

TIC ZAVAR: TÜNETI KEZELÉS VAGY PSZICHODINAMIKAI FOLYAMATOK FELTÁRÁSA ÉS OLDÁSA

Szerző:

Korom Ágnes
Debreceni Egyetem (Magyarország)

Szerző e-mail címe:
koromagnes@gmail.com

Lektorok:

Mező Ferenc (PhD)
Eszterházy Károly Egyetem (Magyarország)

Mező Katalin (PhD)
Debreceni Egyetem (Magyarország)

Korom Ágnes (2019): Tic zavar: tüneti kezelés vagy pszichodinamikai folyamatok feltárása és oldása. *Különleges Bánásmód*, 5. (3). 65–89. DOI [10.18458/KB.2019.3.65](https://doi.org/10.18458/KB.2019.3.65)

Absztrakt

Jelen tanulmány a gyermekkorban jelentkező tic zavar témakörére fókuszál. Aktualitását az adja, hogy míg az utóbbi időben a témában a legtöbb publikáció a tic zavar észlelhető tüneteivel foglalkozik, azokat biológiai, valamint viselkedéslélektani szempontból közelíti meg, addig a jelen tanulmány arra vállalkozik, hogy egy 6,5 éves gyermek esetén keresztül bemutassa, hogy a pszichodinamikus szemlélet mentén hogyan lehetséges a tünetek hátterében meghúzódó konfliktusok feltárása. Gyerekek esetében különösen is indokolt lehet, hogy a beavatkozás ne csupán a látható tünetekre, hanem a mögöttes feszültségek oldására irányuljon. A téma komplex elméleti áttekintését követően, a vizsgálati szakaszban többek között arra keressük a választ, hogy az adott gyermek esetében milyen intra- és interperszonális faktorok játszanak szerepet a tünetek és a viselkedéses megnyilvánulások manifesztaációjában. Ehhez a feltáráshoz alkalmas projektív pszichodiagnosztikai eszközöket használjuk. Az eredmények az érzelmi és kapcsolati instabilitás, valamint az agresszív és szorongásos belső feszültség markáns jelenlétét támasztják alá. Mindez indokolja a dinamikus alapokon nyugvó pszichoterápiás intervenciót. Befejezésésképpen a tanulmány igyekszik a szülőknél és nevelőknél tanácsot nyújtani a tic zavarral küzdő gyermekekhez való megfelelő viszonyulással kapcsolatban.

Kulcsszavak: tic zavar, esettanulmány, feltáró pszichodiagnosztika, gyermek pszichoterápia

Diszciplína: pszichológia

Abstract

TIC DISORDER: SYMPTOMATIC TREATMENT OR UNCOVERING AND DISSOLVING PSYCHODYNAMIC PROCESSES

This study focuses on tic disorders in childhood. Its topicality is due to the fact that while most of the latest studies on the topic have dealt with the visible symptoms from a biological and behaviourist point of view, this study presenting a case of a 6,5-year-old girl attempts to show how to reveal conflicts underlying tic disorders from a psychodynamic perspective. In case of children, it is of crucial importance that interventions must focus not only on visible symptoms, but also on dissolving tension behind them. After

a complex theoretical overview of the topic, we try to give an answer to the following question in the testing period: what kind of intra- and interpersonal factors play a role in the manifestation of tic symptoms and other behavioural problems in the case of this particular child? To reveal these, we use psychodynamic projective tests. The results confirm severe emotional and interpersonal instability, and internal factors of aggression and anxiety. With regard to the age and personal particularities, these justify dynamic psychotherapy. In the final section, our aim is to give some advice to parents and educators about how to handle children with tic disorders.

Keywords: tic disorder, case study, psychodynamic diagnostics, child psychotherapy

Discipline: psychology

Minden ötödik gyermek élete során valamikor produkál tic tünetet, ami jelentősnek mondható, még ha ezek legtöbbször átmenetiek is, és nem okoznak különösebb problémát sem az egyénnek, sem a környezetnek. Ugyanakkor bizonyos gyerekeknél a tic tünetek súlyosabb, feltűnőbb formában jelentkeznek, mintegy magukra irányítva a környezet figyelmét, ami rendkívül kellemetlen is lehet számukra. Az is elmondható, hogy minél korábbi életkorban jelentkeznek, valamint minél markánsabbak és komplexebbek a tünetek, várhatóan annál hosszabb ideig húzódnak el, sőt akár egy életen át fennmaradhatnak. Indokoltnak látszik a témával foglalkozni azért is, mivel a tic tünetek szándékkal irányíthatóak, sőt akár provokatívnak tűnhetnek (bizonyos helyzetben nem produkálja a gyermek), és ez félreértést szülhet az egyén és környezete között. Harmadrészt gyerekek esetében a szülői, pedagógusi tanácsalanság is fennállhat: nehéznek tűnhet a tic tünetek okának és jellegének megértése, a helyes hozzáállás kialakítása, a gyermek megfelelő segítése, támogatása.

Ha a külföldi és magyar szakirodalmakat áttekintjük a témában, leginkább az a szembeűnő, hogy a biológiai és viselkedéslélektani szempontú megközelítésmód dominál, a szerzők a látható tünetekre és azok kezelésére fókuszálnak. Ide sorolhatóak a téma legjelesebb hazai kortárs képviselői is: Tárnok Zsannet (2009, 2015), Herczeg Ilona (2008) és

Gádoros Júlia (2009). A témában számos külföldi tanulmány született, ezek közül a teljesség igénye nélkül kiemelünk néhányat. Mansdorf (2001) és Leckman (2002) áttekintő tanulmányt írtak a tic zavarokról. Mások a tic zavarok biológiai hátterét és összefüggéseit tanulmányozták (Khalifa és von Knorring, 2003 és 2005, Scharf és tsai, 2012, Mataix-Cols és tsai, 2015, Sun és tsai, 2018, valamint Brander és tsai, 2018 és 2019). Watson, Howell és Smith (2006), Reese és tsai (2015), valamint Sukhodolsky és tsai (2017) pedig olyan terápiás módszerek hatékonyságát vizsgálták, amik főként a viselkedéslélektani megközelítés elemeire épülnek.

Korábban gyerekek esetében születtek analitikus szempontú tanulmányok, esetleírások, így pl. a hazai szerzők közül többek között Hoffer Éva (1995), Klaniczay Sára (1999) és Nemes Livia (2000) foglalkoztak a tic zavarok hátterében meghúzódó pszichodinamikai faktorok feltárásával és azok terápiás oldásával. Az utóbbi időben azonban a hazai publikációkban nem találkozunk analitikus alapokon nyugvó pszichodinamikuss szemléletű esettanulmánnyal. Jelen publikáció, lehetőségeihez mérten, ezt a hiányosságot igyekszik csökkenteni.

A tanulmány a tic zavarok témakörének részletes áttekintésével indít, érintve a meghatározást, a tüneti jellemzőket, a prevalenciát, a körlefolást, a prognózist és komorbiditást. A diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai megfontolások ismertetését

követően kitér a különböző szempontú – biológiai, viselkedéslélektani, analitikus és rendszerszemléletű - megközelítésekre és kezelési lehetőségekre. Majd a tanulmány második felében kerül sor egy 6,5 éves ticelő kislány esetének részletes ismertetésére, főként a tünet háttérében meghúzódó intra- és interperszonális dinamikai faktorok feltárására fókuszálva. Befejezésképpen igyekszik tanáccsal ellátni a szülőket, nevelőket.

TIC ZAVAROK – TÉMAÁTTEKINTÉS

Meghatározás, jellemzők, típusok

A tic-zavarok elnevezés heterogén tünetegyüttest takar, amelynek a központi tünete maga a tic, azaz önkéntelen izommozgás, illetve hangadás. Meghatározása a BNO-10 szerint: „önkéntelen, gyors, visszatérő, nem ritmusos, motoros mozgás (általában körülírt izomcsoportot foglal magába) vagy hangok formálása, ami hirtelen kezdődik és céltalan.” (163. o.) A *motoros ticek* leggyakrabban az arcon és a fejen figyelhetők meg, de érinthetik a vállak, a törzs, és a végtagok izmait is. Az akaratlan mozgás időtartama, elnyújtottsága és a mozgás összetettsége szerint megkülönböztetünk *egyszerű* (pl. hunyorgás, pislogás, vállemelés) és *komplex* (pl. szögdecselés, érintgetés) motoros ticeket. A *vokális* (hangadásos) ticek alatt a hangok, zajok önkéntelen kibocsátását értjük, és szintén megkülönböztetjük az *egyszerű* (pl. szipogás, torokköszörülés) és *komplex* (pl. szavak, mondatok önkéntelen kimondása) formáját. (Tárnok és Bognár, 2015)

A ticek ideig-óraig alávethetők bizonyos mértékű akaratlagos irányításnak. Ebből semmi esetre sem vonható le olyan következtetés, hogy az érintettek azokat szándékosan teszik (pl. bosszantás vagy figyelemfelhívás céljából). A betegek elmondása szerint a ticek visszatartása kényelmetlen és megerőltető. Néhányan (inkább felnőttek, mint gyerekek) azt mondják, hogy a ticek jelentkezését egyfajta nagyon rövid „előérzet”, készítés előzi meg.

A ticek másik jellemzője, hogy formájukban, helyükben, intenzitásukban, gyakoriságukban és erősségükben nagyon változékonyak mutatkoznak, lefolyásuk pedig hullámzó. Új ticek jelentkezhetnek, míg a régiek egyszerűen eltűnnek. (Tárnok, 2009)

A fennállás ideje és a tic tünetek típusa szerint történik a klasszifikációs besorolás. A BNO-10 mellett a DSM-5 kézikönyv szempontjai érvényesülnek. Ez utóbbi a Tic zavarok kapcsán olyan változtatásokat ajánl, melyek célja többek között, hogy tisztázza és leegyszerűsítse a diagnosztikai kritériumokat, redukálja az „egyéb” kategória használatát, de nincs szándékában lényegileg megváltoztatni a klinikai gyakorlatot, illetve a múlt és a jövő kutatási folytonosságot. (Walkup és tsai, 2010). *Átmeneti tic zavar (ÁTZ)* (F95.0) esetében a tünetek legalább 4 héten keresztül fennállnak, de nem tartanak 12 hónapnál tovább. Ezt a formát a DSM-5 az angolból átvett Provizórikus tik zavarként említi. Ahol a motoros vagy vokális tic tünetek 12 hónapnál tovább fennállnak, ott *Krónikus motoros vagy vokális tik zavart (KTZ)* (F95.1) diagnosztizálnak. Amennyiben a krónikus tünetek kombinálva és komplex formában jelentkeznek, a *Tourette szindróma/zavar (TSZ/TZ)* (F95.2) megállapítása válik indokolttá. A cikk az alábbiakban a megadott rövidítési formákkal is hivatkozik a különböző diagnosztikai csoportokra.

