

„Szeretném mondani, de nem tudom”

Szociális szorongás és mentálhigiénés segítőkapcsolat

E tanulmány elkészítéséhez három út bejárása vezetett. Az első egy több hónapon át tartó mentálhigiénés segítőbeszélgetés, melyben a kliensem problémája érinti a szociális szorongás tárgykörét. A második a munkahelyi környezetemben elvégzett, a szociális szorongásra irányuló saját vizsgálat. Harmadikként a témában fellelhető szakirodalom áttekintése segített továbbhaladni.

Egy budapesti közkórházi osztályon dolgozom gyógytornászként. Feladatomban a betegek gyógyítása, akik újszülött- és csecsemőkorú idegrendszeri sérültek. Az év nagy részében gyakorlatot is vezetek hallgatóimnak. Jelenleg a betegellátás és a felnőttoktatás területén tevékenykedem, ahol nem nélkülözhető a mentálhigiénés szemlélet. Meg kell említenem még egy területet, ahol az utóbbi hat évben próbálok helytállni: kórházi betegeket látogatok. Ezalatt óriási jelentősége van annak, hogy mennyire vagyok jelen a másik számára, figyelmesen hallgatom-e és elfogadom-e.¹ Részesem voltam olyan helyzeteknek, amikor gyógyíthatatlan betegséget, klinikai halálból való visszatérést, születést, gyógyulást, válást megélt emberek életébe léptem. A munkám során több alkalommal találkoztam és valószínűleg fogok is találkozni a betegeim olyan hozzátartozójával, vagy a hallgatóim között olyan emberrel, aki a fehér ruhám, az életkorom, a szakmai tapasztalatom vagy a hierarchiában betöltött helyem miatt képtelen kommunikálni, vagy egyszerűen csak a hétköznapi találkozás alkalmával megszólalni. Hogyan kezelhetem ezeket a helyzeteket, hogy ők minél kisebb szorongással jussanak túl a találkozóson, illetve lehetséges-e rövid idő alatt bizalmat

építeni az egészségügyben vagy az oktatásban, hiszen nem lehet mindenki a kliensem. Vagy lehet-e korán, jól felkészíteni egy gyermeket olyan helyzetekre, ahol már „egyedül” önmagáért kell kiállnia egy közösségben vagy közösség előtt – milyen út vezet ideig? Ez az út, valljuk be, nem könnyű, akár szülői szerepből, akár nevelői szerepből tekintjük.

Ezért érintett meg a szociális szorongás témája, és a fenti néhány mondat is érzékelteti, hogy több szerepben is megjelenhet az életemben. Egy ilyen szorongással terhelt segítőbeszélgetés eltér a megszokott beszélgetési helyzetektől. Gondolkodóba ejtett az a szituáció, melynek során a szavak, a beszéd, a társas helyzet az, ami a másíknak gondot okoz. A segítőbeszélgetés indítása is nehezebb az ilyen ember számára. Hisz segítőbeszélgetést szavak nélkül nehéz lenne folytatni. Mindnyájan tudjuk, milyen sokat jelent a hallgatás, a csend és az érintés, hisz életünk elején és végén is szavak nélkül találkozunk egymással. Az ember azonban olyan társas lény, aki a beszéd készségével rendelkezik, amely kapcsolataira nézve mindennapi szükséglete, és ezekben nem mindegy, hogyan kommunikál. Vannak olyan szociális helyzetek, amikor a megszólalás nem kevés embertársunk számára erős szorongást okoz. Így maga a segítségkérés is szorongató helyzetbe hozza őket.

Tanulmányomban szeretném röviden összefoglalni, hogy mentálhigiénés segítőként miről ismerjük fel a szociális szorongást, és hogyan állhatunk a kliensünk mellé, mi az, ami számára segítség lehet.

¹ H. Faber – E. Van der Schoot: *Segítő beszélgetés. Mentálhigiénés, lelkigondozás és pszichoterápia 1., Párbeszéd (Dialogus)* Alapítvány, Budapest, 2003, 83–103.

A SZOCIÁLIS SZORONGÁS JELENSÉGE, TÜNETEI, GYAKORISÁGA

A szorongás élménye mindnyájunk számára ismerős érzés. Életünk során nemegyszer kerülünk olyan helyzetbe, hogy izgatottá válunk, idegeskedünk, félünk valamitől, egy helyzetben rosszul érezzük magunkat, vagy egyenesen nem is szeretnénk részesei lenni. Gyermekként a szigorú felnőttektől, a számonkéréstől, tanulóként a dolgozattól vagy a vizsgától, felnőttként az új munkahelytől, a fizetéscsökkentéstől, a főnöktől, házastársként párunk elvesztésétől, a szeretet megfogyatkozásától, szülőként a gyermektelenségtől, a gyermek elkallódásától, vagy egész életünkben kimondatlanul az értelmetlenségtől, a haláltól félünk, szorongunk. Ez egyike alapvető érzéseinknek. Evolúciós örökségünk, mely valódi veszélyhelyzet esetén megmentheti az életünket. Ezért hozzá kell tennünk, hogy nem minden „ódzkodás” kóros.² De amikor az ember olyan helyzetekben is szorongani kezd, amelyek egyenesen barátságosnak mondhatók, vagy a veszély elmúltá után is szorong,³ akkor már szorongásos zavarról beszélhetünk.⁴

