagnosztizálni, együtt ennek minden következményével, nagyon komoly és átgondolt folyamat, illetve az kell, hogy legyen.

Azonban a diagnosztikai folyamatban a vizsgáló főleg tüneteket lát és azokat próbálja elhelyezni egy címke mögé (pl depresszió). Ezt munka hipotézisnek tekinthetjük. Néha a munkahipotézist korrigálni kell, hogy a tünetek, és azok forrásai jobban érthetővé váljanak. (Vagyis nem csoda, hogy néha még a diagnózis is megváltozik.)

A diagnózis felállítása mindig dialógus, ahol a szakember figyelembe veszi, hogy a gyerek és a szülő

- a. ismeretlen emberrel (a vizsgáló)
- b. idegen helyzetben (tesztek, játékok)
- c. szokatlan kérdésekkel és eszközökkel kerül szembe.

A diagnosztikus folyamatnak magában kell foglalnia a jövőképet, az erőforrások felmérését, az erőket, és figyelembe kell vennie a szeretetet, a szülői büszkeséget.

2. A mentális sérülékenység/ betegség mint gyermekkori stresszfaktor

Felmérések szerint négy ember közül egy, életének bizonyos pontján olyan élményeket él át, amelyek megfelelnek a mentális betegség kritériumainak. (WHO 2008, The Royal College of Psychiatrist). Alulértékelés és nemtörődomség erős kifejezések, de így jellemezhető a mentálisan sérülékeny szülők mellett élő gyermekek helyzete – kivéve a szenvedélybetegek (alkoholisták) gyermekeit. A mentálisan sérülékeny szülők gyermekeire irányuló figyelemnek nincs hosszú története, de különböző diagnózis csoportokon alapul. Halálesetek, súlyosan elhanyagolt gyermekek hívták fel a szakemberek és a társadalom figyelmét erre a gyermekcsoportra, a velük való törődés fontosságára (pl. EUFAMI Conference 2009).

A mentálisan sérülékeny szülők gyermekei ugyanolyan komoly szorongást élnek át, mint a krónikus vagy súlyosan beteg szülőké. A nagy különbség, hogy a legtöbb szomatikus betegség (cukorbetegség, rák, szívbetegség) szociálisan elfogadottabb és a betegek együttműködőbbek, betegségtudattal rendelkeznek. A gyermekek számára teljesen világos, hogy nem felelősek szüleik betegségéért. A környezet többnyire megértő a szülőkkel és a gyermekekkel szemben. A mentálisan sérülékeny szülők esetében a helyzet pont fordított: a gyermekek saját magukat okolják, mert szüleik nem érzik jól magukat. A keletkezett rossz érzéseket még tovább erősíti a többi felnőtt (másik szülő, nagyszülők) felől érkező hibáztatás, és "büntetés", ha szüleiket támogatják.

Az adatok azt mutatják, hogy a komoly mentális betegségben szenvedők 30-60 % -ának van gyermeke. Tudták, hogy 12-ből egy gyermeknek mentálisan beteg szülője van? A mentális betegség súlyos bélyeg, annak ellenére, hogy az utóbbi években a társadalmi közbeszédben egyre inkább megjelentek a mentális sérülékenység társadalmilag elfogadottabb, modern formái, mint amilyen a kiegészítő szindróma, vagy a depresszió. Minél mélyebben foglalkozunk a skizofréniával, bipoláris rendellenességgel, szenvedélybetegséggel, borderline személyiségzavarral, annál inkább tapasztaljuk az ismeretek és a nyilvánosság figyelmének hiányát.

3. Kapcsolat a családokkal

A különböző területek szakemberei (pl. óvónők, védőnők) akik gyerekekkel foglalkoznak állítják, hogy bizonytalanságot, aggodalmat, sőt szorongást éreznek amikor kapcsolatba kerülnek a mentálisan sérülékeny szülőkkel (kivéve, ha speciális mentálhigiénés

szervezetnél dolgoznak). Az ilyen érzések fő oka a mentális betegségekről, a tünetekről, a megküzdési technikákról, valamint ezeknek a gyermekek életére tett hatásairól szóló tudás hiánya. Egyre több szakember van ennek tudatában és keresi a megfelelő információt a következő kérdésekre:

1. *Mit jelent a mentális sérülékenység/mentális betegség, és az eltérő diagnózisok milyen következményekkel járnak a gyermek életére?*

A kérdések második csoportja a felfedezésükre és az azonosítás nehézségeire vonatkozik:

2. *- Én mint szakember, képes vagyok-e észlelni, megfigyelni az esetleges változásokat és tüneteket, amikor a családokkal vagy gyerekekkel foglalkozok?*

A felmerülő kérdések harmadik fajtája a gyerekre összpontosít (erős összefüggésben a 4. kérdéssel):

3. *- Mit jelent mindez a gyermek számára? Mit tehetek én, mint szakember?*

4. *- Milyen fajta segítségre van szüksége a gyerekeknek?*

Ezért ennek a modulnak a szerkezete erősen követi a négy kérdést.

4. Mentális sérülékenység/betegség – Miről beszélünk?

A mentális betegségek minden országban gyakoriak és sok szenvedést okoznak. Némelyikük (skizofrénia, biporális rendellenesség) elterjedtsége a világban egyforma, másoké viszont (szorongásos zavarok, alkoholizmus) nagyon különböző. Az ilyen zavarokkal küszködő emberek gyakran vannak kitéve szociális elkülönítésnek, gyenge minőségű életnek és nagyobb halandóságnak. Ezek a zavarok komoly gazdasági és szociális költségeket rónak az adott társadalomra. (WHO 2008)

Világszerte emberek millióit érintik a mentális, viselkedési zavarok vagy a szenvedélybetegségek. A WHO 2002-es felmérése szerint a világon 154 millióan szenvednek depresszióban és 25 millióan skizofréniában, 91 millió alkoholfüggő és 15 millió drogfüggő van.

Az adatok azt mutatják, hogy a mentális sérülékenység előfordulása növekszik a népesség körében. Drámaian növekszik azoknak a nőknek a száma, akik depressziós betegekkel váltak, és emiatt vonultak nyugdíjba. Ez azt jelenti, hogy egyre több olyan gyermek van, aki élete bizonyos periódusában beteg anya vagy apa mellett él. Nem lehet olyan, egy okra visszavezethető nemzeti modellt felállítani, amely a mentális sérülékenység növekedését magyarázza. A mentális betegségek bio–pszicho–szociológiai modelljének minden szintjén feltételezhetők olyan okok, melyek a betegségek nagyobb arányú elterjedését magyarázzák: a növekvő veszélyhelyzet, nehezedő szülői feladatok, gazdasági krízis, a mobilitás igénye,

nyomás, demográfiai változások, családi változások. A WHO adatai szerint 2020-ra valószínűleg a depresszió lesz a második leggyakoribb betegség.

Emellett azt is láthatjuk, hogy a szülők, főleg az anya mentális sérülékenysége tekinthető a gyermekkori fejlődési zavarok egyik fő előrejelzőjének (Laucht, 2009).

Az egyik 10 éves fiú kliensünk fogalmazta meg az anyjával kapcsolatos élményeit, akit öngyilkossági kísérletekor maga a fiú, talált meg: "túl sok darabból álló puzzle, néha nem illenek össze a darabok, és a keret sem nyújt elég biztonságot".

5. Miért tekintjük a mentális sérülékenységet krónikus distressz faktornak gyermekeknél?

Bár a mentális betegségek hasonlóak a krónikus szomatikus zavarokhoz, néhány speciális tényezőt, melyeknek kulcsszerepe van a gyermekekre nehezedő terhekben, figyelembe kell venni.

5.1 Időtartam

A fő diagnosztikai rendszereket alapul véve (BNO-10, DSM IV) a mentális betegségek jelenlétük bizonyos időtartama alapján tekinthetők krónikusnak, ha pl. a tünetek, több mint hat hónapon át fennállnak (Chaudron és mtsai. 2006). Másrészt a tapasztalati adatok azt jelzik, hogy ha a gyermekek 3 hónapja élnek mentálisan sérülékeny szüleik mellett, már mutatják a szorongás és fejlődési zavarok első jeleit. **A legtöbb zavar tüneteinek intenzitása idővel fokozódik.** Tapasztalatok szerint, a sérülékeny periódusok általában 6 hónapnál tovább tartanak. Jól ismert, hogy 3 évtől 7 évig terjedhet az az idő, mire egy érintett szülő felismeri és elfogadja saját érzelmi, szociális és viselkedési problémáit, mint lehetséges mentális betegséget. Ezalatt, (és néha még hosszabb ideig is) a gyermekeknek ilyen légkörben kell élniük, különösen akkor, ha a szülők nem keresnek segítséget vagy ha a gyerekek nem mutatnak "tüneteket".

5.2 Diszkrét, rejtett tünetek

A második krónikus stresszfaktor, amely a mentális sérülékenység kockázatát növeli, az a jelenség, hogy néha a tünetek nem komolyak, nem annyira eltérőek a normálistól, "elbújnak az otthon falai között". Úgy magyarázhatók, mint a normál élet körülményeiből adódó következmények: (pl.: egy anya évekig tartó szomorúsága válás után, vagy egy állás elvesztése miatt), emiatt normálisnak tekintik azokat. Ha a szülők felismerik, hogy nekik maguknak segítségre van szükségük, a gyermekeik is kaphatnak segítséget.