Prevalencia, tünetek jellege, lefolyása, prognózis

A ticek előfordulása viszonylag gyakori. Az iskoláskorú gyerekek kb. 20 %-nál jelentkeznek a tünetek életük valamely szakaszában. (Scahill, Specht és Page, 2014) A legújabb adatok szerint a diagnosztizált eseteknél gyermekkorban az ÁTZ a leggyakoribb 2,99% előfordulási aránnyal. A TSZ előfordulása fiúk esetében gyakoribb (1,06%), míg lányoknál csupán 0,25%-os arányban fordul elő. (Knight és tsai, 2012) Nomoto és Machiyama

(1990) korábban közölt adatai szerint a fiú:lány arány 1,2-4:1, mely ráta Tourette szindróma esetében közelebb áll a 4:1-hez. A gyakorisági mutatókkal kapcsolatosan továbbá elmondható, hogy gyerekeknél, valamint a sajátos nevelési igényű (SNI) populációnál gyakrabban jelentkezik. (Knight és tsai, 2012) Kalifa és von Knorring (2003) által közölt adatok szintén ezt támasztják alá, mely szerint az intellektuális képességzavarral küzdő gyerekek esetében és speciális osztályokban szintén gyakoribb a tic, mint normál esetben. Az előfordulási gyakoriság a 7-11 éves gyerekek között a legmagasabb. (Herczeg, 2008)

Egy átfogó epidemiológiai tanulmány szerint az Átmeneti tic zavarral küzdő gyerekeknél a tünetek később kezdődnek, mint a Krónikus formánál vagy a Tourette-szindrómánál. Az ÁTZ tünetei átlagban $8,5 \pm 3$ év körül jelennek meg először, szemben a TSZ-val, ami $4,6 \pm 2,9$ éves korban kezdődik. (Kalifa és von Knorring, 2005) Az egyszerű motoros ticek általában korábban (4-7 éves kor), míg a vokális ticek később, jellemzően 8-15 éves korban jelentkeznek. (Robertson, 1989)

A Tourette-szindróma kapcsán Leckman (2002) leírja, hogy a motoros tic tünetek általában 3 és 8 éves kor között kezdődnek intenzív hunyorgás vagy más, arcon jelentkező tünetek periódusaival. Kevésbé komplikált esetben a komoly motoros és vokális tünetek korai csúcsait (8-12 éves kor) követően, az élet második évtizedében sokaknál ezek redukálódnak. A TSZ legsúlyosabb esetei felnőttkorra tehetők. Az extrém formák magukba foglalnak önsértő motoros ticeket (pl. önmaga ütögetése, harapása), és szociálisan el nem fogadott gesztusokat, valamint ún. coprolaliát (pl. obszcén szavak, rasszista gyalázkodások kiabálása).

A prognózisra vonatkozóan elmondható, hogy az Átmeneti tic zavar általában spontán gyógyul, a Krónikus tic zavar – orvosi és pszichológiai segítséggel – gyógyulhat, a Tourette-zavar azonban általában végig kíséri az életet. (Ranschburg, 1998) Herczeg (2008) szerint a ticbetegségek prognózisa

általában jó a legtöbb olyan esetben, ahol a beteg legsúlyosabb tüneteit 10-15 éves kora között tapasztalható. Felnőtt korban a TZ tüneteinek súlyossága különböző, de általában egy redukált szinten belül hullámzik. Rosszabb a prognózis a tic zavarral esetlegesen együtt járó egyéb fejlődési- és mentális zavarok esetében, társuló krónikus fizikális betegségeknél, illetve nem stabil és nem támogató családi környezetben.

Környezeti, pszichés faktorok, mint a fáradtság, stressz, izgatottság felerősíthetik a tüneteket. Továbbá bizonyos ételösszetevő anyagok (pl. adalékok) és stimulálók, mint a koffein és az amfetaminok növelhetik a tünetek súlyosságát. Ido, Ori és Grad (2019) beszámolnak egy felnőtt esetről, ahol a tic tünetek már elmúltak, majd egy bupropion hatóanyagú antidepresszáns (dopaminderg rendszerre hat) hatására azok ismét erősen jelentkeztek. A koncentrációt igénylő feladatok végzése közben csökkenhetnek a tünetek, továbbá az alvás, a láz, a relaxáció, a sportolás vagy ha valamilyen élvezetes dologra figyelnek, mindez átmenetileg felfüggesztheti a ticek jelentkezését. (Tárnok, 2009) Snider és tsai (2002) 8 hónapon keresztül megfigyeltek 553 általános iskolás gyermeket abból a célból, hogy a motoros ticek megjelenési helyét és súlyosságának mértékét, valamint azok változásait regisztrálják. Eredményeik többek között arról tanúskodnak, hogy a motoros tic tünetek (és egyéb viselkedésszabványok) a téli időszakban gyakrabban jelentkeznek.

Komorbiditás

Herczeg (2008) leírja, hogy a tic zavarban szenvedők számos viselkedési problémát mutatnak, az impulzivitáson keresztül a hiperaktivitásig, társuló kényszeres zavarokkal. Gyerekek esetében testvérivalizációhoz, dadogáshoz, enurézishez és encoprézishez kapcsolódóan is kialakulhat tic zavar. Másodlagosan jelentkezhetnek még az önértékeléssel együtt járó problémák, a szorongás és a de-

presszív tünetek. Tárnok (2009) a TSZ-val küzdők között a gyerekeknél 50%-ban kényszeres viselkedést (OCD – kényszerszorongás és/vagy kényszerszorongás), és szintén 50%-os előfordulási gyakorisággal ADHD-t (figyelemhiány és/vagy hiperaktivitás) ír le. Hirschtritt és tsai 2015-ben megjelent cikkében a szerzők 16 éven keresztül felvett strukturális diagnosztikus interjúkat elemeztek TSZ-val küzdő (n=1374) és nem küzdő (n=1142) családok tagjaival. A TSZ-ás személyek körében 85,7%-ban jelen volt társuló zavar, és 57,7%-os arányban 2 vagy annál több pszichiátriai zavart azonosítottak. A vizsgált személyek 72,1%-nál érvényesültek az OCD és az ADHD kritériumai.

Más zavarok, mint a depresszív hangulat, a szorongás és a diszruptív (bomlasztó) viselkedési zavar a résztvevők megközelítően 30%-nál megfigyelhető volt. 4 és 10 éves kor között volt a legmagasabb a kockázata a társuló zavarok megjelenésének, kivéve az evészavart és a szerhasználatot, ami 15-19 éves kori kezdettel írható le. Khalifa és von Knorring (2005) a vokális tüneteket mutató

személyeknél gyakoribb komorbiditást írtak le (58% a motoros tüneteket mutatókhoz képest, ahol 12%), úgy mint ADHD (33% vs. 12%) és OCD (8% vs. 0%). Brander és tsai (2018) tanulmánya az egész populációra kiterjedően hasonlított össze perinatális faktorokat a Tourette-zavarral vagy Krónikus zavarral küzdők, illetve nem küzdők körében. A két csoportban a társuló zavarokat is felmérték. (lásd: 1. táblázat).

Egy egészen friss tanulmány eredménye szerint a TZ és a KTZ esetében jelentősen megnő az anyagcsere- és az érrendszeri betegségek kockázata felnőtt korban. (Brander és tsai, 2019)

A tic zavarban szenvedő gyerekeknél megközelítően 25%-os arányban az agresszió tünetei is jelentkeznek, nagyrészt dühkitörések formájában, de fizikai, illetve verbális agresszió vagy rongálás, illetve provokatív magatartás szintén előfordulhat.

Az agresszió irányulhat másokra vagy saját magukra is (autoagresszió). Az érintettek a dühkitörés után rendszerint megbánják azt, és büntudattal küzdenek viselkedésük miatt.

1. táblázat: A tic zavarhoz társuló zavarok (forrás: Brander és tsai, 2018 alapján a Szerző)

	TZ és KTZ nélkül élő személyek, n (%) n=3 021 264 (99.82)	TZ-ral és KTZ-ral küzdő személyek, n (%) n=5597 (0.18)
Organikus zavarok	41 619 (1.38)	313 (5.59)
Pszichotikus zavarok	31 418 (1.04)	388 (6.93)
Kényszeres zavarok (OCD)	18 173 (0.60)	1036 (18.51)
Aktivitás és figyelem zavara (ADHD)	78 398 (2.59)	2949 (52.69)
Pervazív fejlődési zavarok	34 882 (1.15)	1611 (28.78)
Értelmi fogyatékoság	24 734 (0.82)	459 (8.20)
Hangulatzavar és szorongás	238 247 (7.89)	1810 (32.34)

Azoknál a gyerekeknél, akiknél az ADHD is fennáll, általában többször tapasztalható agresszív viselkedés, illetve a ticek erősödésével az agresszió is növekedhet. Továbbá gyakori probléma a társulói részképességzavar, ami tanulási zavar forrása lehet, mely érintheti az olvasás, az írás és a számolás területét. A rendelkezésre álló adatok szerint Tourette-szindrómában kb. 10-15%-ra tehető a tanulási zavar aránya. Ez a szám ADHD esetében ennél is magasabb (10-50%) (Tárnok, 2009).

Diagnosztika, differenciáldiagnosztika

A DSM-5 szerint a tic zavarok diagnózisa egyrészt az anamnézisére, másrészt a klinikai megfigyelésre épül. A diagnózis a fennálló motoros és vokális ticek jelenlétén alapul, kizárva más magyarázatot a tünetekre. Mivel a betegek gyakran képesek elnyomni a tüneteiket, otthon készült videofelvétel segítheti a tünetek pontosabb, részletesebb feltárását. (Tárnok, 2009) A tic súlyosságának megítélése során nagyon ritkán van szükség más orvosi vizsgálatra. Herczeg (2008) csak akkor tartja az EEG-t indokoltnak, ha a tünetek alapján epilepsziás vagy más agyi organikus megbetegedés gyanúja áll fenn. A viselkedés, valamint a tünetek feltérképezéséhez skálákat is használnak, melyeket gyermekek esetében a szülő, a tanár vagy a klinikus tölt ki. Ezek közül a legfontosabb a YGTSS Yale-Global Tic Severity Scale (Leckman és tsai, 1989 id. Perczel-Forintos, 2018), amely egy széles körben használt, félig-strukturált interjú a tic tünetek feltérképezésére és súlyosságának megítélésére vonatkozóan.

Tárnok (2015) a klinikai interjú során a következő feltérképezését tartja elengedhetetlennek: a tünetek megjelenése és lefolyása; a jelen motoros és vokális ticek súlyossága; a ticek előtti késztetések jelenléte; a ticek visszatartásának képessége; a tünetek okozta funkcióromlás; az eddigi kezelések. Az orvosi és a kognitív-viselkedéslélektani irányzat képviselőivel szemben, akik főként a látható, a

viselkedésben is megjelenő tünetekre fókuszálnak, a *pszichodinamikus irányzat* művelői vizsgálódásuk során sokkal inkább a mögöttes belső pszichés és interperszonális folyamatok, konfliktusok feltárására törekszenek. Tekintettel arra, hogy a gyerekeknél a tünetek válthatják egymást, gyakran társulnak más pszichés zavarokhoz, valamint a külső körülmények függvényében a tic tünetek fluktuációt mutatnak, a háttérfolyamatok feltárása a diagnosztikai folyamatban szintén létjogosultságot élvez. Az ilyen szakmai szemlélet mentén működő pszichológusok a diagnosztika során az ún. argelanderi félig strukturált interjú módszerével szerzik az objektív, a szubjektív és a szcénikus (az adott szituáció élményéből szerzett) információkat a szülő(k)től. (Argelander, 2006) A klinikai szakpszichológus továbbá a gyermekkel kapcsolatosan a megfigyeléseiből szerzett információkon túl a pszichodinamikai folyamatok, az intra- és interperszonális konfliktusok feltárására ún. projektív tesztek (pl. rajztesztek, Világ teszt, CAT, Rorschach) használ.