Amikor egy szorongásos zavarban szenvedő embert különböző társas helyzetekben, iskolában, nyilvános szerepléskor,⁵ beszélgetéskor vagy például telefonálás, evés vagy ivás alkalmával oly mértékű félelem fog el, hogy az a teljesítményét rontja, elkerülő viselkedésre készíti, és közben erőteljes vegetatív tünetektől szenved, akkor szociális fóbiáról beszélünk.⁶ Ez néhány perctől akár pánikroham létrejöttéig is terjedhet. A társas fóbiában szenvedők a legtöbbször azért nem mennek emberek közé, nehogy valami miatt megszégyenüljenek.⁷ Sokan közülük arról panaszkodnak, hogy ilyen szituációban erős szívdobogást kapnak, mellkasi fájdalom fogja el őket, nem kapnak levegőt, nem tudnak megszólalni, remegni kezdenek, elpirulnak, izzadnak, és

ez nagy kínlódással jár számukra, éppen ezért igyekeznek kerülni ezeket a társas helyzeteket. Szorongásszintjüket jellemzően tudják csökkenteni, ha elkerülik a számukra félelmetes szituációt, és általában tudatában vannak, hogy félelmük irracionális.⁸ Esetleg egy biztonságkeltő személy jelenléte is csökkentti szorongásukat.⁹ Egy kliensem a következőképp írta le érzéseit, amikor társaságban kell megszólalnia: „Előnt a verejték, az egész testem remegni kezd, és félek, hogy a hangom is remegni fog, ezért inkább nem szólok meg.”

Elkerülő viselkedésük miatt azonban életük egyre jobban beszűkül, és bár vágyának emberi kapcsolatokra, egyre jobban visszahúzódnak, sőt vannak köztük, akik már a házból sem lépnek ki, sőt csengetésre nem nyitják ki az ajtót.¹⁰ E tüneti jegyek alapján, azaz a megjelenésben és az észlelt viselkedésben a szociális szorongás rokonítható az elkerülő személyiségzavarral, melynek során a személy tart a kritikától, az elutasítástól, a megszégyenüléstől, és ez extrém félelmet okoz neki a társas helyzetekben. Ám a kettő eredetében és kialakulásában különbözik egymástól. Az ilyen emberek önképe szélsőségesen negatív. „Azt érzem sokszor, amit most is, hogy szerencsétlen vagyok. Hogy nem megy nekem semmi, nem tudom...” – fogalmazott önmagáról egy beszélgetésben a kliensem. Máshol pedig ezt mondta: „Nem merek megszólalni, mert hülyének fognak nézni, csak butaságot tudok mondani, senki sem kíváncsi rám, nem érdeklém őket, mind engem hibáztatnak, és én ezt elhiszem.” Ezek az emberek értéktelennek érzik magukat. Kapcsolataikban a túlzott önkontroll jellemzi őket.¹¹ Ez nagyon jól kivehető kliensem következő mondatából is: „Az utóbbi időben megfigyeltem, hogy már nem is a családától félek, hanem attól, hogy én okozok csalódást nekik. Ezért megpróbálok mindenütt megfelelni, maximálisan.” E személyiségzavarnak

2 Buda B. – Oláh T. – Pécsi T.: *Neurózis*, Origo-Press, Budapest, 1988, 59–71. ■ 3 R. C. Atkinson – E. Hilgard: *Pszichológia*, Osiris, Budapest, 2005, 567–572. ■ 4 Arató M.: *Mindennapi szorongásaink*, Grafit, Budapest, 2001, 93–106. ■ 5 Pável M.: *Életesemények lelki zavarai I.*, Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest, 2005, 176–185. ■ 6 Tringer L.: *A pszichológia tankönyve*, Semmelweis, Budapest, 2010, 86–87., 104., 123–131., 196., 333. ■ 7 R. C. Atkinson – E. Hilgard: *Pszichológia*, i. m. 567–572. ■ 8 Tringer L.: *A pszichológia tankönyve*, i. m. ■ 9 Arató M.: *Mindennapi szorongásaink*, i. m. ■ 10 Bitter I.: A fóbiák diagnosztikája és terápiája. *Háziorvos Továbbképző Szemle*, 1996, 92–94. ■ 11 American Psychiatric Association: *DSM-IV diagnosztikai kritériumai zsebkönyv*, Animula, Budapest, 1995.