5.3 A realitás kontroll hiánya – a kis gyermekek normális szociális izolációja

A kisgyermekek nem rendelkeznek **realitás kontrollal**, mivel korukból eredően a családon belül “izolálva” élnek. Csak és kizárólag a szüleikhez kapcsolódnak, akik a “normalitást” képviselik számukra, minimális lehetősége van a korrektív visszacsatolásnak, (beleértve a “folie á deux” kockázatát, ahol a gyermek követheti a szülők percepciók rendszerét: normális lehet számukra, hogy az ablakredőnyök mindig le vannak húzva, hogy anyjuk vagy apjuk soha nem megy ki a játszótérre stb.)

5.4 A hétköznapi élet hirtelen változásai, a kapcsolatok bizonytalansága

A viselkedés és a szituációk bejósolhatósága a gyermekek számára a biztonság érzését nyújtja. Életük többé-kevésbé nyugodt. A szülők mentális betegségének tünetei veszélyeztethetik ezt a megjósolhatóságot: az apának kórházba kell mennie, a fia talál rá az anyára az ágyban öngyilkossági kísérlete miatt ébreszthetetlen állapotban, a mentő úton van. Normál körülmények között a gyerekek nincsenek felkészülve ilyen helyzetekre, ezek az események meghaladják együttműködő képességeiket, stratégiáikat. Még a szülők alkohol függősége, a viselkedés változás láthatatlan oka is fokozza a gyermekek félelmét: pl. az anya nem hagyja el az ágyát, mindenütt gyertyákat éget stb. Az interakciós szokások előre nem látható változásai bizonytalanság érzést okoznak. A papa megígéri, hogy elviszi Sárát valahova, de nem teszi. Péter mutat valamit anyjának, amit ő csinált egyedül és anyja kiabálni kezd. Liza alvó anyját a földön találta. A bejósolhatatlan, kiszámíthatatlan szülői gondoskodás egyik következménye a bizonytalan kötődés kialakulása lehet.

5.5 A mentális betegség, mint családi titok

A szülők szomatikus betegségével együttélő gyermekekkel összehasonlítva, az egyik nagy különbség a gyermekek számára, hogy a család, de néha a gyermek maga, hajlamos a mentális sérülékenységet családi titokként kezelni, mivel ez tabu a társadalomban.

A szülő mentális betegségéről való információ hiánya és az arról való beszélgetés tiltottsága, nem nyújt adekvát megítélési lehetőséget a gyermeknek. Minden gyerek hajlamos, hogy saját viselkedésével magyarázza szülei reakcióit, különösen, ha azok őt teszik felelőssé olyan mondatokkal: “Miattad vagyok beteg! Te vagy az oka, hogy anya kórházba került!” Az ilyen családban nevelkedő gyermekek általában úgy vélik, hogy szüleik haragjának, bánatának, az ő saját “helytelen magatartásuk” az oka. Ez az első magja a bűntudat kialakításának és a későbbi depresszióknak vagy szorongásos zavarnak.

A mentális betegség, mint családi és társadalmi titok kettős következményekkel jár:

- a. családon belül: a gyermek nem tudja mi folyik otthon, még akkor se, ha érzi, “valami nem olyan, mint amilyennek lennie kéne”
- b. a társadalom számára: a mentális betegség tudatosulásának hiánya azt jelenti, hogy a gyermek magára hagyott, nincs lehetősége segítséget kapni a környezettől

5.6 A mentális betegség tüneteteinek intenzitása

Az észlelt veszély elsősorban nem a mentális betegség diagnózisától, hanem a tünetek komolyságától függ. Minél komolyabb tünetek jelennek meg, minél jobban eltérnek a normális viselkedési szokásoktól, annál nagyobb a negatív hatásuk a gyerekekre. A skizofrénia vagy bipoláris és borderline személyiségzavar tüneteinek nagyobb negatív hatása van a gyermekek énvédő lehetőségeire. Néhány esetben az ilyen környezetben nevelkedő gyermek életélménye megfelel a poszttraumás szorongásos zavar kritériumainak.

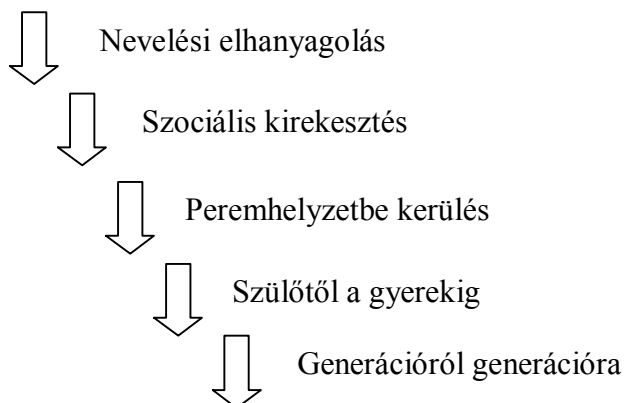
5.7 A gyermek életkora

A veszélyhelyzet másik tényezője a gyermek életkora. Minél fiatalabb a gyermek, annál jelentősebb a kedvezőtlen hatás a védőmechanizmusokra. Ennek egyik oka, hogy a társas támogatást hiányoló kisgyermek egészséges neurológiai fejlődése veszélybe kerül magasabb stressz szint esetében, romlanak a gyermek biológiai védekező mechanizmusai, és ez sérülékenyebbé teszi őt.

5.8 Mindkét szülő mentálisan sérülékeny?

Két mentálisan sérülékeny szülő természetesen nagyobb hatású, mint ha csak az egyik szülő beteg (még akkor is, ha van szociális támogató háló mellette). Ilyen esetekben, a genetikai (biológiai) öröklött sérülékenységre és az ennek következtében előforduló mentális problémák valószínűsége az élet folyamán 40-50 %-os (pl. skizofrén szülők esetében).

Mindemellett, Tytti Solantaus (2009) kiemeli, hogy a sérülékenységre generációkon keresztüli öröklődése nem csak a genetikai hajlam értelmében írható le. Solantaus egymásra épülően ábrázolja az átörökítés lépéseit.



Összefoglalva, már az egyik szülő mentális sérülékenysége is mindig a családi rendszert veszélyeztető tényezőnek tekinthető, mivel az összes többi családtagot érinti, különösen a kis gyerekeket. A fenti okok következtében, reagáló és megküzdési mechanizmusaik a túlterhelődés miatt veszélyben vannak.

Sajnálatos módon azonban a mentálisan sérülékeny szülőkkel való gyakorlati munka azt mutatja, hogy a szülők (az egészséges és az érintett egyaránt) általában nem ismerik fel gyermekeik veszélyeztetettségét.

Legtöbbjük azt állítja:

- Az ő gyerekeik nem fogják fel mi történik az érintett szülővel
- Az ő gyerekeik nem érzik a családi rendszer változásait, főleg mivel a szülők megpróbálják "eljátszani" a normalitást
- Lehetséges, hogy a gyerekek felelősnek érzik magukat a zavarért

A gyermekek érzik és látják a családi változásokat, de még a szakemberek is alulértékelik ezen képességeiket, így a gyermekek szakmai segítség nélkül magukra maradnak érzelmi terheikkel. Azonban a gyakorlatban olyat is látunk hogy a pszichiátriai szakemberek a gyerekeket, mint a gyógyulást elősegítő tényezőket "használgák" a **szülők terápiájában**.

A gyermekek azonban saját realitásuk aktív alkotói és mivel érzékelő rendszerük legtöbbször éber, képesek felfogni szüleik váratlan érzelmi vagy viselkedésbeli változásainak erejét. Munkánk első lépéseként a szülőket kell érzékenyíteni, hogy tudatában legyenek: gyermekeik, még ha nem is tudják szavakkal kifejezni, már nagyon korán, 3-4 éves korukban érzékelik a változásokat. Éppen ezért a szülők érzékenységének fejlesztése (az érintett és az egészséges félre is) a gyermekek szükségletei iránt nagyon fontos, különösen a súlyos tünetek és a fokozott mentális sérülékenység időszakában.

6. Hogyan reagálnak a gyermekek?

A gyermekek krónikus stresszre adott látható tünetei (súlyos, krónikus szomatikus betegség vagy fokozott krónikus mentális sérülékenység következményeként) nagyon hasonlóak, de általában nem specifikusak. Éppen a tünetek nem specifikus volta következtében nem ismerik fel még a szakemberek sem a gyermek szenvedését. A gyermek életkora fontosabb tényező a distressz nagyságát tekintve, mint a szülő(k) diagnózisa (Pretis és Dimova 2004).

A gyerekek különféle megküzdési stratégiákkal reagálhatnak (ld. 3-as modul "szerepátvétel"). Ezek a reakciók nagyban függenek a gyerekek életkorától, nemétől, temperamentumától, stb (ld. 4-es modul).

A gyermekek az élet első éveiben az érzelem-szabályozás zavartságával (pl: gyakori sírás), megkésett beszéd- és kognitív fejlődéssel reagálhatnak. Óvodás és kisiskolás korban szociális, emocionális és magatartási problémák, teljesítményzavarok fordulhatnak elő. Minden csalárendszer, minden gyermek különböző. A család megközelítése, a kapcsolat vezetése nagyon egyéni és testre szabott folyamat.

7. Miről számolnak be az érintett gyermekek felnőttként visszatekintve?

A mentálisan sérülékeny szülők gyermekeinek élményeivel foglalkozó legtöbb tanulmány hasonló eredményekről számol be. A megkérdezett felnőttek arról számoltak be, hogy gyermekként tehetetlenséget (Wagenblass, 2001) és magárahagyottságot (Marsh és Dickens 1997), néha büntudatot és felelősségérzést éreztek azért, ami a családban vagy az érintett szülővel történt, és bizonytalannak, szorongónak és túlterheltnek érezték magukat.