A differenciáldiagnosztikai megfontolások kapcsán Herczeg (2008) leírja, hogy az egyszerű motoros ticek, ha a különböző hiperkinetikus mozgások variációit is beleértjük, a betegségek sorától különítendőek el. Megjelenhetnek genetikus meghatározottságú állapotokban (Huntington chorea, Wilkinson féle betegség). Előfordulhatnak strukturális léziók esetében is: hemmibalizmusnál, vagy infekciózus folyamatokkor (Sydenham chorea), és a myoclonosus epilepszia fennállásakor. Gyógyszeres kezelés mellékhatása következtében (akut akathisia és dystonia), neuroleptikus gyógykezelésnél is fel léphet, illetve a Krónikus motoros vagy vokális tic és a Tourette-szindróma tünetei kialakulhatnak pszichoaktív szer okozta intoxikáció következtében is. Komplex motoros tic elkülönítése nehéz lehet más komplex, repetitív viselkedésektől, mint pl. a sztereotíp, vagy kompulzív rituálék. Ez utóbbitól való elkülönítést célozta Neal és Cavanna 2013-as tanulmánya, melyben kérdőíves felmérés alapján megállapították, hogy a kényszeres rituálékhoz egy

ún. „valami nem tökéletes élmény” kötődik, és ez motiválja a cselekvést a kifogástalanság eléréséig. A tic esetében azonban az ismétlődő viselkedést inkább egyfajta előzetes belső ellenállhatatlan készítés sűrűsíti.

Etiológia, patogenezis, kezelési lehetőségek

Korábban, a „klasszikus” pszichológiai irányzatok a tic hátterében szinte kizárólag valamilyen pszichológiai problémát feltételeztek: belső megoldatlan pszichológiai konfliktusokat, melyek különböző áttételekkel tic formájában nyilvánulnak meg, és van pszichológiai jelentésük. Tárnok (2009) hangsúlyozza, hogy a környezeti hatások – stressz, ételösszetevők, életesemények stb. - nem okai a ticnek, de mindenképpen van hatásuk a tünet súlyosságára. A mai álláspont szerint a tic olyan neurotikus megnyilvánulás, melynek kialakulásában organikus okok is szerepet játszhatnak. Manapság egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a genetikai, biológiai tényezőknek. Az esetleges organikus háttér tisztázása, a tünet előzményeinek feltárása pszichés okok feltételezése esetén is szükséges.

A különböző okok lehetséges szerepét leginkább a *multifaktoriális* szemléletmód képes megragadni. Lebovici (id. Klaniczay, 1999) a gyermekkori ticet olyan pszichomotoros zavarnak tartja, melyben a gyermek teljes személyisége kifejeződik a maga biológiai, neurofiziológiai és pszichológiai összetettségében. Továbbá a gyermeknek a családban elfoglalt helye is meghatározó. Emiatt a szerző a neurodinamika alapos ismeretét és a tünet pszichogenetikus megértését egyaránt fontosnak tartja. Herczeg (2008) mindezt az alábbiakban foglalja össze: A „Tourette-szindróma patogenezisének megértésében az utóbbi időszakban történt előrelépések olyan megközelítést nyújtanak, melyek más gyermekkori kezdetű neuropszichiátriai megbetegedések esetében is alkalmazhatók. Eszerint a tünetek hátterében a következő okok keresendők: genetikai determinált sérülékenység; a tünetek

korfüggő megjelenése, az érési szint függvényében; a tünetek súlyosságának stresszfüggő fluktuációja; a háttérben levő genotípus fenotípiás megnyilvánulásait környezeti tényezők befolyásolják” (254. o.) A szerző Shapiro nyomán kiemeli, hogy a tic időzítése és tartama szoros kapcsolatban áll a gyermek életében fontos eseményekkel. Leginkább az iskolába kerülés idején jelentkező átmeneti ticek pszichogén eredetűek. A tic tipikusan stresszelteti életesemények bekövetkezése után súlyosbodik.

Mai napig nincs egységes szemlélet, a különböző irányzatok és kiindulási pontok más-más magyarázatot adnak a tic keletkezésére és kezelésére nézve. Ezek az alábbiakban kerülnek áttekintésre.

Genetikai és idegrendszeri tényezők, gyógyszeres kezelés

Iker- és családvizsgálatok szerint a genetikus tényezők a sérülékenység szintjén játszanak szerepet a tic és az azzal összefüggésben lévő zavarok esetében. A konkordancia ráta egypetéjű ikrek esetében a Tourette-szindrómánál >50%, Krónikus motoros ticnél 77%, míg kétpetejű ikreknél mindez 8% és 23%, ami jól mutatja a genetikai tényezők fontos szerepét. (Herczeg, 2008) Mataix-Cols és tsai 2015-ben közölték azokat az adatokat, amelyeket 4826 TSZ-val vagy KTZ-ral diagnosztizált személy vizsgálata során szereztek. A 40 esztendőátfogó (1969-2009) multigenerációs tanulmány a családi eredetű rizikófaktor és az örökletesség mértékének feltárására irányult. A kapott eredmények egyértelműen alátámasztják az összefüggést a genetikai hasonlósággal: az elsőfokú rokonságban (szülők, testvér, utód) lévők között szignifikánsan magasabb volt a tic kockázata (esélyhányados (EH): 18,69), mint a másodfokú rokonoknál (EH: 4,58) és a harmadfokú rokonok esetében (EH: 3,07). Az elsőfokú rokonoknál hasonló volt a tic zavar rizikója a különböző környezeti adottságok ellenére is. A testvérek között a kockázat szignifikánsabb magasabb volt (EH: 17,68), mint a féltestvérek

között (EH: 4,41) akkor is, ha hasonlóak voltak a környezeti feltételek.

Különösen a tic súlyosabb, komplexebb, krónikusan elhúzódó formáinak kialakulásában kapnak szerepet a genetikai faktorok, de az öröklődés pontos menete mind a mai napig nem ismert. Nincs a tünetek megjelenéséért felelős egyetlen gén, sokkal valószínűbb, hogy a tic zavar kialakulásáért nem egy domináns, hanem több gén együttes hatása felelős (*poligénes öröklődés*). (Comings, 2001) Sun és tsai (2018) tanulmányukban az ún. PNKD (paroxysmal nonkinesigenic dyskinesia) gén újszerű mutációjával hozzák összefüggésbe a tic zavarokat.

Bonyolítja a képet, hogy úgy tűnik, az öröklött hajlam nem csak azt jelenti, hogy tic tünetek jelentkeznek az utódnál, hanem akár más hasonló, a spektrumba tartozó (pl. kényszeres) tünet is előfordulhat. Még öröklött génváltozatok sem feltétlenül indukálják a betegséget, hanem *csupán egyfajta érzékenységet okoznak* a szindróma kialakulásában, melyhez bizonyos környezeti faktorok jelenléte is szükséges. (Tárnok, 2009)

Leivonen és tsai (2017) a szülők pszichiátriai zavaraival (személyiségzavar, szorongás, hangulatzavar, pszichózis, addikciók) való összefüggést tanulmányozták, és főleg akkor volt magasabb az utódok esetében a tic zavar, ha az anyák (és nem az apák) szenvedtek valamilyen pszichiátriai betegségben, ami legalább annyira környezeti faktornak is számít (anyai nevelés). Egy másik tanulmány a szülők életkorával való összefüggést vizsgálta, és a 35-39 éves anyák gyermekeinél szignifikánsan magasabb arányban fordultak elő a tünetek, mint a 25-29 éveseknél. (Chudal és tsai, 2017)

-Tic zavarban szenvedőknél az MRI vizsgálatok alapján minimális eltéréseket találtak az úgynevezett bazális ganglionok területén (filogenetikailag ősbibb struktúra, mely szerepet játszik a mozgások tervezésében, kezdeményezésében és kivitelezésében), a frontális lebenyben (a törzsfejlődés során legkésőbb kialakult terület (Johnson, 2012), mely bonyolult összeköttetéseken keresztül befolyásolja és

szervezi az érzelmi életet, a döntéshozatalt, a mozgást, a viselkedést és a gondolkodást = végrehajtó, illetve kivitelező funkció), valamint az agykamrák szimmetriájában. (Tárnok, 2009)

Tárnok (2015) említi, hogy a Tourette-szindrómára vonatkozó első biokémiai bizonyítékot a halopridol tic-csökkentő hatása jelentette a '60-as években. Ez a gyógyszer az agy dopaminszintjét csökkenti, mely olyan funkciókért felelős, ahol a jutalmazás meghatározó, emellett befolyásolja a mozgást és a kogníciót is. Gádos (2009) szerint a gyermekkorban, elsősorban a fiúknál iskolakezdés körül gyakori és átmeneti ticszerű mozgászavar feltehetően a dopaminerg neurotranszmisszió fejlődési sajátosságával kapcsolatos.

A tic vírusos megbetegedéseket követően is megjelenhet. A szokásostól eltérő mozgások és kényszeres-rögeszmés viselkedés alakulhatnak ki vírusfertőzés utáni postencephalitis pácieneknél, illetve streptococcus fertőzés utáni autoimmun reakciókban. A PANDAS elmélete szerint a Tourette-zavar és az OCD tünetei erre a bakteriális fertőzésre adott immunmediált válasznak tekinthetők. (Swedo, 2002)

Kezelés – farmakoterápia. A tic zavarok gyógyszeres terápiájának indikációjához először feltérképezik a tünetek súlyosságát, a funkcióromlás mértékét. A tic tünetek „kergetése” a gyógyszerrel nem ajánlatos, mert a beteget mellékhatásnak tehetik ki (pl. gátolja a tanulási teljesítményt), melyek közül sok dózisfüggően jelenik meg. (Herczeg, 2008) Tárnok (2009) a Tourette-szindróma kapcsán említi, hogy ha a tünetek enyhék, a beteget nem akadályozzák mindennapi tevékenységei során, és nem befolyásolják hátrányosan a közösségi életben, nem feltétlenül szükséges gyógyszeres terápiát kezdeni. Ugyanakkor azoknak a gyerekeknek, akik kifejezetten szenvednek a tüneteiktől, a gyógyszeres kezelés megkönnyebbülést jelenthet. A Tourette-szindrómában szenvedő betegek kb. 70%-a reagál

kedvezően a Haloperidol vagy az Orap egyikére. A tic tünetek redukáltabb szintre állnak be a neuroleptikus kezelés hatására, de gyakori jellemzőjük, hullámzó voltak megmarad. (Herczeg, 2008) A viszonylag gyors kezelés lehetősége mellett, a káros szocializációs hatások (csúfolódás, kiközösítés) és másodlagos tünetek (szorongás, magatartási problémák) is megelőzhetővé válhatnak. (Tárnok, 2009).

Pszichogén okok és terápiás kezelés az analitikus elméletek szerint

Ez az irányzat képviseli a klasszikus magyarázó elméleteket és terápiás módszereket, az erre vonatkozó információk a korábbi időkig nyúlnak vissza. A korai képviselők közül Rouart (1947, id. Nemes, 2000) hangsúlyozza, hogy a tic elsődlegesen a környezetnek szól, minthogy formája lényegében mimikai. Ez a mimika – amely néha szándékos grimasznak tűnik – konfliktust fejez ki az elfojtott és az elfojtó erők, vagyis a „családi felettes-én” között. Hoffer (1995) tovább idézi Rouart elméletét, miszerint figyelembe véve a kérések és fenyegetések ellenére megismétlődő tic kihívó jellegét és azt az elkeseredést, amit a környezetből kivált, kétségtelennek véli, hogy a tic értelme: szándékos agresszivitás. A megtorlások és a szigorú bánásmód révén, amelyet kivált, a tic büntudatot és büntetés-igényt fejez ki. A ticben tehát lázadás és engedelmség ambivalenciája nyilvánul meg. Ferenczi (1964, id. Nemes, 2000) a tic erotizmusát hangsúlyozza, mely szerint a tic olyan titkos gesztus, amely büntudatos és egyben provokáló. M. Klein (id. Hoffer, 1995) is jelentőséget tulajdonít annak, hogy a tic kapcsolódik valamilyen maszturbáló fantáziához, melynek tisztázását feltétlenül szükségesnek tartja a gyógyításhoz.