„természetes” velejárója a szociális fóbia – mondja *Ratkóczy Éva*.¹²

1966-tól különböztetik meg a szociális szorongást a többi fóbiától, ekkor írta le jellemzőit *Marks* és *Gelder*.¹³ A tudomány szemében tulajdonképp azóta létezik, bár valószínű, hogy sosem volt ismeretlen az emberiség számára. Hazánkban körülbelül az 1980-as évektől beszélünk róla. Természetesen addig is létezett, csak nem szerepelt a diagnosztikai rendszerekben. A szociális szorongás mint kórkép felismerését vagy elismerését tulajdonképp az nehezíti, hogy a féltékenység, a gátlásosság nem betegség. Ez esetben valóban nehéz különbséget tenni a normális és a kóros között, mert az idegenektől mindnyájan tartunk, az ismétlődő megaláztatásokat is kerüljük, nem szívesen állunk egy szoba közepére, hogy a többiek legeltessék rajtunk a szemüket. A WHO osztályozási rendszere segíthet minket a felismerésben; a betegségek nemzetközi osztályozására szolgáló kódrendszer tizedik revíziója (BNO-10) kiemel néhány fontos kritériumot:

- nem pszichés betegség következménye;
- csak kritikus szociális szituációkban jelenik meg;
- a beteg igyekszik ezeket kerülni;
- jellegzetes félelmek: nyilvános beszéd, evés, ivás, írás, vizezés stb.¹⁴

A további kutatásokban többen azt is észlelték, hogy vannak olyanok, akik csak egy bizonyos helyzetben, például nyilvános előadói szerepben szorongnak (mint az osztályunkon dolgozó főnövé, aki a tanulmány végén közölt kérdőívben duplán karikázta be ezt a helyzetet), ezt nevezük *körülírt szociális fóbiának*. Vannak viszont olyanok, akik minden szociális helyzetben félelmi reakciót mutatnak, ők a *generalizált szociális szorongók*, már idézett kliensem inkább közéjük tartozik. 2004-ben *Hofmann* és munkatársai¹⁵ már gyűjtőfogalomként beszéltek a szociális szor

rongásról, és részletes felosztást javasoltak a szociális szorongások közti különbségtételre. Ebben hat alcsoportot különböztettek meg: 1. félelmi, 2. szorongásos, 3. félték, 4. fokozott éntudattal rendelkező, 5. „csinovnyik”, 6. haragos. Kliensem leginkább az 5-ös alcsoportot testesíti meg, bár mindegyiknek a jegyeit viseli. Ez a típus mélyen átéli alárendeltségét, állandóan aláztat, mukanni sem mer, kerüli mások tekintetét. A legjobban tán ez a mondat fejezi ki őket: „Én olyan szerencsétlen vagyok, ne tessék bántani.”

A WHO 1997-es felmérése szerint a világon egy adott időpontban háromszáznegyvenmillió ember szenved hangulatzavarban és négyszázmillió szorongásos zavarban. A szorongásos zavarok közt a leggyakoribb a szociális szorongás.¹⁶ (Bár területenként, kultúránként vannak eltérések, például Ázsiában az Egyesült Államokban mérthez képest kevesebben vannak, mert ott több szociális helyzetben elfogadott a visszahúzóds.) Több vizsgálat zajlott már a szociális szorongásról (Ausztrália, USA, Kanada, Svájc, Magyarország). Az epidemiológiai vizsgálatok az élettartam-prevalenciát 6-8 százalék körülire teszik. A kutatásokból kiderül, hogy a szociális szorongás aránya felülmúlja eddigi elgondolásainkat (lásd az 1. mellékletet a 87. oldalon). Az USA-ban használt *Liebowitz-féle skála* (*Liebowitz Social Anxiety Scale Test*) huszonnégy olyan kérdést tartalmaz, mely szociális helyzetekben a félelemre, illetve az elkerülő viselkedésre vonatkozik (lásd a 2. mellékletet a 88. oldalon). *Arató Mihály* szorongásról szóló könyvében is található egy rövidebb változat, ahol tizenkét kérdés szól a félelemről és az elkerülő viselkedésről, kiegészítve két kérdéssel, mely a szorongás következtében megjelenő testi tünetekre is rákérdez.¹⁷ Hazánkban *Szádóczy Erika*¹⁸ nevéhez fűződik egy vizsgálat 1995–96-ból, melyben a felnőtt magyar lakosság körülbelül tíz százalékát találta érintettnek. *Kopp Mária*¹⁹ és munkatársai

12 *Ratkóczy É.*: *Életemények lelki zavarai II.*, Párbeszéd (Dialógus) Alapítvány, Budapest, 2003, 141–147. ■ 13 *I. M. Marks – M. G. Gelder*: Different Ages of Onset in Varieties of Phobia. *American Journal of Psychiatry*, 1966, 218–221. ■ 14 *World Health Organization*: *A mentális és viselkedészavarok BNO-10 szerinti osztályozása*, WHO–MPT, Budapest, 1994. ■ 15 *S. G. Hofmann – N. Heinrichs – D. A. Moscovitch*: The Nature and Expression of Social Phobia: Toward a New Classification. *Clinical Psychology Review*, 2004 (24), 769–797. ■ 16 *Elhangzott Móra E. Csaba* *Életünk és a stressz* című előadásában (Nagykálló, 2006. március 16.) ■ 17 *Arató M.*: *Mindennapi szorongásaink*, i. m. ■ 18 *Szádóczy E.*: *Kedélybetegségek és szorongásos zavarok prevalenciája Magyarországon*, Print-Tech, Budapest, 2000. ■ 19 *Kopp M.*: *Magyar lelkiállapot 2008*, Semmelweis, Budapest, 2008.

inak kutatásait is említenünk kell, melyeket a *Magyar lelkiállapot* című könyvükben részletesen tárgyalnak. Ebből kiderül, hogy emelkedőben van hazánkban a szorongásos zavarok aránya, köztük a szociális fóbiával küzdők is. Perczel Forintos Dóra²⁰ könyvében is találunk a szorongásra vonatkozó többféle skálát, például a Társas viselkedés kérdőívet (SBQ) vagy a Megmérettetés kérdőívet (SCQ). Mivel mindkettőt klinikai pszichológusok használják, és a skálához mentálhigiénés hallgatóként még nem fértem hozzá, egy másikat használtam vizsgálatom készítésekor. Most, két évvel később, mikor írásom megjelenik, már ezeket is alkalmaznám.