Fontos hangsúlyozni, hogy a pszichés egészség szempontjából a gyerekek legyen:

- lehetősége nem csak azt megérteni, hogy anyja depressziós és apja iszik, vagy hallucinál, hanem tudjon különbséget tenni a betegség okozta viselkedés és az (egészséges) normális, szokásos szülői viselkedés között;
- joga és helye szakemberek támogatásával és segítségével, egészséges módon kifejezni elkeseredettségét és szomorúságát, haragját és csalódottságát szüleivel szemben.

8. A mentálisan sérülékeny szülők gyermekeinek szükségletei (részletesen ld. 4-es modul: A rugalmasság támogatása)

- a. A gyermekeknek nyugalomra és biztonságra van szükségük. Ezért minden gyermekekkel dolgozó szakember számára az első kérdés: mit tehetek én, mint szakember azért, hogy növeljem a gyermek biztonságérzetét és nyugalmát?
- b. A gyermekeknek információra és megértésre van szükségük. A szakemberek idekapcsolódó kérdése: hogyan tudom megfelelő módon informálni és érzékenyíteni a szülőket és a tágabb családi rendszert a sérülékenységgel kapcsolatosan az adott körülmények között? Hogyan tudom a gyermekek szükségleteinek tudatosítását növelni?¹ A gyerekeknek arra van szükségük, hogy észrevegyék igényeiket és ki is elégítsék azokat. Hogyan tudok én, mint szakember szerepet vállalni annak elérésében, hogy a szülők figyeljenek és elégítsék ki a gyermekek igényeit, és ha ez nem lehetséges, akkor más támogató rendszerek ügyeljenek ezekre?
- c. A gyermekeknek koruknak megfelelő feladatokra és kihívásokra van szükségük. Megvan a kockázata annak, hogy a sérülékeny szülők gyermekei olyan felelősséget

¹ A metodikai részben konkrét gyakorlatok találhatók.

vállalnak magukra, amely koruknak még nem megfelelő – ezt nevezzük a szülői szerep átvállalásának, “parentifikációnak”.

9. Szülői viselkedés és mentális sérülékenység

Bár a bírósági elé kerülő gyermekfelügyelettel foglalkozó esetek 25 %-a kötődik mentálisan beteg/sérülékeny szülőkhöz (ausztriai adat), ez nem jelenti automatikusan, hogy a sérülékeny szülők nem képesek felnevelni gyermekeiket. A nyugalom és biztonság egyéni megítélése, a kötődés, kornak megfelelő ingerek, táplálkozási feltételek biztosítása, szabályok és értékek közvetítése, az együttműködésre való hajlandósággal és a segítség keresésével illetve elfogadásával együttesen alkotják az (elég) jó szülőség alapvető mutatóit.

Fontos hangsúlyozni, hogy: **A GYERMEKET NEM SZABAD STABILIZÁLÓ TÉNYEZŐKÉNT VAGY FONTOS PSZICHOLÓGIAI GYÓGYÍTÓ TÉNYEZŐKÉNT, TÁMASZKÉNT HASZNÁLNI A BETEG SZÜLŐ/K GYÓGYKEZELÉSE SORÁN!**

Az alkohol függőséggel kapcsolatosan ez az ajánlás ismertnek tűnik a nyilvánosság előtt, más helyzetekben (pl. hiányzó együttműködési készség esetében) megfigyelhető, hogy a gyermekjóléti és gyermekvédelmi ellátó rendszerek nehézségeket mutatnak vagy késlekednek az érintett gyermekek számára megfelelő, szükséges szolgáltatások kialakításában.

A gyakorlat azt mutatja, hogy még a gazdag, támogató rendszerekkel (pl. egészségügyi, szociális és nevelési intézményi hálózattal) jól ellátott közösségekben élő gyermekek is ki vannak téve az elfelejtettség kockázatának, mivel az esetek nagy részében a segítő rendszerek elsősorban az érintett szülők igényeire figyelnek. Továbbá – az időszakosan jelenlévő tünetek, dekompenzátság esetében – a segítség/támogatás időben általában korlátozott, azáltal nem alkalmas a gyermek igényeinek folyamatos nyomon követésére.

10. Depressziós² szülők gyermekei

Ezen a modulon belül a mentális betegségek eltérő formáinál vagy a sokkal általánosabb “mentális sérülékenység” összefüggésében is az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyvét (DSM) használjuk kiinduló pontként. Hogy jobban tudjuk leírni a diagnosztikai kritériumokat a nem elsősorban pszichiátriai területről

² A DSM IV TR, 2000 alapján

jövő szakemberek számára a tüneteket didaktikailag 4 csoportba osztjuk, figyelembe véve azok pedagógiai tapasztalatokhoz történő illeszkedését: *érzelem, gondolkodás, viselkedés és testi reakciók*.

10.1 Tünettan (A kritériumok didaktikai szempontú áttekintése)

ÉRZELMEK

- A nap nagy részében nyomott hangulat, majdnem minden nap, saját beszámoló alapján (pl. szomorúnak, üresnek érzi magát) vagy mások megfigyelése alapján (pl. sirásról árulkodó arc, szemek). Gyerekeknél, serdülőknél ezt könnyen ingerelhetőségnek írják le.
- A nap nagyrészt látható érdektelenség, örömhány minden, vagy majdnem minden tevékenységben, majdnem minden nap.

GONDOLKODÁS

- A halál visszatérő gondolata (nem csak félelem a haláltól), visszatérő öngyilkossági elképzelések speciális terv nélkül, vagy öngyilkossági kísérlet, vagy az öngyilkosság elkövetésének kidolgozott terve
- A gondolkodás vagy koncentráció képesség hiánya, döntésképtelenség majdnem minden nap

VISELKEDÉS

- Pszichomotoros felhangoltság (aktivitás magasabb szintje) vagy lehangoltság majdnem minden nap
- Fáradtság vagy enégiátlanság majdnem minden nap.
- Saját értéktelenségének érzése vagy erős / értelmetlen büntudat érzése majdnem minden nap.

TESTI REAKCIÓK

- Jelentős fogyás diétázás nélkül vagy hízás (több, mint 5% testsúlyváltozás havonta), vagy csökkent / fokozott étvágy majdnem minden nap
- Aluszékonyosság vagy súlyos álmatlanság majdnem minden nap

A DSM IV-nek megfelelően, a súlyos depresszióban szenvedő személy vagy nyomott hangulatban van, vagy tartósan elvesztette minden érdeklődését és örömét a mindennapi élet dolgaival kapcsolatban, legalább 2 héten át. Ez a hangulatváltozás teljes eltérést jelent az illető normál hangulatától: helytállása a szociális, munkával kapcsolatos, nevelési vagy más fontos területeken, nyomott hangulata miatt súlyosan romlik. A drogok, az alkohol, a gyógyszerek által kiváltott, vagy egy másik betegség részeként fellépő hangulatváltozás nem tekinthető súlyos depressziós zavarnak. Továbbá a tünetek nem írhatók a gyász számlájára (pl. közeli hozzátartozó vagy szeretett személy halála esetében) több mint 2 hónap elteltével, vagy ha jelentős funkcionálási zavarok, halállal kapcsolatos gondolatok,

értéktelenség érzése, öngyilkossági fantáziák, pszichotikus tünetek, vagy pszichomotoros lelassulás is jellemzik az egyént.

10.2 A depresszió hatása a gyermekek mindennapi életére

A súlyosan depressziós szülők is képesek lehetnek nagyon érzékenyen reagálni gyermekeik érzelmi igényeire. Egy anya arról számolt be, hogy egy súlyos depressziós időszakában semmi se érdekelt, még a gyerekei sem. Remissziós állapotaiban azonban (amikor a betegség időlegesen nyugalmi (tünetmentes) fázisba került) empátiával gondozta gyermekeit.

A gyermekek különösen érzékenyek depressziós szüleik energia és motivációs szintjének változásaira. Érzékelik az ezekben történő, számukra váratlan és megmagyarázhatatlan változásokat, és időről időre szembe kell nézniük szüleik energiátlanságával, motivátlanságával és a reakciók hiányával: “az anyám/apám néha reagál, néha nem, hogyan lehetek abban biztos, hogy odafigyel arra, mire van szükségem?” Ezeknek a bizonytalan szülői reakcióknak vagy éppen negatív válaszoknak (“Maradj csendben! Ne zavarj!”) a következtében, a legtöbb (kis)gyermek bizonytalanul kötődővé válik.

Néha az anya vagy az apa reagál a gyermek kapcsolatigényére, máskor napokon, heteken át ki sem mozdul az ágyból. A kisgyermek számára nagyon nehéz az ilyen szülői viselkedéssel együttélni, nem tudja, hogy mit várhat, odafigyelnek-e az igényeire vagy sem. Egyszer lehetséges valami, máskor meg nem. Nem lehet előre tudni, mikor, mi fog történni. Sokszor a gyermekek magukra vannak hagyva a legegyszerűbb igényeikkel. **Ez az átláthatatlan rendszertelenség vagy bizonytalanság aktiválja a gyermek védekező rendszerét, aminek következtében megnő az aktivációs szintje, állandósul a stresszreakció.**

Továbbá lehet, hogy szembe kell nézniük öngyilkossági kísérletekkel, ki vannak téve erősen traumatizáló helyzeteknek (mentők, aggódás anya/apa életéért).

10.2.1 A depresszív szülő érzelmi támaszának lenni

Észrevéve, hogy a szülő lassan vagy egyáltalán nem reagál, a gyermek (főleg, ha idősebb vagy egyke) megkísérli fokozni saját aktivitását, hogy szülőjét aktivitásra serkentse, felvidítsa. (Ez a jelenség nem olyan gyakori abban az esetben, ha van valaki, akihez a gyermek érzelmileg kötődhet.). Nagyon hamar észre fogja venni, hogy erőfeszítései nem hoznak változásokat a mentálisan sérülékeny szülő viselkedésében. Egyre jobban és jobban, próbálja az érintett szülőt válaszra bírni, egyre több energiát fektet bele. A hiányzó reakció

csalódást okozhat. A várható következmények: tehetetlenség érzés vagy szomorúság. Mély meggyőződésünk, hogy a fiatalkori depresszió kialakulásában a szülő fokozott mentális sérülékenységének fontos szerepe van.