A szerteágazó analitikus értelmezések közül, melyek a ticért az elfojtott, tudattalan konfliktusokat teszik felelőssé, Margaret Mahleré a legismertebb. A konfliktus, mely a ticet előidézi, abból adódik, hogy miközben a gyermek ösztönösen

törekszik motoros impulzusainak kielégítésére, a szülői korlátozások következtében, védekezik is saját törekvéseinek megvalósulása ellen. A következmény a ticben jelentkező „abortív” – elindított, majd visszarántott – mozdulatokban figyelhető meg. (Ranschburg, 1998)

György (1970, id. Nemes, 2000) a tic patogenezisében ezen túl kiemeli az indulatot és akaratnyilvánítást erőszakosan letiltó, állandóan dirigáló felnőtt magatartást. Míg egészséges helyzetben az ellenséges indulat részben kiélésre kerül, másrészt konstruktív úton szublimálódik (játék, barkácsolás, sport), addig ezeknél a gyermekeknél a nevelés tialmai korlátozzák a mozgást, a szabad tevékenységet, és a büntetéstől, valamint a szeretet elvesztésétől való félelem miatt az agresszió elfojtódik. A gyermek azt tanulja meg, hogy az anya szeretetét úgy tudja megtartani, ha saját aktivitását korlátozza, és képtelen a természetes védekezésre, mely más hasonló korú gyerekénél a kiabálás, elfutás, dühkitörés stb. volna. Ilyen heves izom-válaszok helyett a traumára kisizom-válasszal reagálnak, ami már nem csak a traumatikus élmény elhárítására szolgál, hanem általánossá válik, és minden félelmet kiváltó helyzetben előfordul. Nemes (2000) úgy véli, hogy az engedelmség és lázadás nem két különböző szülői magatartás eredménye, csupán az engedelmes, jó tanulóknál az egyik, a nyugtalan turbulenseknél a másik vonás dominál. Mindkettőnél megfigyelhető a tünet fenntartásában a kialakult kölcsönösség: a gyermek provokálja a szülői büntetést, és a szülő provokálja az ellene irányuló lázadást.

Kezelés. Gyerekeknél a klasszikus analitikus alapú terápia kidolgozása Anna Freud nevéhez fűződik. A terápia többek között a játék, a rajz, a dramatizálás és a történetészövés eszközeivel igyekszik oldani a belső, a külső és az ún. „interiorizált” konfliktusokat. Cél, hogy az ének többféle eszköz álljon rendelkezésre az impulzusok és érzések „sakkban tartására”, más szóval, hogy az én ural-

mát a tudattalan felett kitágítsák és megerősítsék. (Holder, 1998) Mivel a tic tünetek esetében gyakran találunk a háttérben belső és külső (külvilággal való) konfliktust, az ennek oldására irányuló analitikus, illetve az ebből kifejlesztett pszichodinamikus terápiás eljárásnak – ha nem is önmagában – létjogosultsága van. A terápiás kezeléssel kapcsolatban Ranschburg (1998) megjegyzi, hogy a klasszikus pszichoterápia elsősorban a következményes tüneteket, a szociális kapcsolatokban megjelenő gátlásosság megelőzése vagy enyhítése érdekében szükséges.

Pszichoanalitikusan orientált pszichoterápia csak szigorúan válogatott esetekben lehet a leghasznosabb segítség. (Herczeg, 2008) Ha a gyermek környezetében változás áll be, s nincs már kitéve azoknak a károsító hatásoknak, melyek a tüneteket kiváltották, akkor extenzívebb és rövidebb kezelés is hatásosabb lehet, mint felnőttéknél. (Hoffer, 1995)

Az ismertetett esettanulmányok közül kettőt emelünk ki. Klaniczay (1999) egy 8 éves ticelő fiú terápiájában Winnicott rajzmódszerének segítségével tárta fel a titok szerepét a tünetképzés dinamikájában. Nemes (2000) egy 9 és fél éves fiú többszörös motoros ticjének dinamikus háttérét a gyerek által a terápiás órán és otthon is eljátszott jelenetet értelmezve fejtette meg.

Viselkedéslélektani, kognitív vonatkozások

Viselkedéslélektani megközelítésből a tic olyan tünetviselkedésnek tekinthető, amely tanulás folyamán alakul ki és erősödik meg. A tanulás az egyén válaszreakciójának módosulása, amely pl. klasszikus vagy operáns kondicionálás útján jöhet létre. (Mórotz és Perczel Forintos, 2005) K. Wilson (id. Hoffer, 1995) szerint a szokás-tic hasonló a kondicionált reflexhez: az ingerre jelentkező mozgásválasz újból megjelenik olyan stimulusra, amely felidézzi az elsőt. Yates és Jones (u.o.) elfogadják azt a hipotézist, hogy a tic gyakran olyan kondicionált

válasz, melynek célja, hogy enyhítse az impulzusállapotot, melyet eredetileg egy traumatizáló helyzet váltott ki. A stimulus generalizálódásának jelensége folytán kondicionált félelem (szorongás) váltódik ki, ezt a félelmet csökkenti a mozdulat végrehajtása. Ilyképpen a tic kiváltódik bármilyen egyéb stimulusra, és erősen rögzült szokássá válhat.

A válaszgeneralizáció is szerepet játszhat a tic tüneteinek létrejöttében. Ennek lényege, hogy ha valamilyen okból a beteg nem tudja kivitelezni az eredeti kondicionált választ (reakciógátlás), a feltételes ingerre valamilyen, az eredetihez hasonló másik választ ad. Pl. valamely emocionális válasz „lekötözésének” esetén az adott válasz a motorumban jelenik meg, valamilyen önkéntelen hiperkinézis formájában. (Mórotz és Perczel Forintos, 2005)

A betegek, családok beszámolóí alapján számtalan olyan környezeti faktort, ún. triggerert sikerült összegyűjteni, amelyek közül néhányat a betegek jelentős része fontosnak, a tünetek intenzitásával összefüggőnek ítélt. Ilyenek pl. egyes érzelmi állapotok, például szorongás, félelem; éhség, fáradtság; gyors hőmérséklet-változás; ha valaki a környezetben a ticekről beszél vagy ticel; számítógép-használat, tévézés; szezonális változás; unatkozás.

A tévézés kapcsán korábban a tünett fokozódást azzal hozták összefüggésbe, hogy otthon, nyugodt körülmények között a betegnek nem szükséges kontrollálni tüneteit, így ekkor „kiengedi” a ticet. Ugyanakkor a tévéből származó fény tulajdonságai is szerepet játszhatnak a tünetek felerősödésében, továbbá akár a film által okozott fokozott érzelmi állapot is. (Tárnok, 2009)

Dufrene és tsai (2013) tanulmánya szintén megerősítette, hogy trigger lehet, amikor valaki a környezetben a ticekről beszél. Egy fiú testvérpár (11 és 12 éves) esetében vizsgálták annak hatását, ha külön-külön, vagy együttesen tickel kapcsolatos beszélgetést kezdeményeztek velük. Mindkét testvér esetében kimutatható volt a tic tünetek

nagyobb gyakorisága ahhoz viszonyítva, amikor nem a ticről szolt a beszélgetés.

Kezelés. Tárnok (2009) leírja, hogy az utóbbi 30 év során számos hagyományos viselkedésterápiás technika alkalmazásával próbálkoztak a tic-zavarban szenvedőknél, változó sikerrel. Problémát jelentett, hogy sokáig nem létezett kimondottan a ticre kidolgozott technika, csak más szókásbetegségeknel (kényszerbetegség, hajtépegetés) is alkalmazott, általánosabb módszer. Herczeg (2008) szerint a tic-zavarok esetében a viselkedésterápiás kezeléseket nem nyújtottak még bizonyítottan pozitív effektust. A fent leírtak ellenére napjainkban a tic kezelésében a gyógyszeres kezelés mellett a behavior terápia a leggyakrabban használt kezelési mód.

Quakely és tsai (2003) leírják, hogy minél idősebb a gyermek, minél magasabb az intellektuális kora és minél jobb a verbális kifejezőkészsége, annál nagyobb a valószínűsége a kognitív beavatkozások hatékonyságának, míg ellenkező esetben inkább a manifest viselkedés korrekciója kecsegtet több eredménnyel.

A leginkább hosszú távon is bizonyítottan tünetcsökkentő terápiás módszer a szokás-visszatartási tréning (Habit Reversal Training, HRT), kifejezetten Tourette-szindróma kezelésére kidolgozott technika, melynek lényege a tic előtti késztetés felismerése, a felismerés begyakorlása, majd a ticválasz gátlása. (Azrin-Nunn, 1973, id. Watson, Howell és Smith, 2006 és Tárnok, 2009).

Green és tsai (2015) iskoláskorú gyerekeknel a tic gátlására adott jutalom hatását vizsgálták, időben olyan közel a tic megjelenését követően, ahogy csak lehetett. Az eredmény azt mutatta, hogy az azonnali megerősítés növelte a tic elnyomásának képességét, ennek hatékonysága a megjelenéstől számított néhány hónapon belül megnőtt, mielőtt az krónikussá válhatott volna.

A pozitív megerősítés egy másik változata, amikor egy kívánatos alternatív viselkedést erősítenek meg.

Watson és Sterling (1998, id. Watson, Howell és Smith, 2006) tanulmányában vokális ticet (köhögés) kezeltek ilyen módon: a figyelmet megvonták, amikor a tünet megjelent, biztosították viszont azokban a rövid időszakokban, amikor a tic tünet szünetelt. Beszámolójuk alapján négynapos kezelést követően a tic csökkent, és utánkövetéskor is változatlan maradt.

Az elmúlt évtizedekben a Tourette-zavar kezelésében számos viselkedésterápiás és önkontrollt fejlesztő technikát (pl. negatív gyakorlás, önmonitorozás, öninstrukció, asszertivitás tréning) próbáltak alkalmazni, amelyek közül néhány hatékony lehet gyerekeknel is.

Mansdorf (2001) példaként idézi egy 10 éves, 9 hónapja grimaszoló fiú esetét, ahol a viselkedéselemzés eredménye azt mutatta, hogy ticje leginkább az asszertivitás hiányával volt kapcsolatba hozható: akkor fokozódott, amikor fenyegetve érezte magát, illetve amikor képtelennek érezte, hogy megküzdjön bizonyos társas helyzetekkel. Kiderült, hogy a tünet az anya kritikáját követően is fokozódik. A kezelés így egyrészt bizonyos viselkedési készségeknek fejlesztésén túl a környezet hozzáállásának megváltoztatására irányulhatott.

Shukodolsky és tsai (2017) vizsgálták, hogy mik azok a faktorok, amik hatást gyakorolnak kétféle terápiás formára: átfogó viselkedésterápiára (ÁVT) és pszichoedukációval egybekötött szupportív terápiára (PSZT) adott reakcióra. Az ÁVT után a résztvevők tünetei csökkentek a tic gyógyszeres kezelésétől függetlenül, de a PSZT-t követően csak azoknak a tünetek csökkent, akik gyógyszeres kezelésben részesültek.

A társuló pszichiátriai zavarok, az életkor, a nem, a családi funkcionálás szintje, a tic jellegzetességei és a kezelés várható eredménye nem volt befolyással a viselkedésterápia hatására. Mindkét kezelési forma során, a súlyosabb tic és a résztvevő pozitív elvárása esetében nagyobb mértékű javulás volt jósolható. Szorongásos zavarok és az előzetes

belső kényszer súlyossága enyhébb mértékű tic csökkenést vetített előre.