A vizsgálatomban használt tizenhárom kérdés, mely a szociális szituációkban megélt félelemre és elkerülő viselkedésre utal, a *Kopácsi László* honlapján találtaknak az egyszerűbb változata (lásd a 3. mellékletet a 89. oldalon), s átfedést mutat a Liebowitz-féle skálával, illetve az Arató Mihály könyvében szereplő kérdésekkel. 2012 februárjában elvégzett saját vizsgálatomban a közvetlen környezetem, ismerőseim vettek részt: munkatársak, tanártársak, hallgatók, csoporttársak és családtagok; 143 fő a 15 és 64 év közötti korosztályból (átlagéletkor 36,2 év). A nemek aránya megegyezett, mert 72 nő, illetve 71 férfi vett részt a felmérésben. A testvérek száma 0–9, (átlag: 2,2). A megkérdezettek 80 százaléka rendelkezik felsőfokú végzettséggel. A segítőfoglalkozásúak aránya is rendkívül magas, köszönhetően a válaszoló egészségügyi dolgozóknak és tanároknak. Az időnkénti szorongást a válaszolók 65 százaléka ismeri, ez utal arra, hogy bizonyos szociális helyzetekben sokunkkal előfordul, ami azonban nem kóros jelenség. A komolyan szorongók e vizsgálat alapján kissé meghaladják a 10 százalékot. Nagyon érdekesnek találom azt az adatot is, melyre a segítőfoglalkozásúak válaszaiban figyeltem fel. Azt gondolnánk, hogy ők nem tartoznak a szociálisan

szorongók közé, hisz napjaik beszélgetésekkel, interjúkkal, előadásokkal telnek. Mégis számos tanárt és ápolót, sőt orvost is találunk köztük. A komolyan szorongók közé azok kerültek, akik a tizenhárom kérdésből nyolcnál többre válaszoltak igennel, azaz félnék az adott szociális szituációtól, amelyet kerülnek is. Közülük tizenhat a nő és hat a férfi, ami a hazai és nemzetközi irodalom 2:1 arányát mutatja (lásd a 4. mellékletet a 90. oldalon). A kezelt szociális fóbiások közt ez az arány már 1:1, ami arra utalhat, hogy sokan – tudatosan vagy félelemből – nem jelentkezik a segítőknél. Az általam kísért kliens egy fiatal hölgy. Mindkét tesztje eredményei alapján a komolyan szorongók közé tartozik.

A SZOCIÁLIS SZORONGÁS KIALAKULÁSA, FELISMERÉSE, KEZELÉSE

A szociális szorongás kialakulását a szakemberek az összes szorongás közül a legkorábbra teszik.²¹ Megjelenésének ideje tipikusan a serdülőkor.²² Az esetek 80 százalékában már huszonöt éves kor előtt jelen van.²³ Kliensem szavaival ez így hangzik: „Hát már kiskorom óta. Akkor is csendesen elüldögéltem, el voltam én magamban. És azóta mintha egyre nehezebb lenne.” A szociális szorongás lefolyása krónikus, folyamatosan meglévő, és gyakran, körülbelül 20 százalékban vezet tartós munkaképtelenséghez. Fázisszerűen hol erősebben, hol gyengébben jelenik meg az érintettek életében.²⁴ A betegség progressziója és szövődményei gyakran elválaszthatatlanok a személyiségfejlődéstől. Itt visszautalnék az előzőkben már megemlített elkerülő személyiségzavarra. Ennek kialakulásában igen jelentős a környezeti, pszichés és neveltetési tényezők összessége. Zajlottak arra irányuló vizsgálatok, hogy családi halmozódás fennáll-e ebben az esetben.²⁵ Példaként említem *Fyer* és munkatár-

20 Perczel Forintos D.: *Kérdőívek és becsőliskák a klinikai pszichológiában*, OPNI, Budapest, 2007, 31–34. ■ 21 P. M. McEvoy – R. Grove – T. Slade: Epidemiology of Anxiety Disorders in the Australian General Population: Findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2011 Nov 45 (11), 957–967. ■ 22 M. Burstein – L. Ameli-Grillon – K. R. Merikangas: Shyness versus Social Phobia in US Youth. *Pediatrics*, 2011 Nov 128 (5), 917–925., Epub 2011 Oct 17. ■ 23 Arató M. – Túri E: *Mindennapi lelki betegségeink*, Grafit, Budapest, 1995, 62–70. ■ 24 S. Pfeifer: *Pszichiátria és lelkigondozás*, Koinónia, Kolozsvár, 2000, 63., 70., 150. ■ 25 Ranschburg J.: *Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban*, Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 1998, 140–152.

sai²⁶ kutatását, hogy a szociális fóbiások családjában az elsőfokú vérrokonok között szignifikánsan nagyobb a szociális fóbia előfordulása. (Körükben nagyjából háromszoros az esély arra, hogy valaki szorongó lesz, mint egészséges családokban.) Ám ikervizsgálatok híján ez nem bizonyítja a genetikai alapot, vagy pontosabban nem tudja egyértelműen eldönteni, hogy a genetikai vagy a környezeti hatás erősebb-e. Kliensem családja nyolctagú. Van egy húga, akit serdülőkorra öta többször kezelték pszichiátrián változó diagnózisokkal, ez is jelezheti a közös szociokulturális környezet hatását. Kliensem pánikbetegnek gondolja a húgát. A tanulmány írása közben tudtam meg, hogy kisebb öccse is pszichiátriái kivizsgálás alatt áll.