10.2.2 Gyámkodás, az érintett szülő felelősségének átvállalásával – Parentifikáció

A gyermekek már nagyon kicsi korukban, szüleik csökkent aktivitás szintje miatt, felfedezik, hogy otthonuk mindennapi rendszere nem működik. A következő fázisban, ha senki más nem teszi meg, elkezdenek saját magukról, testvéreikről, sőt az érintett szülőről is gondoskodni. Ez a jelenség figyelhető meg skizofrénia, bipoláris zavar és alkohol problémák esetén is. Tapasztalataink szerint már az 5 éves gyermek is fel tudja vállalni azt a felelősséget, hogy a tünetek rosszabbodásakor figyelmezteti anyját a gyógyszerek bevitelére. Felelősnek lenni a szeretett szülő pszichés egészségéért nagyon nagy teher a gyermek számára, (még más felnőtt számára is) különösen, hogy ez a gyámkodás sok éven át is tarthat.

10.2.3 Korai fejlődési problémák

Mentálisan sérülékeny szülők gyerekeivel dolgozva sok esetben tapasztaltunk korai fejlődési problémákat organikus okok nélkül.

Depresszió és skizofrénia esetében az érzelmi depriváció következtében a kifejező beszéd zavarainak előfordulását láthatjuk az első életévekben. Vizsgálataink szerint a depressziós szülők gyerekei többet sírnak (Milgrom és mtsai, 1996) és kevesebb explorációs tevékenységet mutatnak (Field és mtsai. 1996), valamint nem reagálnak adekvátan pl. a depressziós szülők szóbeli kommunikációjára.

10.3 A depressziós szülők gyermekeinek főbb támogató stratégiái

a. *A szülő(k) terápiája* az első és legfontosabb lépés a gyermek jólléte irányában, amely csökkenti a rá nehezedő terheket. Mindig hangsúlyozni kell, hogy a depresszió betegség, ami, az esetek többségében sikeresen gyógyítható, azaz teljes javulás érhető el (ami a tünetek hiányát jelenti). **A legjobb eredményeket a gyógyszeres kezelés, a pszichoedukáció és a támogató pszichoterápia kombinációja nyújtja.**

b. A depressziós szülők gyermekeinek *örömré, odafigyelésre van szükségük*, olyan helyzetekre, melyekben kifejezhetik érzelmeiket. A napi munkában ez azt jelenti, hogy az egészséges családtagok vagy a családot körülvevő közösség tagjai megteremtik az örömet, a vidámságot, az optimizmus szigeteit - szorongás nélküli szigeteket.

c. *Információ:* a legelején meg kell magyarázni a gyermeknek, hogy anyja vagy apja sérülékenysége nincs összefüggésben az ő viselkedésével. Hogy ő nem hibás. Hogy az ő viselkedése nem kapcsolódik össze anyja/apja fáradtságával, ingerlékenységével vagy sírós betegségével.

d. **A gyermeknek meg kell engedni, hogy kifejezhesse érzéseit, hogy hangos lehessen, énekeljen, táncoljon, rohanjon, kiabáljon, dühös legyen** (a legjobb, ha nem az érintett szülő jelenlétében, mivel a gyerek ilyen viselkedése szintén stresszforrás lehet a szülő számára).

11. Bipoláris zavarokban szenvedő szülők gyermekei

11.1 Tünettan - A kritériumok didaktikusan rendezett áttekintése (mániás fázis)

A bipoláris zavarok a jelenlegi diagnosztikai szempontok (DSM IV, 2000) szerint összetett betegségnek tekinthetők – amelyek számos, különböző formában jelenhetnek meg. A hangulatingadozások gyakorisága és intenzitása (depresszió és mania között) egyénenként nagyon különböző lehet. A depresszió tüneteit már leírtuk a 10.1-es pontban.

ÉRZÉSEK

- Egy ideje fenálló abnormálisan és tartósan emelkedett hangulat, átható ingerelhetőség, minimum egy héten át (vagy időtartamtól függetlenül, ha kórházi elhelyezést igényel). A hangulat zavara elég komoly ahhoz, hogy jelentősen csökkentse a munkára való alkalmasságot, a szokásos társas viselkedést vagy a másokkal való kapcsolatokat, vagy kórházi kezelést tesz szükségessé, nehogy másokban vagy magában kárt tegyen, vagy pszichotikus tünetek lépnek fel.
- Túlzott önértékelés, nagyzolás illetve nagyzási tévképzetek

GONDOLKODÁS

- gondolatok viharzása vagy a gondolatok versengésének szubjektív érzete
- nyugtalanság(pl. nem fontos vagy irreveláns külső ingerek túl könnyen elvonják a figyelmet)

VISELKEDÉS

- Beszédesebb, mint a szokásos, kényszert érez, hogy folyamatosan beszéljen
- Megnövekedett célirányos aktivitás (akár szociális területen, munkában, iskolában vagy szexuálisan) vagy pszichomotoros felhangoltság
- Túlzott bevonódás olyan örömteli cselekvésekbe, amelyeknek valószínűleg lesz negatív következménye (pl. kontrollálatlan költekezés, meggondolatlan pénzügyi befektetések, szexuális meggondolatlanság)

TESTI REAKCIÓK

- Csökkent alvás-szükséglet (pl.: 3 órai alvás után kipihentnek érzi magát) vagy állandó elalvási nehézség

A tünetek semmilyen helyettesítő szer közvetlen pszichés mellékhatásának nem tudhatók be (pl.: kábítószer, gyógyszer függőség, más kezelés) sem egy általános betegségi állapotnak.

A DSM-IV TR jellemzése szerint a Bipoláris zavar olyan állapot, amiben a beteg lényeges hangulatváltozásai huzamosan hetektől hónapokig terjedhetnek. A betegek legalább egy olyan periódust élnek át, amelyben a hangulatuk emelkedett: ezt követi egy normális, kiegyensúlyozott, legalább 2 hónapig tartó szakasz, mielőtt megjelenik egy súlyosabb depressziós fázis. Ezek a hangulatváltozások nem tekinthetők skizofréniának, skizoaktiv rendellenességnek, pszichotikus zavaroknak vagy téveseszméknek. A hangulatzavarok nem egyenes következményei valamilyen szer szedésének, pl. altató tabletták, vagy receptre kapható amfetaminok. De alkohol függőség lehetséges, különösen a mániás fázisokban.

11.2 A bipoláris zavarok hatása a gyermekekre

Tények: a bipoláris zavar előfordulásának esélyét (különösen a bipoláris 1-t) az élet folyamán 1 %-ra becsülik. Ha a gyerek két ilyen szülővel rendelkezik, minden második esetben megjelenhetnek a tünetek.

A bipoláris zavarokban szenvedő szülők gyermekei erősen ingadozó hangulat állapotokat élhetnek meg, amit az aktuális alkohol függőség még tovább fokozhat. Még a nagyon fiatal gyerekek legtöbbször is azt állítják, hogy egészen biztosan észreveszi szülei viselkedésének változását., egy 6 éves gyerek elmondta, hogy apja sűrűn eljár a vendéglőbe és megvendégeli a gyerekeket: innivalóval, fagyalattal stb. Akkor tudja, hogy kezdődik újra az egész. A gyerekek megfigyelhetik a változásokat, amikor a szülők pl.: olyan szavakat és kifejezéseket használnak, olyan kérdéseket tesznek fel, amelyeket stabil állapotukban nem alkalmaznának. A mániás időszakban a gyerekek szüleik olyan cselekvéseivel kerülnek szembe, mint pl.: eljárnak hazulról, nem alszanak, hangosak, nyugtalanok, sőt agresszívek.

Az elején az ilyen viselkedés mókás lehet a gyerek számára, azt kapja, amit szeret, de a reakciók intenzitása nagyon ijesztővé válhat. Egy idő után ez nagyon fárasztó lesz, különösen, ha a gyerek kicsi, és arra kényszerítik, hogy kövesse a szülők aktivitását. Nagyon hamar észreveszi, hogy anyu/apu nem tartja be az ígéreteit, az ő kívánságai nem teljesülnek. Az életük veszélybe kerülhet. A szülők elfelejthetnek gondoskodni a gyerekről, nem etetik megfelelően, nem követik az elemi biztonsági szabályokat (pl.: hagyják túl hosszú ideig a hidegben, megfelelő kabát, kesztyű nélkül). Nincs rendszer a mindennapi

életben. A fokozódó türelmetlenséget követheti a gyerek felé irányuló agresszió, különösen, ha a gyerek megpróbálja korrigálni a szülőt.

Amint az érintett szülő kezdi elveszteni “kontrollját” és különös dolgokat produkál, a gyerekek néha szégyenlik magukat. Ha a gyerek elutasítja a részvételt, nem követi a szülőt, legtöbbször verbális agresszióval találkozunk. És néhány alkalom után minden az ellenkezőjére fordul. A szülők kiabálnak, nevetnek, énekelnek, adakozóvá válnak, de agresszíven is viselkednek. A depressziós szakaszban azután fáradttá, enerválttá, motiválatlanná válhatnak. A szomorúság az arcukon, a mozgásukon látszik (ld. A depresszió leírását).