Mivel a stressz szerepet játszik a ticek aktuális intenzitásában, a relaxáció, mint a feszültség csökkentésére irányuló módszer is hatásos lehet a kezelésben. A progresszív relaxációt kiegészítik az imagináció elemeivel, ezáltal lehetővé válik a ticnek az egyik izomcsoportról a másikra történő „áthelyezése”, szociálisan elfogadhatóbb formába alakítása. Ugyanakkor a relaxációs technika nem mindig alkalmazható, mivel a tünetek annyira intenzívek lehetnek, hogy az ellazulás alig kivitelezhető. A tünetmentes időszakokban azonban rendszeresen alkalmazva a relaxációt, tartós hatás érhető el a feszültségcsökkenésben. (Tárnok, 2009)

Reese és tsai, (2015) egy ún. mindfulness-alapú stressz-csökkentő technika alkalmazásának hatását vizsgálták 16-67 éves Tourette-szindrómás és Krónikus tic zavarral küzdő betegek esetében. A kísérlet tagjainál 8 héten keresztül heti 2 órát alkalmazták a módszert, ami az 5. vagy a 6. héten kiegészült egy 4 órás magányos elvonulással. Ennek hatására szignifikáns módon csökkent a tic tünetek gyakorisága. A terápiás hatást egy hónappal később is kimutatták. Tárnok (2009) leírja, hogy bizonyos esetekben, főleg nagyobb gyerekeknél, serdülőknél, felnőtteknél, ahol a ticek kényszeres tünetekkel, erős szorongással, hangulati problémákkal társulnak, eredményesnek bizonyulnak a kognitív terápiás technikák (kóros viselkedésformát előidéző gondolkodási automatizmusok, torzítások azonosítása és átértékelése).

McGuire és tsai 2015-ben publikált tanulmányában - a korábbi farmakológiai és viselkedéses beavatkozásokkal ellentétben, melyek csupán a tic és a társuló tünetek gyakoriságának csökkentésére irányultak - egy ún. „Élet a tickel” elnevezésű komplex kognitív-viselkedéses eljárás hatékonyságát vizsgálták 7-17 éves Tourette-szindrómában és Krónikus motoros ticben szenvedő gyermekek körében. A program a tichez kapcsolódó károsodások csökkentését és az

életminőség javítását célozta meg. Többek között pszichoedukáció, rövidített szokás-visszatartás tréning, problémamegoldás, szülő-tréning, érzelmszabályozás, iskolai megküzdés, önbecsülés növelés modulokból állt. Egy 10 hetes kezelést követően az életminőségben az érintettek 83%-ánál volt kimutatható pozitív változás, szemben a kontrollcsoport (várólistán lévők) 33%-ával. Ez az arány egy hónap múlva is megmaradt.

Pszichoszociális, rendszerszemléleti vonatkozások

A rendszerszemléletű megközelítés a tünetet nem az egyén, hanem tágabb kontextusban, a család működésének szintjén igyekszik leírni és értelmezni. Valamelyik családtag tünete az egész család működésének szempontjából is vizsgálható, hiszen a család tagjai folyamatosan hatnak egymásra. A tünet a rendszer működési zavarát jelezheti (családterápiás szemlélet). (Dallos és Procter, 2001)

A családterapeuták már korán felismerték, hogy a tünetet hordozó index-páciens a családi egyensúly felborulását, a család „fájdalmát” fejezi ki. Minuchin (1981, id. Goldenberg I., 2008) szerint a kinevezett páciens tünete a diszfunkcionális családi folyamatokban gyökereznek. Másrészt a tüneteknek megvan a maguk szerepe: jelzik, hogy a család destabilizálódott és próbál alkalmazkodni egy új helyzethez, vagy új egyensúlyt igyekszik felállítani. A tünetek védő funkcióval bírnak, hiszen segítik a családi egyensúly fenntartását. (Goldenberg I., 2008)

Satir (1982, id. Goldenberg II., 2008) az egyén tünetében a fejlődés elakadását látta, és egy olyan homeosztatiszikus kapcsolatot a családi rendszerrel, ahol az egyensúly megóvásához, erre az elakadásra és valamennyi tagjában a fejlődés változó mértékű eltorzítására van szükség.

Dallos és Procter (2001) véleménye szerint, amikor a gyerek jelenti a problémát (pl. tünetet produkál), a szülők nem képesek nehézségeiket kettesben megbeszélni, és a konfliktust a gyermek segítségé-

vel oldják meg. A szülők közötti feszültség beindítja a tüneti viselkedést, illetve a gyermek betegsége spirálisan tovább fokozza a konfliktust. A gyermek a tünetével magára vonja a figyelmet, ezáltal óvja meg a konfliktussal teli helyzetet.

Kezelés. Bár a tic zavarok kezelésében jelenleg a gyógyszeres és a viselkedéslélektani kezelések a leggyakoribbak, a tic kezelésével kapcsolatos irodalmak számos okot felsorolnak, amiért a családot valamilyen formában (szülő-konzultáció, szülő-educáció, családterápia) érdemes bevonni a kezelésbe. A betegség kihívást jelenthet a szülőknek a napi ellátásban. A tic zavarral küzdő gyerekek sokkal inkább a tünetek következményei és a komorbid állapotai miatt igényelnek az átlagtól különböző figyelmet, mint a tic tünetek miatt. (Tárnok, 2009) Woods, Himle és Osmon (2005) a Krónikus tic zavar családra gyakorolt hatását vizsgálta a szülők által kitöltött kérdőív segítségével (n=45). Az eredmények szerint a családra gyakorolt hatás leginkább az olyan komorbid zavarok mértékével korrelált, mint az ADHD, depresszív és internalizáló tünetek. Mivel a ticek erőssége összefügg a gyermeket érő stressz mennyiségével, a szülők próbálják minimalizálni a gyermeket érő stressz mennyiségét a gyermek fizikai szükségleteinek minél hamarabbi kielégítésével, ugyanakkor az érzelmi igények kielégítése nem ennyire egyértelmű. Pedig az egészséges gyerekekhez hasonlóan náluk is az a legfontosabb, hogy érezzék a feltétlen (teljesítményüktől és képességeiktől független) szeretetet, elfogadást és megértést.

Néha nagyon nehéz a feladat, a szülők mégis azaz teszik a legjobbat gyermekükkel, ha figyelmen kívül hagyják a ticelést, miközben éreztetik vele megértésüket a problémájával kapcsolatban. A javulás jeleit kísérő kedvező visszajelzések támogatják a gyermek hatékony kezelését. (Tárnok, 2009)

Herczeg (2008) szerint az elvárások újraalakítása különösen fontos azokban az esetekben, ahol a ti-

cet szándékolatlan provokatív viselkedésként éli meg a gyermek környezete.

A családterápia során felállított lehetséges célok: a családtagok önértékelésének növelése, több öröm a családban, a családtagok közti kommunikáció egészségesebbé tétele, egymás elismerése, az indexpáciensre nehezedő nyomás csökkentése, több figyelem a tünetmentes családtagoknak, családi titkok feltárása, beismerése. (Moe, 2000)

A viselkedéslélektani szemlélet alapján működő családterápiás beavatkozások a családtagok között zajló interakciók megfigyelése és megbeszélése során igyekeznek azonosítani azokat a helyzeteket, melyek fenntartják vagy növelik a tic súlyosságát vagy gyakoriságát. A viselkedésterapeuta megpróbálja - az egyéni terápiás beavatkozással párhuzamosan - a családtagokat instruálni arról, hogyan lenne a legjobb módosítani a saját viselkedésüket, hogy ne vegyenek részt a kliens tüneteinek fenntartásában. (Goldenberg III., 2008) A szülőket pl. meg lehet tanítani arra, hogy a ticet figyelmen kívül hagyják, ugyanakkor figyelemben részesítsék a gyermeket a ticmentes időszakban, megerősítve ezáltal más, kívánatos viselkedéseket, a figyelemszerzés más módjait. (Watson és Sterling, 1998. id. Watson, Howell és Smith, 2006)

A rendszerszemlélet a családterápia mellett egyéb segítő tevékenységekhez is elvezethet, hiszen a gyermek a családon kívül más rendszereknek is tagja. A tic tünetekkel küzdő gyermekek számára a kortársakkal, tanáraikkal való kapcsolat a legtöbb esetben roppant fontos. Szükséges a pozitív, támogató környezet biztosítása számukra az iskolában is. (Herczeg, 2008) Az első és legfontosabb dolog a tanárt tájékoztatni a tic tünetek jellegzetességeiről.

A pedagógus magatartása példaértékű a többi gyerek számára is. A nem kívánt viselkedésformák büntetése helyett a már meglévő, pozitív tartalmakra való összpontosítást, ezek megjelesítésének szorgalmazása és jutalmazása lehet cél-ravezető. (Tárnok, 2009)

EGY 6,5 ÉVES TICELŐ KISLÁNY ESETÉNEK ISMERTETÉSE

Az óvodás gyermek (kitalált nevén: Réka) pszichológiai vizsgálata a Pedagógiai Szakszolgálat nevelési tanácsadás területén történik. A vizsgálatot az anya kérte a következő indokkal: „*Furcsa szokásai lettek. Néha dadog, reggel, ha beszél, közben köhécse.*”

Első találkozás a szülővel

Az első találkozás az anyával történik. Megjelenése egyszerű, mozgása és érzelmkifejezése visszafogott. Az argelanderi félig strukturált interjú (Argelander, 2006) felvétele során kiderül, hogy kb. fél éve állnak fenn gyermekénél a tünetek köhécseles formájában, ami főként reggel jelentkezik, amikor beszél. Időközben a tünetek változtak, bővültek. Kezdetben dadogott, majd azt elhagyta. 3 évesen a bepisiléssel volt probléma (főként éjszaka), majd ez gyógyszer szedését követően heti egyszeri gyakoriságúra csökkent. A szülő pislogás tüneteiről is beszámol, de nem hozza összefüggésbe a köhécseléssel, hanem az anyósának lassú megvalakulással járó betegségéhez kapcsolódó hajlam miatt aggódik. Ezek a szokások az anyát nagyon zavarják, rászólással próbálta leállítani a kislányt, ami hatástalannak bizonyult.

Az anya elmondja, hogy Réka közbevág a felnőttek beszélgetésébe, hogy figyeljenek rá. Régebben nyugodt volt, de kb. fél éve félelmei felerősödtek (pl. villámtól, vihartól). „*Nem volt ilyen ijedős, de most a hangosabb beszédétől is megijed. Sírósabb is lett, régen az sem volt. Néha éjszaka is felsír.*” Megelőző eseményre vonatkozó kérdés kapcsán az anya csupán egy sömör levételéről tud beszámolni, ami kb. fél éve történt és néhány napos kórházi tartózkodással járt, ami megviselte a kislányt, mert nem lehetett mozogni. A szülő szerint akkortól kezdve nyugtalanabb.

Anya 9 gyermekes családból származik, hangsúlyozza, hogy velük nem foglalkoztak ennyit és mégsem volt velük semmi probléma, most pedig

„*bármennyit is igyekeznek az ember adni nekik, ahogy se elég.*” Anya elmondása alapján az ő családjában szeretetben éltek és segítették egymást. A gyermek apja saját apját nem ismerte, mert kora gyermekkorában meghalt. Az apai nagymama – aki a szomszédban él, és időnként vigyáz Rékára – alkoholproblémával küzd. Mivel apának már csak ő van, ezért az apa ezt nehezen éli meg, de ezt nem mutatja kifelé. Az anya elmondja, hogy ők szerető család, hangos szót náluk nem hallanak a gyerekek.