Lényegesnek tartom, hogy a szorongás kialakulásának három fontosabb elmélete van, s ez a kezelések típusai szempontjából sem közömbös. Ezek az elméletek a szociális szorongás megjelenésére is alkalmazhatók. A pszichoanalitikus elmélet szerint az én ugyan sikeresen elfojtja a fellettes én által tiltott vágyakat, de az öröme és a realitásé, illetve az internalizált értékek közt húzóó feloldhatatlan ellentétek végül szorongáshoz vezethetnek. A humanisztikus pszichológia szerint az ember veleszületetten jó, s fejlődése során képes arra, hogy eldöntse, mi a jó és mi a rossz, azt fogadja be, ami építi, és elkerüli azt, ami alkalmatlan a fejlődéséhez. Tehát a gyermek fejlődése során a szocializáló környezetnek megfelelően közelíti vagy távolítja egymástól énképét és éniéálját. Ha a kép és az ideál túlzottan eltávolodik egymástól, szorongás alakulhat ki. A harmadik a viselkedéslélektani elmélet, ahol a klasszikus pavlovi kondicionálásnak van szerepe abban, hogy egy félelmetes ingerrel milyen semleges inger kapcsolódik össze. Így maga a semleges inger is képes lesz kiváltani a félelmet. Az egyén a második lépcsőben, hogy

szorongását csökkentse, kezdi kerülni ezt az ingert, esetünkben a társas helyzeteket, és ez lassan beépül viselkedérepertoárjába. A szociális szorongásra kidolgozott új kognitív elméletet először Clark és Wells írta le.²⁷ Előtte Beck,²⁸ Butler²⁹ és Hartmann³⁰ is foglalkozott a kérdéssel, de a szintézist a Clark–Wells-féle modell adja.

A szociális szorongók viselkedése csendes, visszahúzóó, otthonülő. Gyakran szenvednek el környezetüktől noszogatót arra vonatkozóan, hogy szólaljanak már meg, csináljanak már valamit, és ez persze nem sikerül, ennek következtében, a többször átélt megszégyenülés miatt már nem is mernek segítséget kérni. „Szeretném mondani, de nem tudom. Mikor rám kerül a sor, üres lesz az agyam. Pedig úgy mondanám, mert ezt várják” – mondta el beszélgetésünk során a kliensem. Társuló problémáik vagy a szövődmények miatt időnként mégis eljuthatnak pszichológushoz, pszichiáterhez, de gyakran egészen más szakmát gyakorló orvoshoz (például háziorvoshoz, belgyógyászhoz, ideggyógyászhoz).³¹ A szociális fóbia mellé gyakran egyéb fóbia vagy szenvedélybetegség (például alkoholizmus), de pánikbetegség, depresszió is társulhat. Az öngyilkosság előfordulása is gyakoribb a szociális szorongók körében.³² Gyakran már a ráutaló viselkedés is fellelhető, ha gondosan tesszük fel kérdéseinket, és észrevesszük a kialakult depressziót. Kliensem kutyáktól való félelmét is ilyen jelenségnek gondolom, valamint azt, hogy nyelészavar miatt felkereste a háziorvost, majd a gégecszt is, de valójában – elmondása szerint – nem mer mások előtt enni. A szerfüggőséget is megemlíti a szakirodalom, mint gyakran társuló problémát. Kliensem esetében figyelemre méltó mozzanat volt e szempontból, hogy egy ideig nyugtatót próbált szedni orvosi felügyelet nélkül.

Mivel a legkorábban induló szorongástípusról van szó, a személyiség fejlődését is átítatja, így

26 A. J. Fyer – S. Mannuzza – T. Chapman – M. R. Liebowitz – D. F. Klein: A Direct Interview Family Study of Social Phobia. *Arch. Gen. Psychiatry*, 1994 (50), 286–289. ■ 27 D. M. Clark – A. Wells: A Cognitive Model of Social Phobia. In R. G. Heimberg – M. Liebowitz – D. Hope – F. Schneier (eds.): *Social Phobia: Diagnosis, Assessment and Treatment*, Guildford, New York, 1995. ■ 28 A. T. Beck: *Anxiety Disorders and Phobia: Cognitive Perspective*, Basic Books, New York, 1985. ■ 29 G. Butler: Exposure as a Treatment for Social Phobia: Some Instructive Difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 2 (1985) 23, 351–357. ■ 30 L. M. Hartmann: A Metacognitive Modell of Social Anxiety: Implications of Treatment. *Clinical Psychology Review*, 3 (1983), 435–456. ■ 31 Bitter I.: A fóbiák diagnosztikája és terápiája, i. m. ■ 32 *Szorongásos zavarok. Szakmai irányelvek*. Az Egészségügyi Minisztérium Pszichiátriái Szakmai Kollégiuma, 2008. <http://www.kk.pte.hu/servlet/download?type=file&id=744>