A gyermek magárahagyott, (ha nincs másik felnőtt a családban). Mindkét fázisban elhanyagolják igényeit. A reakciók egymásnak ellentmondóak és a gyermek számára nehezen érthetők, változékonyak a nagyfokú nyugtalanságtól, robbanékonyságtól, a szomorúságtól, depresszióig bezárólag. Ezt a nem megjósolható viselkedést a gyermek nehezen követi, saját viselkedése is kiszámíthatatlanná válik. Emellett a szülő viselkedése folyamatosan áthágja a gyermek személyes határait. Ezek a gyermekek generalizált szorongásos zavarokat és bizonytalan kötődést mutathatnak.

11.3 A beavatkozás alapelvei

- a. A legfontosabb cél az érintett szülő orvosi kezelésének kezdeményezése. Azonban ez nehéz, mivel az érintett szülő nem érzi betegnek magát, és a törvények szerint problematikus a beteg beleegyezése nélkül a kórházi elhelyezés.
- b. A szakemberek nem képesek akut mániás fázisban levő beteggel dolgozni a csökkent ön-reflexió miatt.
- c. Akut mániás fázisban levő szülők valószínűleg nem lesznek képesek együttműködni vagy betartani a terápiás szerződést, mert a hiányzó együttműködési képesség a mániás epizód egyik fő tünete. Szakmai szempontból az akut mániás fázisban lévő szülővel való bármilyen kapcsolatfelvétel nagy valószínűséggel kudarcra van ítélve.
- d. Ha nincs egészséges felnőtt, nagyszülő, egészséges partner vagy támogató szociális gondozói hálózat: **A gyermek nem hagyható egyedül akut mániás epizódban levő gondozójával, mivel a helyzet veszélyes lehet a gyermek számára – testi, lelki és szociális jóllétét egyaránt veszély fenyegetheti!** Ha a gyermek az érintett szülővel kettesben él, a nagymamánál, szomszédoknál, vagy átmeneti otthonban levő ideiglenes elhelyezése megvédheti. A gyermeknek “joga” van az átlátható rendszerhez és szokásokhoz

még a szülő mániás időszaka alatt is. Ezek nyújtják a szükséges érzelmi és fizikai biztonságot.

e. Ha a gyerek idősebb, egy minden eshetőségre kidolgozott krízis-terv készíthető, ami a számára veszélyes helyzetekben a kontroll érzését nyújtja. Pl.: Mit csináljak, ha a mamám vagy papám éjjel el akar vinni magával otthonról? Hova menjek? Kinek szóljak, ha mami vagy papa furcsán viselkedik?

A gyermekeknek szükségük van (koruknak megfelelően) arra, hogy megértsék a helyzetet és tisztában legyenek vele, szüleik viselkedésváltozását az agyi funkciók változása okozza.

f. A szakmai (terápiás) “szerződésnek” az egészséges szülőre kell koncentrálni, informálniuk kell őt:

- a. A gyermeki igények kielégítésének, a gyermek védelmének fontosságáról
- b. A gyermek és a család számára lehetséges támogató beavatkozásokról
- c. A betegség kimeneteléről, a kezelésről, és néha a partner megváltozott viselkedése mögött álló diagnózisról
- d. A törvény adta lehetőségekről: mikor lehet akarata ellenére kórházi kezelésbe venni egy személyt.
- g. Ha nincs elérhető egészséges szülő, a gyermekvédelmi/jóléti szolgáltató rendszert kell aktiválni.
- h. A bipoláris zavaroknál a genetikai összefüggés igen magas, ezért a gyerek számára minden további stressz kerülendő.

12. Skizofréniában szenvedő szülők gyermekei

A legtöbb képzésben a skizofréniához zavaros, misztikus képek kapcsolódnak, egy “Dr. Jeckyll és Mr. Hyde” típusú hasadt személyiség képe. A skizofrénia a köznyelvben a mentális zavar szinonimája. A legtöbb szakember, aki nem a pszichiátriai ellátás területén dolgozik, nehezen látja át, hogy mi a skizofrénia lényege. Ezen a területen tehát a legtöbb ismeretet arról kell nyújtani, hogyan funkcionál egy skizofrén személy és milyen hatása van a gyermekekre. Az általános népességben a betegség gyakorisága világszerte 1-2 % , Perala és mtsai. (2007) kimutatták, hogy a népességre vonatkozó kutatások alacsonyabb előfordulási arányt mutatnak. Azonban 100 gyerek közül 13-nál, akinek legalább egyik szülője érintett, szintén kialakulnak a betegség tünetei.

12.1 A skizofrénia tünetei (a kritériumok didaktikai szempontú áttekintése)

A Mentális Zavarok Diagnosztikai és Statisztikai Kézikönyve 4. javított kiadása (DSM-IV-TR) alapján a skizofrénia diagnosztizálásának 3 kritériuma van:

Jellemző tünetek: 2 vagy több az alábbiak közül, mindegyik legalább egy hónapja fenáll (vagy rövidebb ideig, ha kezelés hatására visszahúzódtak a tünetek)

ÉRZÉS

- Negatív tünetek: tompult érzelmek (az érzelmi reakciók csökkenése vagy teljes hiánya, alogia (a beszédtevékenység csökkenése vagy teljes hiánya), avolitio (a motiváció csökkenése vagy teljes hiánya)

GONDOLKODÁS

- Zavaros, széteső beszéd, ami a formális gondolkodás zavarának megjelenési formája. A beszéd probléma csak abban az esetben felel meg a diagnosztikus kritériumoknak, ha elég súlyos ahhoz, hogy a kommunikációt gyengítse.
- Téveszmék: azt képzelet, hogy az emberek róla beszélnek

VISELKEDÉS

- Zavart viselkedés (nem megfelelő öltözködés, gyakori sírás) vagy kataton állapot

ÉSZLELÉS

- Hallucinációk – csak akkor, ha a hallucinációk bizarrnak minősülnek, vagy a beteg hangokat hall, ami a cselekvéseit kíséri, közvetíti, vagy több hang vitatkozik egymással.

Szociális/munkavégzési diszfunkció: a zavar megjelenésétől kezdve, az idő nagy részében egy vagy két területen pl. munka, interperszonális kapcsolatok, önellátás – jelentősen alacsonyabb színvonalú működés, mint a tünetek megjelenése előtt.

Időtartam: A diszfunkció folyamatos jelenléte legalább 6 hónapon keresztül. Ezen a hat hónapos perióduson belül legalább egy hónapig fennállnak a fenti tünetek (vagy rövidebb ideig, ha a kezelés hatására a tünetek visszavonulnak)

Nem diagnosztizálható szkizofrénia, ha hangulatzavar tünetei, átfogó fejlődési rendellenesség tünetei mutatkoznak, ha a tünetek egy más betegség közvetlen tünetei, vagy valamilyen helyettesítő szer, pl. gyógyszer, kábítószer szedésének következményei.

12.2 A szülő szkizofréniájának hatása a gyermekekre

A tapasztalatok azt mutatják, hogy a szkizofrénia (a bipoláris zavarral és a borderline személyiségzavarral együtt) a mentálisan sérülékeny szülők gyerekeinek egyik legnagyobb terhe. Komoly hatása lehet a gyerek életére a kialakult “furcsa” magatartásnak, a zavaros beszédnek, csökkent koncentrációképességnek, a jelentősen gyengült szociális funkcióknak. A szociális elkülönülés következményeként nehézségek keletkeznek az érzelmi kötődésben és a fejlődésnek megfelelő ingerek nyújtásában (Mattejat & Lisofsky, 1998).

Nemcsak a kisgyermek (akiknél a realitás kontroll hiányzik, ha nincs más egészséges felnőtt), de a nagyobbak is egy fenyegető, durva, igazságtalan világban találják magukat. A gyermek számára a szülő így interpretálja a világot. A felnőtt realitás a gyermek realitásává válik, úgynevezett “folie á deux” alakul ki. Ha a gyermek ebben a környezetben marad, ha

csökkent együttműködési szándék vagy a mentális sérülékenység tagadása van jelen, akkor nagy a veszély, hogy a szülő beteg világába bevonódik, csapdába esik a gyermek is. Hangsúlyozni kell, hogy ez nem szabály. A hatás a tünetek intenzitásától függ. Tudnunk kell, hogy ha a gyerek a szülőéhez hasonló tüneteket mutat, akkor indukált pszichózis eshetőségéről van szó (a gyermek nem szkizofrén). **Indukált pszichózis esetében az érintett szülőtől való elkülönítés csökkenteni fogja a gyermek tüneteit.**

Akusztikus hallucinációk (pl. parancsoló hangok), paranoid gondolatok (megmérgeznek vagy megfigyelnek a titkos szervezetek) nem feltétlenül folyamatosan tapasztalhatók, de jelzések lehetnek a nem pszichiáter szakemberek számára, hogy szkizofrén tünetekről van szó. A szkizofrén személyek nagyon félősek lehetnek.

Ha az érintett beteg tünetei komolyak, ez a beteg figyelmének nagyobb részét leköti, így a gyermek szükségleteire való folyamatos odafigyelés veszélybe kerülhet. Ilyen helyzetekben a gyermek rendszertelenül lesz ellátva, bizonytalanul fog kötődni, hiányozni fognak a fejlődéséhez szükséges megfelelő ingerek. A megkésett kognitív fejlődés (organikus háttér nélkül) elég gyakori, amit általában csak a gyermek óvodába kerülésekor vesznek észre és diagnosztizálnak a szakemberek.