Réka könnyen közeledik másokhoz, de mivel „*rámenős*”, elriasztja magától a kortársait. Az anya próbálta meggyőzni, hogy viselkedjen másképpen, mert „*akkor majd jobban akarnak vele barátkozni.*” Eleinte nem volt gond az óvodával, de az utóbbi hónapokban sokat panaszkodott, hogy nem játszik vele senki. A testvérével viharos a kapcsolata, gyakran féltékeny a nővéreire. Sokat vitatkoznak, Réka még verekszik is és irigy vele. Anya véleménye szerint ez abból is fakadhat, hogy ő a kicsi a családban. „*Lehet, hogy többet foglalkoztunk vele, többet figyeltünk rá. Lehet, hogy a nővérel azért sincs annyi baj, mert ő nem kapott annyi figyelmet.*”

Anya szerint Rékát az is megviselheti, hogy ő visszament dolgozni, és este is sokat odavan. „*Régen sokat foglalkoztam vele, de most már nem tudok annyit. Réka pedig anyás.*” A gyermek mehetne aludni a nővérel egy szobába, de szeret befeküdni a szülők közé. Az anya nem mindig tud ott lenni az esti lefektetéseknel, úgy érzi, eltávolodtak egymástól. „*Ez a köhécseles akkor utána kezdődött. De nem is ez a köhégés a nehéz, hanem ez a félelem, amiről beszéltem. Az is azután erősödött fel.*” Az apja este nem engedi tévét nézni, mert többször volt olyan, hogy éjszaka sírva ébredt, de nem tudta elmondani, hogy mit álmódott. Az anya Rékát „*idegileg gyengébbnek*” ítéli meg – gondolt már rá, hogy elvigye szakorvoshoz, de nem akarja, hogy gyógyszert szedjen.

Szabadidő: tévét csak napközben néz (Cartoon Network), úszás heti egyszer, nővérel sokat van kinn az udvaron, homokoznak, ugrálóköteleznek, számítógépen néha Scoobydood-t játszik.

Főbb anamnesztikus adatok

Fejlődési adatok:

Tervezett, problémamentes terhességből 39. héten született császármetszéssel. Mivel volt már egy lányuk, kislányt szerettek volna, de örültek a lánynak is. Az anya gyulladásgátlóra gyógyszert kapott, emiatt kezdetben nem tudott szoptatni, majd utána fél évig szoptott a baba.

A korai pszichomotoros fejlődés normál időben és módon zajlott. 1,5 éves korában kezdett járni. 1-1,5 évesen kezdte az első szavakat is mondani, 2,5 éves korára folyékonyan beszélt. 2,5 éves korára szobatiszta lett, majd 3 évesen másodlagos enurézis nocturna jelentkezett.

Evésével egy éves kora körül nem volt gond, jelenleg is rendkívül jól és sokat eszik. Nyugodtan alvó baba volt, jelenleg is többnyire nyugodtan alszik, néha felsír éjszaka. Önkiszolgálás terén önálló, ügyes. Jobb kezes, látása, hallása rendben van.

Jelenlegi állapotra vonatkozó adatok, orvosi vizsgálatok:

Jelenlegi panasz: Köhécseles, pislogás. Félelmek – hangos beszédű, éjszaka, vihartól. Éjszaka néha felsír. Kb. fél éve észlelik.

Korábbi vizsgálatok: Vérszegénységre vitamincseppeket szed. Hetente, kéthetente egyszer bepisil éjszaka – veséjét jelenleg vizsgálják. Kb. 1 éve sömört vettek le a fenekéről.

Családi anamnézis:

Az anya 35 éves. Sokáig otthon volt, kb. fél éve egy cégnél takarító. Legmagasabb iskolai végzettsége szakmunkásképző. Egészségi állapota rendben. Az apa 37 éves. Legmagasabb iskolai végzettsége szakmunkásképző. Jelenleg gépszoftorként dolgozik. Egészségi állapota rendben van. Az anyja – aki a szomszédban lakik - szívbeteg, magas vérnyomással és alkoholproblémával küszködik, továbbá szembetegség következtében megvakulása várható.

A szülők nem házasok, 10 éve élettársi kapcsolatban élnek. Lánytestvér 10 éves, 3. osztályos.

Másfél szobás, kertes házban élnek. Réka gyakran alszik a szülők között.

Intézményes oktatás, szocializáció:

3 évesen került gyerekközösségbe, óvodába. Problémamentesen beszokott. Az utóbbi időben panaszkodott, hogy nem szeret óvodába menni, mert vele nem játszik senki. Az óvónőkkel jó a kapcsolata. Néhány hónap múlva kezdi meg az iskolát.

Első találkozás a gyermekkel – exploráció

A diagnózisra történő hipotézis felállítását megelőzően kerül sor a gyermekkel való első találkozásra. Megfigyelés alapján élénk, érdeklődő, mosolygós kislány. Azonnal felveszi a kontaktust és szívesen bejön a vizsgálatvezetővel a vizsgálati helyiségbe. Mozgása dinamikus, tekintete kapkodó, feszültnek tűnik, sokat izeg-mozog. Szinte azonnal elkezd beszélni folyamatosan, parttalanul. Azonnali közvetlensége, figyelemfelhívása, közeledési és kapcsolódási vágya szembeütő. Felfokozott nyugtalansága és verbális megkapaszkodása jelzi érzelmi feszültségét. Igényli a közös játékot, tevékenysége csapongó, igyekszik az irányítást magánál tartani. A pislogás nem észlelhető, a köhécseles beszéd közben enyhe formában, egyszer-egyszer fordul elő.

Az érzelmi telítettséget, a felfokozott „túláradást”, a dinamikát, a melegség és figyelem iránti igényt szabad rajza is jól tükrözi (lásd: 1. ábra).

1. ábra: „bemutató” spontán rajz az első találkozás során. (forrás: Szerzői gyűjtés)



A szabadidős tevékenységről való beszélgetés során előjön a tévénézés (felnőtteknek szóló műsort is néz), illetve ennek kapcsán a félelmek és rossz álmok. A családja kapcsán a nővérével való együtt játszások említése közben elhangzik egy szokatlan mondat: „*Felvidítjuk magunkat, ha szomorúak vagyunk.*” Mintha a felfokozott aktivitás és túlaradás a mögöttes nyomasztó érzések elleni küzdelem jele is lenne.

Az alkalmat követően, újra találkozva az anyával, először odarohan hozzá, majd elszalad tőle, és nem hallgat a figyelmeztetésére, ami később többször is tapasztalható.

Diagnosztikai feltevések

A tic zavar diagnózisa a tüneti kép és a megjelenés ideje, módja, lefolyása alapján valószínűsíthető.

Jelen esetben az anya elmondása és a gyermekkel való találkozás az *F95.0 Átmeneti tic zavar* kritériumait támasztja alá.

Ugyanakkor az előzményekből egyértelműen kirajzolódik, hogy Réka esetében nem szimplán a tic tünetek jelentenek problémát. A tünetek kb. fél éve kezdődtek, miután egy kisebb műtéten esett át a kislány, valamint azt követően, hogy az anya elkezdett dolgozni, és nem tudta este lefektetni. A pszichodinamikai háttér valószínűségét erősíti az is, hogy a tic tünetek más egyéb viselkedésbeli változással együtt jelentkeztek: átmeneti dadogás, enurézis, félelmek, éjszakai felriadás, testvérféltékenység, kortárskapcsolati problémák. A kislánnyal való első találkozás szintén valószínűsíti, hogy a felfokozott verbális és motoros aktivitás, valamint nyugtalanság és figyelemigény háttérben intra- és interperszonális konfliktusból eredő feszültség húzódik meg.

Egyik tünet sem olyan markáns, hogy valamilyen specifikusabb diagnosztikai kategória felállítását indokolná, egy általánosabb diagnózis valószínűsíthető: *F93.8. Egyéb, gyermekkori emocionális zavar.*

Ennek alátámasztása vagy kizárása feltáró pszichológiai vizsgálattal történik, mely során az alábbi kérdésekre keressük a választ:

- A tünetek háttérben meghúzódik-e intra- és interperszonális pszichodinamikai feszültség?
- Milyen Réka szubjektíven megélt családi kapcsolatrendszere, a viszonyulások és a kötődés jellege?
- Milyen, a megküzdéshez szükséges külső és belső potenciálokkal, erőforrásokkal rendelkezik a kislány?

Differenciáldiagnosztikai megfontolások

F90.0 Az aktivitás és a figyelem zavara

Réka működésmódja „hiperaktív” jellegű: nyugtalanság, fészkelődés, rohangálás, verbális felfokozottság, impulzus-kontroll probléma, csapongó figyelem stb. Az organikus érintettségre és a korai eltérő fejlődésre utaló jelekről az anya nem számol be. A rendelkezésre álló információkból a tünetek háttérben érzelmi probléma (intra- és interperszonális pszichodinamikai tényezők) feltételezhető, ugyanakkor eleve mégsem kizárható ez a diagnosztikai kategória sem.

Vizsgálati módszer, eszköz

A pszichodinamikai faktorok feltárása, a fenti kérdések megválaszolása céljából, az életkori és az egyéni sajátosságokat figyelembe véve az alábbi projektív vizsgálati eszközöket használjuk:

Családrajzok: *Családrajz, Elvárásolt családrajz.* Rendkívül differenciált képet adhat a családi struktúráról és hierarchiáról, a gyermek érzelmi viszonyulásáról, arról, hogy hol és hogyan látja helyét a családban. (Tihanyiné, 2013) Alkalmos a családi működésmód és kapcsolatrendszer, a tudatosan és rejtetten jelen lévő érzelmi viszonyulás – az anya-gyermek, apa-gyermek és anya-apa kapcsolat, és a testvérhez fűződő viszony - felté-

rképezésére, a kötődés jellegének, a gyermek családról kialakított képének feltárására. (Feuer, 2006)

További rajztesztek: *4-fa teszt*, *Ember az esőben*. Kirajzolódhat a szelf-képzet és az énhatárok minősége, a belső működésmód dinamikája, a megküzdéshez szükséges érzelmi tartalékok, külső és belső erőforrások jelenléte, mozgósíthatósága, a mentális kontrollfunkciók, valamint az énvédelmi stratégiák hatékonysága. (Süle, 1998)

CAT. Kép kapható a viselkedést irányító dinamikai faktorokról, a szorongásos folyamatokról, azok tartalmáról, az agresszív késztetésről a konfliktusok és a védekezés jellegéről. (CAT kézikönyv, é.n.)

Világteszt. A személyiség működésmódjára, az énonosítás, a kötődés, a vágyképzetek, a konfliktus jellegére, annak hártási folyamataira és megoldásmódjaira, valamint az esetleges traumák jelenlétére és jellegére ad választ. (Polcz, 1998)

Rorschach teszt. Ebben az életkorban diagnosztikai célra kevésbé alkalmas, de a tartalmi elemzés közelebb vihet a személyiség működésmódjának, dinamikájának jobb megértéséhez. Feltárulhat a szorongás tematikája, jellege, az elhárítások formája és tartalma, és akár az elaborálás folyamata is. (Mércsi, 2002).

Szék-lámpa teszt. A figyelmi működés vizsgálatára és a speciális figyelmi probléma kimutatására alkalmas.