nagyon nehéz változtatni rajta. Az érintett legtöbbször nem is képes rá egyedül, bár önszolgáltató kézikönyvek is vannak forgalomban. Az érintettek közül sokan nem is tudják, hogy kérhetnek segítséget, vagy mivel félnek ettől, képtelenek a tettek mezejére lépni. Kliensem két pszichológushoz is elment, mert úgy érezte, szüksége van rá. A következő mondattal fejezte ki, mire jutott: „Azt mondták, nekem nincs semmi bajom, hisz tudok beszélni” – és ő szorongott tovább. De elképzelhető, hogy egyszerűen csak nem tudtak egymásra hangolódni.

Ezért nagyon fontos, hogy a háziorvosok, illetve a mentálhigiénés, támogató szakemberek észleljék, meghallgassák, támogassák, bátorítsák őket, és saját kompetenciájuk szerint nyújtsanak nekik segítséget. Ha azonban a hozzá forduló állapot meghaladja a segítő kompetenciahatárát, akkor juttassa el a klienst a megfelelő intézménybe, ahol az a diagnózis felállítását követően megfelelő terápiában részesülhet.

A terápiás terv kidolgozásánál figyelembe kell venni a betegség súlyosságát, a komorbid pszichiátriai és/vagy szomatikus kórképeket, a szorogósság fennállását, az öngyilkossági kockázatot, a korábbi kezeléseket, a beteg elvárásait (a gyógyszeres kezeléssel vagy a pszichoterápiával kapcsolatban), valamint a számára elérhető egészségügyi ellátórendszer lehetőségeit.³³ A kezelés módja: gyógyszer és speciális pszichoterápia együttes alkalmazása.³⁴

A pszichoterápia lehet például relaxációs terápia (autogén tréning, hipnózis), kognitív-behavior terápia,³⁵ családterápia, interperszonális terápia, pszichodinamikus terápia is.³⁶ Az egyes pszichoterápiás irányzatok közt nincs meg egyezés arról, hogy melyik eredményesebb, a szakirodalom a szociális fóbia tárgyában inkább a kognitív irányba húz. Ausztráliában vagy Új-Zélandon például egyáltalán nem alkalmaznak

gyógyszert. Érdekes, hogy a fóbiák esetében használt elárasztásos módszer a szociális fóbiában nem vezetett eredményre. A Pszichiátriai Világszövetség programot dolgozott ki a szociális fóbia témájának oktatására, ennek része egy dokumentumfilm esetismertetésekkel.

A szociális szorongás, mint említettem, gyakran krónikus lefolyású, és a tünetek teljes elmaradását követően is előfordulhat évek múltán visszaesés. A betegek gondozása az elért terápia eredmény fenntartását és a visszaesés megelőzését szolgálja. A terápiát a tünetmentesség elérése után is legalább 6–12 hónapig folytatni kell (irányelvi hivatkozás). A prognózist számos tényező befolyásolja. A legjobb prognózis a teljes tünetmentességet elérő betegeknél várható, míg a legkedvezőtlenebb prognózissal a súlyos, régóta fennálló és társult pszichiátriai kórképekkel szövődött esetekben számolhatunk. Ezért kell hangsúlyozni a korai felismerés és kezelésbevitel jelentőségét, hogy megelőzzük/csökkentjük a szövődmények kialakulását.³⁷

A MENTÁLHIGIÉNÉS SEGÍTŐ SZEREPE

A mentálhigiénés segítők a prevenció mindhárom fokán jelen vannak. Legtöbbjük tanár, lelkes, orvos, ápoló, szociális gondozó alapszakmával rendelkezik. A mentálhigiénés segítők így a társadalom minden rétegével találkozhatnak, korra, nemre, állapotra való tekintet nélkül. Rétegeken itt az egészséges, de valami miatt elakadt embereket, a már betegséggel küzdőket, valamint a gyógyulófélben lévőket is értem.

A mentálhigiénés szemléletű kollégák első szinten jelen vannak az oktatás-nevelés és egészségfejlesztés terén, ahol általában még nem szociális szorongókkal találkozunk, csak azokkal, akik veszélyeztetettek lehetnek.³⁸ Ezért fontos a család és a nevelők tevékeny szeretete a félénk,