12.3 A támogató rendszerek általános stratégiái

a. **A szülő együttműködése** (kész belátni, hogy mentálisan sérülékeny és együttműködő a kezelés folyamán) tekinthető orvosi és mindennapi értelemben a gyermek terheit leginkább csökkentő tényezőnek, amely a gyermeket legjobban védi. Ez az eddig leírt összes más betegségre is érvényes.

b. **Más egészséges személy támogatása:** még ha a tünetek nem nagyon kifejezettek és a szülő érzékenyen reagál is, krónikus betegség lévén, **ismétlődő és hirtelen rosszabbodó tünetekre is számítani kell.** Ilyen esetekben egy **stabil közeli felnőtt fontos támaszt, a biztonság érzését jelenti a gyermek számára.**

c. **Információ nyújtás és megértés a szkizofréniában szenvedő szülők gyermekei számára a mentális sérülékenységről.** Ismervén a szkizofrénia jellegzetes tüneteit, a manifestálódás módjait, nagyon nehéz elmagyarázni a gyerekeknek, hogy mi történik anyával/apával. A gyakorlatból vett ötletek hasznosak lehetnek a sérülékenység megmagyarázására: az “ugráló gondolatok betegség” (a 8 éves Ilse szavai) vagy: anya vagy apa “mintha egy rossz filmben élnének” (A 6 éves Markus szavai). Ebben az esetben nem lényeges, hogy ez a magyarázat tudományos szempontból nem “korrekt”. A gyermek

számára fontos, hogy megkülönböztesse: ami “kijött” apun/anyun az egy betegség, független az ő (gyermeki) viselkedésétől. Részletes információk a 3. modulban olvashatók.

d. Pszichoedukáció: az érintett szülő felvilágosítása a betegségével kapcsolatosan, érintve a mentális sérülékenységet, a kezelési lehetőségeket és következményeit a gyermek egészséges pszichológiai fejlődésére. Ez a téma a többi leírt betegségnél is fontos.

13. Szorongásos zavarban szenvedő szülők gyermekei

A szorongásos zavarok a leggyakoribbak a populációban és a gyermekekre gyakorolt hatásuk sokszor megfigyelhető. Évente körülbelül az emberek 18,1 %-ának van szorongásos zavara (amerikai adat, Kessler és mtsai. 2005).

13.1 Tünettan (A kritériumok didaktikai szempontú áttekintése)

ÉRZÉS

- Legalább 6 hónapon át tartó “erős aggodás és szorongás” különféle események és helyzetek miatt. Általában az “erős” úgy értelmezhető mint, több mint ami elvárható az adott helyzetben vagy eseménnyel kapcsolatban. A legtöbb ember aggódik bizonyos dolgok miatt, de az aggodás intenzitása megfelel a szituációnak.
- Az egyén ideges, feszült vagy nyugtalan

GONDOLKODÁS

- Koncentrációs problémák

VISELKEDÉS

- A tünetek “klinikailag jelentős szorongás”-t okoznak, vagy a mindennapi élet működtetését zavarják. Azt, hogy a szorongás klinikailag jelentős-e, a szakember dönti el. Sok ember rendelkezhet a fenti tünetek valamelyikével és olyan jól megküzd vele, hogy képes magas szinten funkcionálni.
- Jelentős nehézséget okoz a szorongás és aggodás kontrollálása. Ha valakinek nagy küzdelmet okoz a kontroll elnyerése, az ellazulás, vagy a szorongás és aggodalom kezelése, akkor ennek a kritériumnak megfelel.

TESTI REAKCIÓK

- Könnyen elfárad vagy kimerül
- Ingerlékenység
- Izomfeszültség
- Alvási problémák

A tünetek nem egy másik mentális zavar részei és az állapotot nem valamilyen szer vagy egyéb betegség okozza.

13.2 A szülő szorongásos zavarainak hatása a gyermekekre

A szülő szorongásos zavara (a tünetek súlyosságától függően) nagyon gyakran negatívan befolyásolja a gyermekek kapcsolódását és felfedező viselkedését. Jelentős szorongások és

aggodalmak között a szülők nem képesek biztonságos kötődést nyújtani és ennek következménye a gyermekben kialakuló bizonytalan kötődés és szorongás (Muris és mtsai 1996).

Szorongásaik következményeként a szülők többnyire túlvédők, korlátozzák a gyermek explorációs tevékenységét. A tanult tehetetlenség értelmében a gyermekek hajlamosak lesznek lemondani a felfedezésekről mivel a szüleik elijeszthetik őket. A szülő szorongásán keresztül a gyermek képe a világról csupa kockázat és veszély. Ennek következtében a gyermekben kompetencia-hiány és szociális elkerülő magatartás alakulhat ki.

13.3 A beavatkozás általános alapelvei

A bizonytalanul kötődő gyerekeknek a legtöbb esetben legalább egy bizonytalan szülőjük van. Ennek nem biológiai determináció az oka, hanem a világról és az életről való információk "szorongásos" feldolgozása. Kisgyermekes esetében (iskolás kor előtt) a segítő beavatkozások hatásosabbak, ha mindkét felet, szülőt és gyereket is bevonják. Néhány stratégia hatásos lehet:

a. *Kis lépések stratégiája*, amihez a szakember részéről sok türelem szükséges. A szorongó emberek számára az új élményekkel való megküzdés a legnagyobb probléma. Félnak az új, ismeretlen helyzetektől. Minél nagyobb kihívást jelent a helyzet, annál jobban félnak elkezdni, kipróbálni. Könnyebb meggyőzni a szülőket, hogy próbálják kis dózisban adagolni az új élményeket, mert a kockázat így kisebb lehet. A szakembereknek:

- a. bátorítani kell a szülőt, hogy a változásokat nagyon kis lépésekben próbálja ki
- b. meg kell érteni a bizonytalanságot és a hiányzó szülői együttműködést, különösen a beavatkozások kezdeténél. Pozitív megerősítés a szülő és a gyermek számára minden kis lépésnél javítja a magabiztosságukat.

b. *Információ nyújtása a szülőnek* arról, hogy mennyire fontos és szükséges a gyermek számára a világ aktív felfedezése. A kognitív átdolgozás keretében a legtöbb szülő felismeri hogy, az én-hatékonyság és az autonómia két fontos lépés a felnőtt kor felé. Mivel a szorongásos zavar fő tünetei a bizonytalanság és aggodalom, a szülők a gyermek önállósulásának lehetőségét 1-2-3 évvel késleltetik. Azzal érvelnek, hogy majd akkor a gyermek érettebb lesz vagy jobban meg fogja érteni a lehetséges kockázatokat és veszélyeket (amelyeket ők annak tartanak).

c. *Pszicho-edukáció* az érintett szülő számára, saját mentális sérülékenységére vonatkozóan, amely érinti a kezelési lehetőségeket és ezek hatását a gyermek pszichológiai fejlődésére. A legtöbb szülő képes elismerni, hogy ha ő maga biztonságban érzi magát,

akkor a gyermek függetlenebbé tud válni. Megérti, hogy a tanult tehetetlenség és szorongás az ő életével kapcsolatban nagyban befolyásolhatja a gyermek életét pl.: a társas kapcsolatokat, az óvodai, iskolai beilleszkedést és általában az önállóságot.

14. Személyiségzavarban szenvedő szülők gyermekei

A személyiségzavarok területe is nagy kihívást jelenthet a szakemberek számára. A személyiségzavar kifejezés nem nagyon ismert és az ún. “normál” viselkedés és a személyiségzavar közötti határ igen vékonyknak tűnik. **Általános jelenség, hogy túldiagnosztizálják. Általában a személyiségzavarok tünetei úgy foghatók fel, mint a személyiség jellemzők összefüggő matrixa, ami időben és különböző helyzetekben állandónak mondható, és ellenálló a terápiákkal szemben.**

A legtöbb esetben a személyiségzavar első jelei csak visszatekintve tűnnek fel, holott már kora gyermek-, és még inkább serdülőkorban azonosíthatók. Már említettük, hogy a személyiségzavar, különösen a Borderline típusú (a szkizofrénia és a bipoláris zavar mellett) az érzelmi bizonytalanság miatt erősen negatív hatású a gyermek jólléte szempontjából. A veleszületett sérülékenység és a környezeti tényezők befolyásának mértéke még vitatott: a környezeti tényezők nagyobb hatását feltételezik (Boggarts & Lußcz, 1999).

Az Amerikai Pszichiátriai Társaság (APA) definíciója szerint a személyiségzavar a “belső élmények olyan állandó mintázata és olyan viselkedés, amely jelentősen eltér az adott kultúrában elvárható viselkedéstől” (DSM IV, 2000).

(...) Személyiségzavarban ezek a viselkedési mintázatok jellemzően összefüggnek a viselkedésformák súlyos zavarával, általában a személyiség több területére kiterjednek és majdnem mindig összefüggést mutatnak az egyén személyes és társas kapcsolatainak megbomlásával. Emellett a személyiségzavarok rugalmatlanok és az élet legtöbb területét áthatják (...)

A viselkedés ilyen mintázatainak megjelenése tipikusan a késő serdülőkorhoz és a felnőttkor kezdetéhez kapcsolódhat, ritkábban a gyermekkorhoz. De nem valószínű, hogy személyiségzavar diagnózis megfelelő lenne 16-17 éves kor előtt.

A személyiségzavar diagnózisa nagyon szubjektív, alapja azonban a merev és átfogó viselkedési mintázat, mely gyakran komoly személyes és szociális nehézségeket és az általános funkciók romlását eredményezi. Az érzések, gondolkodás és viselkedés merev és

állandó mintázatát a mélyben meghúzódó hiedelmek rendszere okozza, amely hiedelmekre, mint rögzült képzetekre, vagy “diszfunkcionális sémákra” szoktunk utalni.