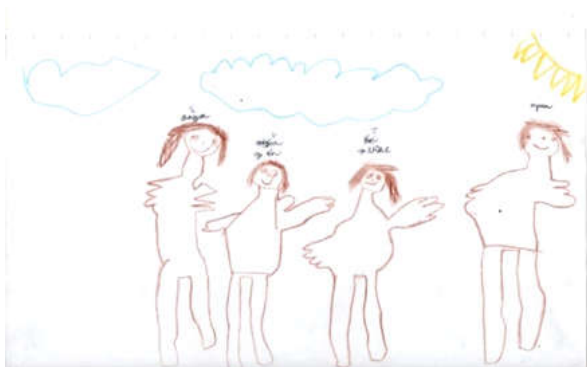
Vizsgálati eredmények bemutatása

Családrajzok: családrajz, elvarázsolt családrajz

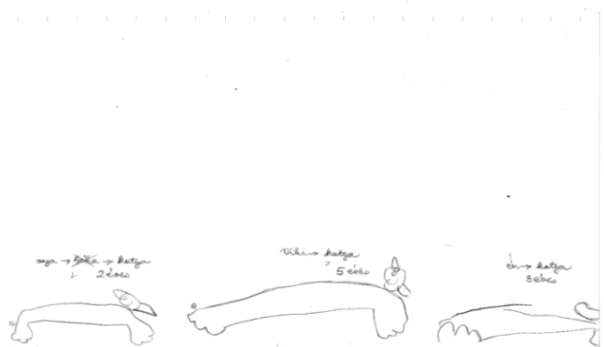
Az előző rajzához (lásd: 1. ábra) képest ezek szinte akromatikusként mondhatóak, kevesebb érzelmet tükröznek. Az életkori sajátosságot és az esetleges bizonytalan kivitelezést is figyelembe véve, a rajzok és a hozzá fűzött történetek összességében labilis, ambivalens jellegű családi kapcsolatokat tükröznek.

A nagyfokú kapcsolatigény (nagy, széttárt karok, főleg a gyerekeknél), a frusztrált megkapaszkodás (szülő karja „csonkszerű” és a karok elkerülnek egymást), az elérhetetlen és elégtelen szülő-kép jelei (az anya kutya jóval mögötte halad, fiatalabb, mint ő és „elfele néz”) markánsan megjelennek. (lásd: 2. és 3. ábra)

Az érzelmi távolság az apával kapcsolatban még inkább tetten érhető: a 2. rajzon „külön áll”, a 3. rajzon nincs is jelen.



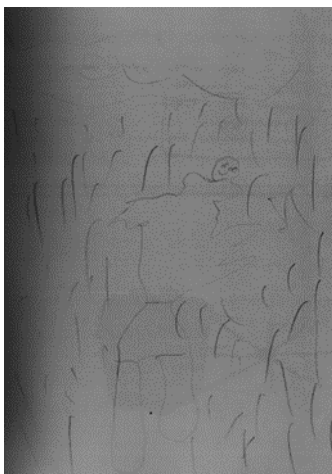
2. ábra: családrajz (forrás: Szerzői gyűjtés)



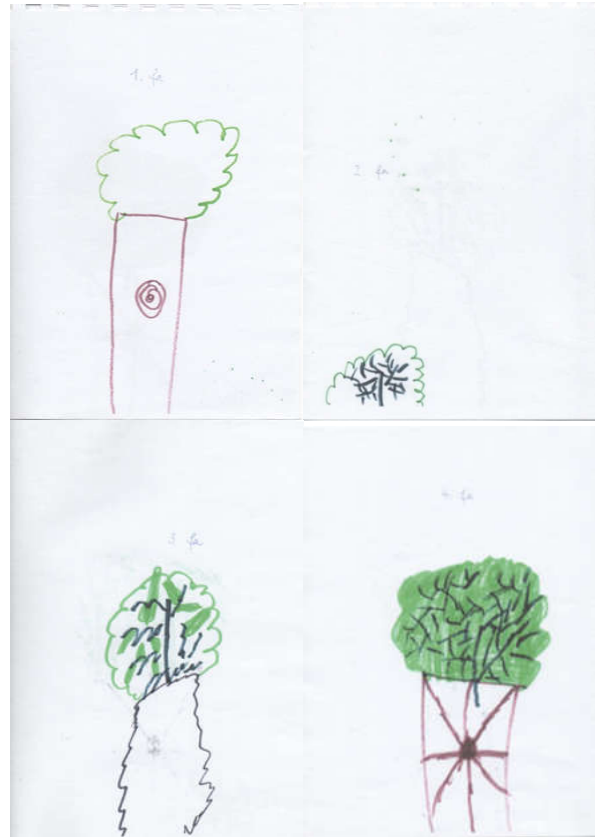
3. ábra: elvarázsolt családrajz (forrás: Szerzői gyűjtés)

Ember az esőben rajz és 4-fa teszt (lásd: 4. és 5. ábra)

A vonalvezetésből, a rajzok méretéből, jellegéből és elhelyezéséből, valamint a rajzokhoz fűzött történetekből kirajzolódik a kiegyensúlyozatlanság, zaklatottság (bizonytalan, kapkodó vonalvezetés, az ágak kuszasága, az első („kifelé megélt én”) és második („belső én”) fa mérete, elhelyezése közötti különbség), a gyermeki bizonytalan én-érzés és kiszolgáltatottság érzés (nagy méretű esőcseppek között az ember teljesen védtelen, „megfázott és a kutyával aludt az ólban”), az alacsony szintű önértékelés (2. fa rajz mérete és elhelyezése) és az emocionális sérülékenység (hatalmas odú, „Sok madár szállt rá, és elkapta tőlük a betegséget”), az érzelmi hiány és megfosztottság-érzés („A fakopáncs rászállt, kiszedte belőle az ennivalót, nem volt mit enni, ezért inkább elpusztult”), valamint a gyermeki magány-érzés és az ellene való küzdelem („...elbeszélget a többi fával. Ha egyedül lenne, rosszul érezné magát, unatkozna.”). Belső erőforrásként megmutatkozik az énerő és ellenállóképesség („Ez a kék bokor olyan, hogy kibír mindent, esőt, hót.”), a gyógyulásba vetett remény is („Visszaegyesedik és nem fog elpusztulni, meg fog gyógyulni. Meggyógyult, ezért jól érzi magát.”).



4. ábra: *Ember az esőben rajz* (forrás: a Szerzői gyűjtés)



5. ábra: a 4-fa teszt rajzai (forrás: Szerzői gyűjtés)

CAT

Az állatszereplőket ábrázoló képekről alkotott történetek elemzése többek között a Bellak (CAT Kézikönyv, é.n.) által megadott szempontok mentén történik. Réka történetei még inkább feltárják az anya-gyerek kapcsolat ambivalens, kiegyensúlyozatlan, frusztrált jellegét. A képek alapján szőtt mesékben az érzelmileg elérhetetlen („hiába ébresztette őket, mert mélyen aludtak”), nem kielégítő, sőt visszautasító anya képe hangsúlyos („Anyá, adol enni?” „Nem” „Ilyen vagy, inkább el is megyek világgá!” „El is ment, beköltözött a többi állatokhoz, a kenguruhoz.”)

A visszatérő orális téma a regresszió fixációs pontját mutatja (a gyermek valós életében nem áll fenn az étel nélkülözése), jelezve a kislány érzelmi igényét és annak kielégítetlensége miatti belső feszültségét, a kapcsolatok frusztráló jellegét („Szomorú volt, mert a többiek nem engedték enni, csak

beszélgetni.”). A történetek a patologizáló szülő-gyerek kapcsolatot („*A kék medvére ráesett a nagy medve.*”) és a csalódás keltette indulatok kerülő úton való levezetését tükrözik. Gyakori a szülőtől való elszakadás, mint a passzív agresszió formája („*Az egy kislánya volt. Elszökött, az anyukája meg meglepődött. Egyedül hagyták, éhes volt... Nem tudott enni, azért szökött el... Reggel kereste az anyukája. Nem találták, hiába keresték...*”), amely Réka valós életében fizikai módon is, pl. az anyától való gyakori elszaladásban is megnyilvánul. Másrészt mutatják a szeretet megszerzéséért küzdő, az önmagát kielégíteni kényszerülő („*Ott kerestek kaját, mert a tyúkanyó keveset tudott nekik adni.*”), a gondoskodó szülői/felnőtt szerepet átvállaló (Az oroszán „*azért szomorú, mert éhes. Az egér adott neki sajtot.*”), kiszolgáltatott gyermek képét is („*Egyedül hagyták, éhes volt, és hiába ébresztette őket, mert mélyen aludtak. Nem érte el a hűtőt.*”). A kapcsolatrendezés és a lelki gyógyulás reményére utal az utolsó kép történetének elaboratív befejezése: „*Az anya kizárta, rossz volt neki. Bezörgetett. Utána az anya beengedte és vigyázott rá.*”

Világteszt

Az építmény (lásd: 6. ábra) és a hozzá fűzött történet szintén tükrözi a kapcsolati zavart (emberi, állat kategória hiánya), a kötődési problematikát (nem a családjával él, hanem „*mindenbol és mindenkivel*”), az otthon elégtelenségét (lakóhelyén árnyék van, tűz helye a lakóhelyként megnevezett „*fal*”), a szabad mozgás kielésének igényét és az abban való korlátozottságot (szűkebb helyről költözik be a „*nagyobb*” városba), ami a tic tünet háttérdinamikáját is képezi. A felnőtt világhoz kötődő irányítás- és kontrollvágy, valamint a felfokozott jelleg szintén megjelenik. Az énerő, a mozgósítható belső potenciálok jelei is megmutatkoznak.

Rorschach teszt

Ebben az életkorban diagnosztikai céllal kevésbé használható. Réka komplex, fantáziadús fabulációi azonban – azon túl, hogy a feszültség képi megjele-

nítésével elaborációs lehetőséget nyújtanak számára – tartalomelemzés által még inkább feltárják a belső folyamatok jellegét.



6. ábra: a kislány Világteszt építménye (forrás: Szerzői gyűjtés)

Megmutatkoznak a háttérben meghúzódó félelmek, a kiszolgáltatottság-érzés, a stabilitás és biztos kötődés utáni nagyfokú vágy. A szorongás a statikailag bizonytalan és veszélyeket is magukba foglaló képekben („*kezd széttörni kétfelé*”, „*lezuhannak*”, „*megcsúsztak*”, „*elsodorta őket*” stb.), történetekben nagyon hangsúlyos. A stabil megkapaszkodás veszélybe kerülése és lehetetlensége markánsan vonul végig a jegyzőkönyvben jelezve a frusztrált megkapaszkodásból és labilis kötődésből fakadó belső feszültséget, mely mind a nyugtalan magatartás, mind a tic tünetek háttérben meghúzódik. Réka jegyzőkönyvében többnyire az alapul és kapaszkodásul szolgáló fa, szobor, oszlop stb. eltérése rácseng az élethelyzetében és az anyával való kapcsolatban beállt töréssel is, ahogyan azt az anya is említi. Másrészt a már többször említett frusztrált megkapaszkodást és a kötődési labilitást is jelzi.

Válaszaiban számos, prognosztikailag kedvező, elaboratív jegyet találunk. Ilyen a pozitív érzelmek motiváló és energetizáló szerepe, valamint a megküzdéshez szükséges belső és külső erők megléte („*kiderült, hogy van féke*”, „*a gazdája megöntözte és szép lett*”), azok mozgósítása is. Képzeteiben gy-

kori a *Statikai zavar*, ami a pánikos jellegű szorongás képszerű objektiválódása. A *Feszültségi elaboráció*, mint különleges reakció jelzi, hogy Réka a zavaró feszültséget szemléletessé teszi, tárgyivá, képszerűvé formálja, tehát a zavaró indulatok megszelídítésével fel is dolgozza azokat. Nagyon pozitív belső folyamatra utal ez, magába foglalja az erőfeszítés és az önfegyelem mozzanatát is. A *Kombináció*, mint elaborációs mozzanat szintén kedvező a feladattudat, szabálytudat szempontjából, mivel az értelmi működés szabályozó szerepét mutatja a képzetáramlásban. Mindez jó alapot nyújt a terápiás munkához, melyhez dinamikus Rorschach-történetei is jól felhasználhatóak.

Figyelem célzott vizsgálata – Szék-lámpa teszt

Összteljesítménye 99%. Az elején időnként sort kihagy, majd a kezdeti zökkenőt követően, kissé hullámzó tempóban, egyenletes, jó teljesítményre képes. Az eredmény speciális figyelemzavart nem jelez, ami tovább erősíti annak valószínűségét, hogy a figyelmi nehézség háttérben érzelmi probléma feltételezhető.