33 Uo. ■ 34 S. Pfeifer: *Pszichiátria és lelki gondozás*, i. m. Általában olyan gyógyszert alkalmaznak, amely gátolja a szerotonin gyors visszavételét, vagy olyan, amely gátolja a MAO-A enzim működését. J. C. Ballenger – J. R. Davidson – Y. Lecrubier – D. J. Nutt – J. Bobes – D. C. Beidel – Y. Ono – H. G. Westenberg: Consensus Statement on Social Anxiety Disorder from the International Consensus Group on Depression and Anxiety, 1998 (59) Suppl., 17, 54–60. Ha csak vizsgadrukk, lámpaláz esetéről lenne szó, ekkor a bétablokkoló is elég lehet. R. I. Shader – D. J. Greenblatt: Az akut szorongás farmakoterápiája. *Psychiatria Hungarica*, 1995 (10), 579–590. ■ 35 D. Ougrin: Efficacy of Exposure versus Cognitive Therapy in Anxiety Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 2011 (11), 200., Perczel Forintos D.: *Kognitív viselkedésterápia*, Medicina, Budapest, 2010, 337–368. ■ 36 Arató M.: *Mindennapi szorongásaink*, i. m. ■ 37 Szorongásos zavarok, i. m. ■ 38 M. Burstein – L. Ameli-Grillon – K. R. Merikangas: Shyness versus..., i. m.

kudarcos, visszahúzódo gyermekek nevelésében. A felsőoktatásban dolgozók már találkozhatnak a kialakult szociális szorongással és tüneteivel. Így nekem is volt alkalmam olyan gyógytornász- és védőnőhallgatóval találkoznom, aki a szociális szorongás tüneteit mutatta. A türelmes odafigyelés, bátorítás sokat segített. A betegellátás terén dolgozó mentálhigiénés szemléletű kollégák másodlagos szinten találkozhatnak szociális szorongóval, aki például a sürgősségin szívpanaszokkal, légszomjjal, illetve a speciális osztályokon alkohol- vagy drogfüggőséggel jelenik meg. Ilyen helyzetbe beteglátogatói szerepkörömbé kerültem, illetve kis betegeim szüleinél is megéltem hasonló szituációt. A harmadlagos megelőzés szintjén a mentálhigiénés segítő gyógyulóban lévő szociális szorongókkal találkozhat, amikor a visszaesést szeretnénk elkerülni, vagy ennek megtörténtekor az újrakezdésben támogathatjuk őket.³⁹

A szociális szorongókhoz ritka kivételtől eltekintve nekünk kell közeledni, de úgy, hogy a kliens szabadnak érezhesse magát, mert önmaga börtönéből kell kilépnie. „Hogy tovább tudjak fejlődni és erősebbé válni, mégis meg kell szabadulnom a félelmeimtől, mert így a saját börtönöm vagyok” – fejezte ki egy alkalommal kliensem. Nekem épp az a segítői feladatom, hogy a kliens találja meg a kulcsot saját zárjához. De már maga a segítségkérés is szorongató helyzetbe hozza őt, és épp ettől szenved. Ezért az első és legfontosabb a bizalom építése. A szorongás

csökkenése várható az empátiától és a türelemtől. A feltétlen elfogadás pedig, bár ebben az esetben rendkívül lassan, de az önfeltárás felé fog vezetni.⁴⁰ Kliensem esetében a negyedik találkozás hozta meg először láthatóan a szorongás csökkenését, amikor a beszélgetés során közelebb ült hozzám, egyre többször tekintett a szemembe, és a társalgásban kezdeményezett is. A kliens önértékelését növelhetjük apró házi feladatok adásával, amelyek sikerélményt szerezhetnek számára. Ha lehetőségünk van arra, hogy egy-egy szorongató szituációban biztonságot adó személyként legyünk jelen, a kudarcotól való félelme is csökkenhet, és nem fog azonnal elmenekülni. Ezen a ponton azonban hangsúlyozni kell, hogy ez az eredmény nem állandó állapot, csak elindulás az úton. Az erőt önmagában kell meglesnie. Kliensem következő mondata, azt hiszem, nagyon jól illusztrálja azt, hogy a segítőbeszélgetések közben a beteg ember megtalálhatja magában a kellő erőt a szorongástól való szabaduláshoz, a változtatáshoz: „Nagyon hálás vagyok a segítségért és a lehetőségért. Eddig is nyilvánvalóan tudtam, hogy változtatnom kell, de csak ültem, és vártam a csodát, most már merek és akarok, és fogok is!” Felelősségünk tehát, hogy nyitott szemmel, megértő hallgatással, a kliensre jól figyelve, támogató attitűddel, bátorító jelenléttel a szociális szorongó mellé álljunk.⁴¹ Végül pedig megtartva kompetenciahatárunkat irányítsuk őt a legmegfelelőbb diagnosztához és terapeutához.

39 Tringer L.: *A pszichiátria tankönyve*, i. m. ■ 40 Tringer L.: *A gyógyító beszélgetés*, Magyar Viselkedéstudományi és Kognitív Terápiás Egyesület, Budapest, 1992, 49–95., 101–115. ■ 41 H. Faber – E. Van der Schoot: *Segítő beszélgetés*, i. m.