A DSM-IV 10 személyiségzavart sorol fel, 3 csoportba osztva őket:

A. csoport (különc vagy excentrikus zavarok)

- **Paranoid személyiségzavar:** irracionális gyanakvás és bizalmatlanság jellemzi mások iránt
- **Szkizoid személyiségzavar:** a szociális kapcsolatok iránti érdektelenség, embergyűlölet, befeléfordulás jellemzi, a másokkal való időtöltést értelmetlennek tekinti
- **Szkizotip személyiségzavar:** különc, sokszor bizarr magatartás és homályos, sejtelmes, mágikus gondolkodás, bizalmatlanság jellemzi

B. csoport: (dramatikus, eltúlzott érzelmekkel jellemezhető zavarok)

- **Antiszociális személyiségzavar:** a törvények és mások jogainak semmibevétele
- **Borderline személyiségzavar:** csak “fekete-fehérben” való gondolkodás, bizonytalan kapcsolatok, én-kép, identitás és viselkedés jellemzi
- **Hisztrionikus személyiségzavar:** állandó figyelemfelhívó viselkedés, beleértve a helyzetnek nem megfelelő szexuális csábítást, felfokozott vagy felszínes érzelmek jellemzik
- **Narcisztikus személyiségzavar:** a nagyszerűség átfogó érzése, igény a csodálatra, empátia hiánya jellemzi

C. csoport (szorongásos zavarok)

- **Elkerülő (averzív) személyiségzavar:** szociális gátoltság, meg nem felelés érzése, fokozott érzékenység a negatív véleményekre és a szociális interakciók kerülése jellemzi
- **Dependens (függő) személyiségzavar:** átható pszichés függés jellemzi más személyektől
- **Kényszeres személyiségzavar:** a szabályokhoz, etikai normákhoz való merev, rugalmatlan ragaszkodás és túzott rendszeret jellemzi

14.1 Tünettan (a kritériumok didaktikai szempontú átekintése)

A DSM-IV-TR alapján a személyiségzavar diagnózisa a következő általános kritériumoknak kell, hogy megfeleljen, kiegészítve az egyes csoportokhoz tartozó speciális kritériumokkal.

A. A belső élmények és viselkedés tartós mintázata jelentősen eltér az egyént körülvevő személyek, az adott kultúra elvárásaitól. Ez a mintázat két (vagy több) területre terjed ki az alábbiak közül:

1. **GONDOLKODÁS:** (az én, mások és események percepciója és interpretációja)
2. **ÉRZÉSEK** (az érzelmi válaszok sorozata, erőssége, változékonysága, megalapozottsága)
3. **VISELKEDEÉS** (társas kapcsolatok működése és impulzivitás kontrollja)

B. A tartós mintázat merev, a személyes és szociális helyzetek széles skáláját fogja át.

- C. A tartós mintázat klinikailag jelentős szorongáshoz vezet vagy gyengíti a funkcionálást a társas élet, munkavégzés vagy más egyéb fontos területeken.
- D. A mintázat szilárd, hosszú ideje fenn áll és kezdete visszanyúlik legalább a serdülőkorba vagy a korai felnőtt korba.
- E. A tartós mintázat nem magyarázható kielégítőbben egy másik mentális betegség megnyilvánulásaként vagy következményeként.
- F. A tartós mintázat nem tulajdonítható pszichoaktív szerek (gyógyszerek, drogok) szedése egyenes pszichés következményének vagy általános egészségi állapotnak (pl. a fejet ért sérülés következményének).

14.2 Személyiségzavar hatása a gyermekekre (különös tekintettel a borderline zavarban szenvedő szülőkre)

A személyiségzavar hatásai a gyermekekre – nagy mértékben – függenek annak típusától (ld. a fentebb írtakat). Mindemellett időben és szituációban szoros összefüggést mutatnak a szülő személyiségzavarának merev mintázatával. A gyermekekre vonatkozó kockázat ezért kora gyermekkortól attól függ, hogy milyen fajtájú személyiségzavarról van szó.

A borderline személyiségzavar esetében a gyermek gyakran találkozik változtatott partnerekkel, változó munka és lakóhellyel, robbanó, nem várt érzelmi reakciókkal – a toleranciától a büntetésig vagy bántalmazásig. A gyerek felé irányuló kötődés és érzelmek nagyon változékonyak lehetnek. Néha a szülők elfelejtkeznek a gyermek igazi élet koráról, ráöntik az összes felnőtt problémájukat, barátot, partnert csinálnak belőle. Kábítószerfüggés vagy a törvénnyel való összeütközés a személyiségzavarok tüneteinek részét alkotják. Szilárd kötődés, biztonság érzése, törődő szülői magatartás gyakorta veszélyben van. A gyermekek gyakran érzik úgy, hogy bizonytalan és ellenséges világban élnek.

Életükben már nagyon korán kénytelenek felelősséget vállalni szükségleteikért, önállóvá kell válniuk, olyan mértékben, ami nem felel meg fiatal koruknak. Mégis kötődésük a szülőhöz nagyon erős lehet, mert előfordulhat hogy sokáig a szülő az egyetlen elérhető személy, még ha nagyon bizonytalan is.

14.3 A támogató rendszerek általános stratégiái

a. A személyiségzavarban szenvedő emberekkel való kapcsolattartás nagy kihívás a szakemberek számára. Az együttműködési hajlandóság kialakítása, a kontaktus létrehozása a szakemberektől folyamatos energiabefektetést, magas frusztrációs toleranciát, világos célokat és stratégiákat kíván. **Az ilyen szülők legtöbbször nem mutat együttműködési szándékot vagy annak az információnak az elfogadását, hogy személyiségük veszélyes a gyermekekre. Ezeket figyelembe véve emocionális bizonytalanságuk nagy mértékben rontja a hosszú távú stratégiákat.** A szakembernek legelőször a gyermek biztonságára, védelmére, igényeinek kielégülésére kell összpontosítania.

b. Azonban köztudott, hogy a segítő és szakmai szervezetek mintha egy lépéssel mindig a családok mögött járnának. Így ha lehetséges, stabil kötődést kell nyújtani maguknak a szülőknek is. **De ez sok türelmet kíván a “kis lépések stratégiáján” belül ahhoz, hogy felépüljön a bizalom mind a szülők, mind a segítő rendszerek oldaláról.**

c. A rendszeren belüli állandó források részletes elemzése szükséges, hogy felmérjük, az olyan külső szereplők, mint nagyszülők vagy óvoda képes-e támogatni a gyermek világméskének egészséges alakulását.

d. Az egészséges felnőttek bevonása a gyermek mindennapi életrendjébe erős megelőző tényezőnek tekinthető (csakúgy, mint más betegségek esetén).

15. Alkohol és kábítószerfüggő szülők gyermekei

15.1. Rövid tünettan

A DSM-IV-TR úgy határozza meg a kábítószerfüggőséget, hogy “ha az egyén állandó jelleggel alkoholt vagy más kábítószereket használ, annak ellenére, hogy tapasztalja annak káros hatásait”. A kábítószerfüggőséget a diagnózis kritériumai alapján diagnosztizálhatjuk.

DSM-IV-TR szerint a kábítószer használat maladaptív mintázata klinikailag jelentős károsodáshoz vagy szorongáshoz vezet, amely az alábbi tünetek közül egy (vagy több) megjelenését okozza egy 12 hónapos periódus alatt:

VISELKEDÉS

- Ismétlődő kábítószer használat, mely megakadályozza a főbb szerepek betöltését munkahelyen, iskolában, otthon (pl. ismétlődő hiányzás vagy gyenge teljesítmény a kábítószer szedés miatt, kábítószerrel kapcsolatos hiányzások, felfüggesztés vagy kizárás az iskolából, a gyermekek vagy a háztartás elhanyagolása)
- Ismétlődő kábítószer használat olyan helyzetekben, amelyekben az fizikailag veszélyes (pl. autóvezetés közben vagy veszélyes üzemű gép működtetése közben)
- Ismétlődő, kábítószerrel kapcsolatos jogi problémák (pl.: kábítószer hatására kialakult szabálysértő viselkedés miatti őrizetbe vételek)
- Folyamatos kábítószer használat annak ellenére, hogy az állandó vagy visszatérő szociális vagy interperszonális problémákat okoz vagy ezek romlanak a szer hatására (pl.: vita a házastárssal a szerhasználat következményeiről, fizikai összetűzés)

15.2 A szülői kábítószer fogyasztás hatása a gyermek jóllétére

A személyiségzavarok mellett a kábítószerfogyasztás tekinthető az egyik legfőbb kockázati tényezőnek a kisgyermekek fejlődésében és szükségleteik kielégítésében.

Néhány fontos adat 2006 és 2007 közötti vizsgálatokból, az Egyesült Államokból:
(<http://www.oas.samhsa.gov/2k7/state/2k7State.pdf>)

- 2006-2007-ben az USA 12 éves és ennél idősebb népességének 8.1 %-a használt tiltott szert az előző hónapban
- Amerikában a népesség majdnem negyede (23.2 %), minden 12 éves, és ennél idősebb részt vett alkohol fogyasztáshoz kapcsolódó kikapcsolódásban (ivászatban) a vizsgálatot megelőző pár hónapban
- A cigaretta az alkoholt követő második leggyakrabban használt kábítószer az Egyesült Államokban. A 12 éves és ennél idősebb személyek között a dohányzás előfordulása 29,1 %-os volt a vizsgálatot megelőző pár hónapban.
- A 12 év feletti népesség 7.6 %-a bizonyult alkohol használónak.

A magyarországi kutatások nagyon hasonló eredményeket mutatnak. Pikó Bettina (2002) munkáiból kitűnik, hogy a 14-19 éves serdülőknek majdnem fele dohányzik, és 30,7%-uk nem csak alkalmilag, hanem heti/napi rendszerességgel fogyaszt alkoholt. Az iskoláskorú gyermekek egészségmagatartását vizsgáló nemzetközi kutatás (HBSC) keretében elkészült Nemzeti Jelentés szerint 2002-ben az ötödikes fiúk 25%-a, a lányok 12,6%-a próbálta már ki a dohányzást, és ez az arány a 11. évfolyamra mindkét nemnél 77%-ra emelkedett. Az alkohol kipróbálásának korai időpontja még elkeserítőbb: ötödikesen a fiúknak több mint 39%-a, a lányoknak pedig 23,8%-a ivott már 1-2 kortynál több alkoholt, 9-11. évfolyamra a fiúknak 20-30%-a, a lányoknak 7-15%-a napi/heti rendszerességgel fogyaszt alkohol tartalmú italt.

http://www.hbsc.org/countries/downloads_countries/Hungary/Hungarian_NationalReportDec03.pdf

Az alkoholista és drogfogyasztó szülők gyermekei megfigyelhetik szüleiket, amint részegen a padlón fekszenek és nem tudják magukat értelmesen kifejezni, szemtanúi lehetnek veszekedéseknek, és nagy izgatottságnak a megvonásai tünetek miatt, lehet, hogy szüleik egyszerűen megfélemlenek róluk, egyedül hagyják őket éjszakára. Lehet, hogy odaadják őket egy barátnak vagy szomszédnak, ha a szülőknek újabb adagra van szükségük. A mindennapi adagjuk megszerzése az elsődleges az életükben és ezért, lehet, hogy a szülők nem elérhetők

- fizikailag
- a gondozási teendők szempontjából
- a szülői válaszkészség szempontjából

A kialakuló genetikai és szomatikus tüneteken pl. a magzati alkohol szindrómán vagy az újszülöttkori drogfüggésen túlmenően a droghasználó szülők mellett felnövekedő gyermekek gyakran mutatnak zavarokat kötődésükben.

Az állandó változások és a folyamatos törődés hiánya következtében a gyermekek elmaradást mutatnak a napi élethez szükséges szokások és készségek területein. Emellett a

szülői nevelés ambivalens, ezért a gyermekek gyorsan megtanulják, hogy igényeiket nem elégítik ki azonnal, sőt a kötődési személy változó elérhetősége miatt fennáll a veszélye annak, hogy szükségleteik egyáltalán nem fognak kielégülni. Ezért ők is nagyon korán megtanulják, hogy a felelősség rajtuk áll, hasonlóan a többi, mentálisan sérülékeny szülők mellett nevelkedő gyerekekhez.

Később az élet folyamán a tekintéllyel és szociális szerepekkel kapcsolatos problémák nem “biológiai alapúak”, hanem ezeknek az élettapasztalatoknak a következményei. Munkanélküliség, szegénység és fizikai agresszió jelenti a legnagyobb fenyegetést a gyermek biztonságára. Mégis a nyugati országokban alábecsülik az alkoholizmus hatását a gyermekekre, holott a betegség súlyosbodásának valószínűsége magas. A gyógykezelés alatt, még a visszaesés során is, a szülők azt mondják, hogy a gyerek az egyetlen, aki megmenti őket az ivástól, vagy a szerhasználattal összefüggő öngyilkosságtól. Nagyon világosan ki kell mondani, hogy a segítő szervezetek oldaláról megközelítve a szülők kezeléséhez a gyermek soha nem használható terápiás módszerként.

15.3 A támogató rendszer általános stratégiája

- a. Kialakítani egy minimálisan biztonságos alapot, amely nyugalmat biztosít és megfelel a gyermek szükségleteinek
- b. Biztosítani olyan megbízható, egészséges emberek jelenlétét, akikkel a gyermek beszélgethet a szorongásairól, akiktől olyan technikákat tanulhat, amelyek fejlesztik a gyermek én-erejét és növelik a támogató személy kiszámíthatóságát.
- c. Átmeneti gondozásba vétel szükséges lehet, ha a gyermek alapvető igényei veszélyben vannak (táplálás, napi ellátás, napi szokások).
- d. Egyértelmű határok felállítása (ez utóbbi a mentális sérülékenység/betegség más kontextusaiban is fontos)

16. Összefoglaló megjegyzések

Állandó vita folyik a “mentális sérülékenység” és a “mentális betegség” szakkifejezésekről. Úgy döntöttünk modulunkban mindkét kifejezést használjuk:

- a “sérülékenység”-et - mivel csökkentheti a stigmatizációt;
- a “mentális betegség” fogalmát – mivel jól ismert és a gyermekek számára érthető biológiai magyarázatként működik.

A mentális sérülékenységben szenvedő szülők gyerekei gyakran mondják, hogy “szüleik a szüleik maradnak”. Ahogy már az előbbiekben említettük, a “mentális sérülékenység” vagy

“mentális betegség” nem mindig jelenti a szülő motivációjának teljes hiányát arra vonatkozóan, hogy “elég jó szülő” legyen. A gyermekeket támogató stratégiákon kívül a szülői szempontokat is figyelembe kell venni, ennek érdekében fontos:

- Növelni a szülői válaszkészséget
- Alapvetően jó együttműködést kialakítani
- Tiszteletteljes kommunikációt használni
- Világos határokat kijelölni

Mégis hangsúlyozni kell, hogy a szakemberek többsége a szociális és pedagógiai területeken nem fog és nem is akarhat a szülők számára “terapeutává” válni. Mentálisan sérülékeny/beteg szülőkkel dolgozva a szakemberek elérhetik saját kompetenciájuk határát. Egészségügyi szakemberekkel való kapcsolatteremtésre, közös munkára lesz szükségük.

A legtöbb esetben a támogatás és beavatkozás képes biztosítani a gyermek biztonságát a szociálisan elfogadott normák és szabályok között: a kiszámíthatóságot és kötődést, a napi felügyeletet, a fejlődésnek megfelelő információt, a megfelelő szocializációt és a nevetést. De a mentálisan érzékeny/beteg szülővel élő gyermek az élet néhány pillanatában veszélybe is kerülhet. A támogatási rendszernek (egészséges partner, nagyszülők, szomszédok, barátok vagy szociális jóléti szolgálatok) kell erre mindig ügyelni és néha akcióba lépni, hogy biztosítsa a gyermek jóllétét. Egy folyamatosan elérhető, biztos személy megléte döntő fontosságú.

A gyermeknek megfelelő megértésre és világos információkra van szüksége arról, hogy ha a szülő nincs jól, viselkedésének főképpen biológiailag megmagyarázható okai vannak. Ennek a viselkedésnek semmi köze nincs a gyerekhez, mivel a szülő a felelős a saját egészségéért és a szükséges kezelésért. Ezzel a tudással felvértezve, a mentálisan sérülékeny/beteg szülő gyermeke lehetőséget kap, hogy erőssé és ellenállóvá váljon.

17. Irodalmak

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders*, 4th Edition Text Revision
- Antonovsky, A. (1987): *Unravelling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-Bass, San Francisco
- Boggarts, B., Lußcz, H. (1999). Hirnbiologische Grundlagen psychiatrischer Erkrankungen – Was ist therapeutisch machbar? *Psychiatrische Praxis*, 26, 7-11
- Chaudron, L.H., Kitzman, H, Szilagyi, P, Sidora-Arcoleo K., Anson, E (2006). Changes in Maternal Depressive Symptoms Across the Postpartum Year at Well Child Care Visits *Ambulatory Pediatrics*, 6, 4, 221-224
- Field, T., Estroff, D.B., Yando, R., del Valle, C., Malphurs., J., Hart, s. (1996). „Depressed“ mothers' perception of infant vulnerability are related to later development. *Development and Psychopathology*, 4, 49-66
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O, Walters, E.E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of twelve-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Archives of General Psychiatry*, 62.6, 617-27.
- Laucht, M. (2009) *Die Mannheimer Längsschnittstudie. Was wir von Mannheimer Risikokindern lernen können*. Vortrag am 16. Kölner Kinderpsychiatrie Kolleg. Köln, 16.-17.5.2009
- Liberman, P. (2007). Recovery from Schizophrenia. *Retrieved* 8.1.2010
http://www.jhsph.edu/bin/s/w/Libermen_Recovery_from_Schizophrenia_Nov_2007.pdf
- Liberman, P, (2008) *Recovery From Disability: Manual of Psychiatric Rehabilitation*. Washington, D.C., American Psychiatric Publishing
- Marsh D. T., Dickens R.M 1997): *Troubled journey*. Putnam Pinguin, o. O.
- Mattejat, F., Lisofsky, B. (1998): Kinder psychisch kranker Eltern. Was wir wissen, und was zu tun ist. In: F. Mattejat, B. Lisofsky (Eds.), *...nicht von schlechten Eltern*, Psychiatrie-Verlag, Bonn, 66-78
- Milgrom, J., Westley, D.T., McCloud, P.I. (1996): Do infants of depressed mothers cry more than other infants? *Journal of Paediatrics and Child Health*, 31, 218-221
- Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., Meesters, C. (1996): Parental modelling and fearfulness in middle childhood. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 263-267
- Perälä, J. et al. (2007) Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population *Archives of General Psychiatry*;64,1,19-28.
- Pikó B. (2002). *Fiatalok pszichoszociális egészségének és rizikómagatartásának vizsgálata*. Osiris, Budapest.
- Pretis, M., Dimova, A. (2004). *Frühförderung mit Kindern psychisch kranker Eltern*
- Soltanus, T (2009). Effective Child and Family Programme. Paper presented at the *EUFAMI Conference*, 26-27.11.2009, Vilnius
- Wagenblass, S. (2001): Biographische Erfahrungen von Kindern psychisch kranker Eltern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 513-524
- WHO 2008 http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf
- WHO (1991). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). *Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis*
- Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability–A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 2, 103-124.