NCS – National Comorbidity Survey (US)

MFS – Munich Follow-up Study (West-Germany)

ECA – Epidemiologic Catchment Area Survey of Mental Disorders (US)

* Mór E. Csaba *Életünk és a stressz* című előadásából (Nagykálló, 2006)

2. melléklet

A Michael R. Liebowitz-féle skála (New York State Psychiatric Institute)

Az egyes állításoknál a „félek” és a „kerülöm” válasz melletti értékek:

0 = soha, 1 = néha, 2 = gyakran, 3 = mindig

1. Telefont használni tömegben/nyilvánosan.
2. Aktívan megnyilvánulni kis csoportban.
3. Nyilvánosan enni.
4. Inni másokkal.
5. Tekintélyszeméllyel beszélni.
6. Előadni, szerepelni, beszélni közönség előtt.
7. Partira menni.
8. Dolgozni, ha figyelnek.
9. Aláírni, ha figyelnek.
10. Felhívni valakit, akit nem ismerek jól.
11. Szemtől szemben beszélgetni egy ismeretlennel.
12. Találkozás idegenekkel.
13. Nyilvános vécét, fürdőt használni.
14. Bemenni egy olyan szobába, ahol már ülnek.
15. A figyelem középpontjában lenni.
16. Felszólalni egy megbeszélésen.
17. Tudásommal, képességeimmel, tulajdonságaimmal kapcsolatos tesztet kitölteni.
18. Kifogásomat vagy nézeteltérésemet közölni a másikkal.
19. Ismeretlen szemébe nézni.
20. Álláspontom egy csoportban szóban képviselni.
21. Romantikus vagy szexuális kapcsolatot kezdeményezni valakivel.
22. Visszavinni egy árut, amivel elégedetlen vagyok.
23. Vendégséget rendezni.
24. Egy eladó erős nyomása alatt lenni.

Értékelő skála:

55-65 – mérsékelt szociális szorongás

65-80 – kifejezett szociális szorongás

80-95 – komoly szociális szorongás

Több mint 95 – nagyon komoly szociális szorongás



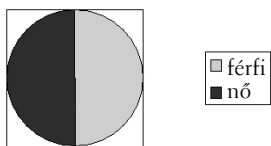
3. melléklet

Kopácsi László honlapjának kérdőíve egyszerűsítve (igen-nem válaszokkal),
és néhány adat (életkora, neme, végzettsége, foglalkozása, testvéreinek száma),
melynek kitöltésével/megadásával a 143 ember részt vett a vizsgálatban

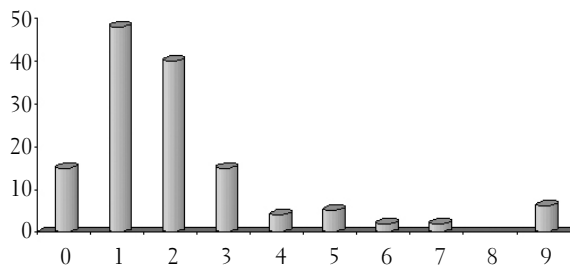
1. Gyakran mondok igent, amikor legbelül nemet szeretnék mondani.
2. Jobban szeretem nem kimutatni azt, amit gondolok vagy érzek, hogy a konfliktusokat elkerüljem.
3. Félek kritizálni, utasításokat adni és megmondani az embereknek, amit gondolok.
4. Nem merek visszautasítani feladatokat.
5. Ha bemegyek egy idegen helyre, úgy érzem, mindenki engem figyel.
6. Félnék vagyok és leblokkolok, ha nem érzem teljesen mások támogatását.
7. Néha mondják rólam, hogy túl csendes, gátlásos vagyok.
8. Általában feszült vagyok, ha ismeretlenekkel találkozom.
9. Nézeteltérés esetén a teljes kompromisszum készség (önfeladás) sem áll távol tőlem.
10. Ha csak lehet, kerülöm mások tekintetét
11. Nehezemre esik az ismerkedés, táncolás egy ismeretlen partnerrel.
12. Nem szeretek egyedül lenni a véleményemmel egy csoporton belül, ebben az esetben inkább hallgatok.
13. Félek közönség előtt beszélni, ilyenkor nagyon leblokkolok.

4. melléklet
A 2012. februárban végzett vizsgálat összegzése:
143 fő részvételével a 2. melléklet kérdéseinek elemzése után

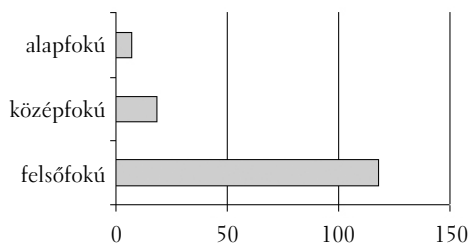
Nemek



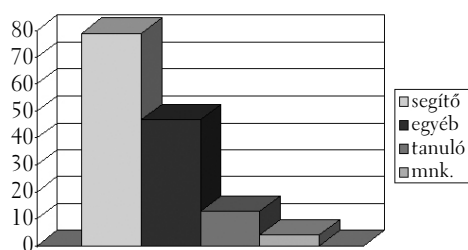
Testvérek száma



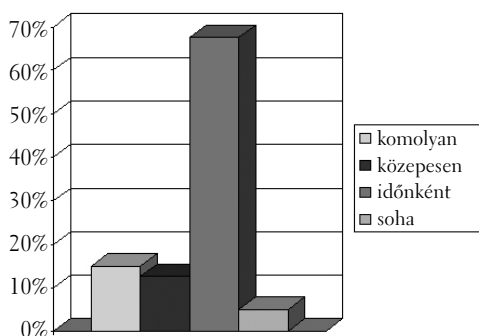
Végzettség



A foglalkozások megoszlása



A szorongás mértéke



A komolyan szorongók megoszlása