Eredmények megvitatása, kérdések megválaszolása

A 6,5 éves ticelő kislány komplex pszichológiai vizsgálata során egy élénk, dinamikus, a személyes figyelmet fokozottan igénylő gyermek képe rajzolódott ki. A belső nyugtalanság és feszültség számos jelét mutatta, ami az anya elmondása alapján kb. fél éve erősödött fel, miután néhány napos kórházi tartózkodás miatt nem tudott mozogni, illetve azt követően, hogy az anya visszament dolgozni, és nem tudta este lefektetni az egyébként „anyás” gyermeket. Ezt követően kezdődtek vokális és motoros tic tünetei (köhécselés, pislogás), továbbá félelmei is felerősödtek, „ijedőssé” vált. A szülővel való beszélgetés, valamint a projektív tesztek adta lehetőség során a családi kapcsolatrendszer néhány egyéb dinamikai

faktora is feltárult. Az emocionális bizonytalanság, a kielégítetlen érzelmi megkapaszkodási igény, és az ambivalens kötődési jelleg markánsan megmutatkozott. Szimbolikusan megjelent az érzelmileg nem kielégítő szülő képe (anya kevesebbet tud vele foglalkozni, illetve tehetetlennek érzi magát gyermeke szertelenségével, dinamikus személyiségével kapcsolatban), a távolítás-közelítés feszültsége, valamint a kielétlen agresszív feszültség, mintegy a tic tünetek intra- és interperszonális háttér dinamikáját mutatva. A tic tünetek lokalizációja (torok és szem) az alkoholproblémával és megvakulással járó szem-betegséggel küzdő nagymamával való tudattalan azonosulás jeleként is értelmezhető.

Az előzőeken túl arra is kerestük a választ, hogy a gyermek milyen megküzdéshez szükséges külső és belső erőforrásokkal rendelkezik. A törődő, a gyermeket támogatni kívánó, a segítséget kérő és elfogadó, a változtatásra nyitott szülői hozzáállás mellett a projektív tesztekben a kislány számos jelét mutatta, hogy feszültségeit, félelmeit, indulatait képes elaboratív módon történetbe, képekbe átültetni. A belső énerő, a küzdés dinamikája, a pozitív kapcsolódási vágy szintén jó alapot jelentenek a pszichoterápiás gyógyulási folyamathoz.

Diagnosztikai megállapítások

A vizsgálatok eredménye alapján a diagnosztikai feltevések közül az alábbiak igazolódtak be:

I.tengely

F95.0 Átmeneti tic zavar

F93.8 Egyéb, gyermekkori emocionális zavar

A vizsgálati eredmények alapján mindenképpen indokolt ezt a kiegészítő kórképet is megadni, mivel a tünet háttérben érzelmi labilitás, szorongásos félelmek húzódnak meg. Enyhébb fokban az enurézis, az éjszakai felriadás és a testvérféltékenység tünetei is fennállnak. Ezek azonban nem olyan markánsak, hogy speciálisabb diagnosztikai kategória megadását indokolnák. A felfokozottság, a túlzott verbális és motoros aktivitást, és az impulzus-

kontroll probléma nehezíti Réka számára a kielégítő kapcsolatok kialakítását, ezért szintén patológiásnak tekinthető.

II. tengely: nincs személyiségzavar és mentális retardáció

III. tengely: D50 Vashiányos anaemia

IV. tengely: Réka életében negatív életeseményt jelent, hogy kb. 1 éve anyja visszament dolgozni, így a korábban intenzív anya-gyermek kapcsolatban törés állt be. A családban a határok és szerepek nem egészen tisztázottak, gyakran összefolynak.

Az optimális szülő-gyermek távolságot és közelséget nehezen alakítják ki, gyakran a két véglet közötti csapongás jellemző. Az anya érzelmkifejezése visszafogott, kissé sivár. Az apai nagyszülő alkoholproblémával küzd, amely napi szintű probléma. A testvérek között a rivalizáció jelei mutatkoznak. Réka nehezen alakít ki kortárskapcsolatokat, azok gyakran konfliktusos jellegűek.

V. tengely: GAF skála 60

Differenciáldiagnózis

A tic tünetekre vonatkozóan Réka esetében nem áll fenn genetikus meghatározottságú betegség, strukturális lézió és myoclonusos epilepszia. Olyan-fajta gyógyszeres kezelést sem kap, melynek mellékhatásaként tic tünetek jelentkezhetnek. Pszichoaktív szer okozta intoxikáció szintén kizárható.

A Krónikus motoros vagy vokális tic (F95.1) és a Kombinált vokális és multiplex motoros tic (Gilles de la Tourette-szindróma) zavar (F95.2) diagnózis sem indokolt, mivel egyrészt a tünetek nem állnak fenn egy évnél tovább, másrészt nem olyan súlyosságúak és komplexek, mint ezeknél a körképknél.

F90.0 A figyelem és aktivitás zavara – noha a beszédészlelés zavara idegrendszeri érintettségre utal, a pszichológiai vizsgálat eredménye alapján a felfokozott viselkedés háttérében érzelmi-dinamikai folyamatok húzódnak meg. Még ha a felsorolt

kritériumokat ki is merítenék Réka tünetei, azonban ezek csupán kb. fél éve jelentkeznek markánsan.

Korlátozások

Egyetlen esettanulmány eredménye és tanulsága természetesen nem elég ahhoz, hogy általános következtetéseket vonjunk le. A tic tünetek háttérében biológiai hajlamtényezők bizonyítottak, azonban pszichológiai szempontból ennek alátámasztása az adott egyénnél nem lehet feladat. A „tisztán” biológiai háttérű eseteknél (főleg ahol korai a kezdet, a tünetek súlyosak, komplexek és elhúzódóak) a pszichodinamikai háttér kevésbé valószínű. Ilyenkor elégséges lehet a tünetekre irányuló gyógyszeres kezelés és viselkedéslélektani elemeken alapuló terápia. Ezeknél az eseteknél az énerősítésre és személyiségfejlődésre irányuló pszichoterápiás beavatkozások inkább a következményes vagy társuló pszichés tünetekre nézve válhatnak indokolttá.

Konklúziók

Az esettanulmányból levont következtetések, még ha általános megállapításokra nem is alkalmasak, az egyedi jellegzetességek bemutatására kiválóan felhasználhatóak. A gyermek életkorát és a feltáró pszichodiagnosztika eredményeit figyelembe véve a terápiás beavatkozásnak nem a tünetekre, hanem a mögöttes intra- és interperszonális feszültség oldására kell irányulnia. Ezt indokolja Réka komplex tünetképződése is, főként az évek során gyakori tünetváltást figyelembe véve. Mindez a dinamikus szemléletű gyermek-pszichoterápiás beavatkozást indokolja. A kislány terápiára való alkalmasságát támasztja alá továbbá, hogy szükséges intelligenciával, a frusztráció-tolerancia, impulzuskontroll és realitás-érzék, az életkorához viszonyított önismeret bizonyos fokával rendelkezik. Réka képes szimbolikus úton, fantáziatévékenységben (rajzban, játékban, történetekben) kifejezni és

megjeleníteni belső tartalmait, szorongásait, konfliktusait, ami a terápiához jó alapot nyújt. (Holder, 1998)

A vizsgálati eredmények alapján a gyermek viselkedéses és tic tünete korai anya-gyerek kapcsolati problémákra vezethető vissza. Ennek mélyebb feltárása és feldolgozása terápiás folyamat során indokolt. A kislány szenvedést okozó félelmeit, szorongását, belső nyugtalanságát oldani szükséges. Noha a diagnosztikai és terápiás alkalmak elkülönülnek egymástól, a gyermekben meginduló változásokat tekintve a diagnosztikai és a terápiás fázis egységet alkot. Már a diagnosztikus alkalmak során is jelentkezett a terápiás hatás (pl. a tünetek oldódtak), ami a projektív tesztekben való megjelenítés elaboratív lehetőségének is köszönhető. De a kapcsolatépítés szempontjából is fontos szakaszt képezett. Szükséges a biztonságot adó kapcsolat további mélyítése, mely Réka számára az intenzíven vágyott érzelmi megkapaszkodás és stabilizálódás lehetőségét nyújthatja. Ezen túl az anya pszichoedukációja, megerősítése is fontos, hogy megfelelően érzékelje és értelmezze gyermeke jelzéseit, ezáltal az anya-gyermek kapcsolat harmonikusabbá, kielégítőbbé, érzelmi biztonságot nyújtóvá válhasson.

Tanácsok szülőknek, nevelőknek

A fenti esettanulmányból is látható, hogy a tic zavarnál bizonyos esetekben nem csupán a tüneti kezeléssel szükséges foglalkozni. Noha ma már tudjuk, hogy a motoros és vokális tic tünetek hátterében biológiai okok is állnak, gyakran a háttérben meghúzódó, triggerként is értelmezhető érzelmi és kapcsolati problémákra is érzékenyen figyelni szükséges. További indok arra nézve, hogy miért ne csupán a manifeszt, látható tünetekkel foglalkozzunk, az magából a családterápiás rendszer-szemléletből fakad: amint az egyik családtag tünete elkezd oldódni, gyakran a beteg környezetéből valaki másnál, rendszerint egy családtagnál bajok

kezdődnek. A család a kibernetikai rendszerhez hasonlóan a dinamikus egyensúly állapotában van: minden eltérés - legyen az akár egy tünet javulása vagy eltűnése - folyamatosan korrigálódik. (Dallos és Procter, 2001) Vagyis ha csupán a felszíni tünetekkel foglalkozunk, a tünet maga máshol törhet felszínre, akár az egyénnél (tünetváltás), akár a rendszeren belül.

A nevelő azzal teszi a legtöbbet, hogy a gyermeket a tüneteivel együtt türelmesen és értő módon elfogadja. Szükséges tudatosítani, hogy a ticeket a gyermek nem szándékosan produkálja, így nem is képes azokat akaratlagosan irányítani, sőt az erre való tudatos odafigyelés még inkább csak fokozhatja azokat. Az otthoni támogató környezet sokat segíthet a tickektel kapcsolatos negatív érzések legyőzésében, és abban, hogy a gyermek érezze, ő is értékes tagja családjának és a társadalomnak. A gyerekek más környezetben gyakran visszatartják ticjeiket, ami igen megterhelő számukra. A család nyújtotta teljes elfogadás érzése meghatározó pontja az egészséges önértékelés kialakulásának. Ha ezt nem kapja meg a gyermek (pl. a ticeles miatt állandó leszidásokban vagy figyelmeztetésben van része), mind a tünetek intenzitása, mind a gyermek önértékelése romlik. A legjobb, ha a tic tünetekre nem reagálnak, viszont figyelmükkel, szeretetükkel, dicsérettel megerősítik a ticmentes időszakot, illetve a kívánatos viselkedésformákat.

A családi légkör, a családtagok közötti kommunikáció jellege is meghatározó. A nyílt, őszinte, odafigyelő kommunikáció nagy jelentőséggel bír. Fontos szempont a család életében jelentkező stressz, feszültség, konfliktus megfelelő oldása, hatékony kezelése (akár pszichológus bevonásával).

Érdeemes megfigyelni a gyermeknél, hogy milyen helyzetben fokozódik a tic tünet (pl. unatkozás, számítógép, fáradtság stb.) és szükséges lehet ezek tudatos átgondolása, lehetőség szerinti elkerülése. A fizikai aktivitás, sport segíthet a belső feszültség oldásában, és hozzájárulhat a megfelelő ellenállóképességhez, önértékeléshez és szocializációhoz.

A szabadidő konstruktív eltöltése és megfelelő strukturálása szintén jótékony hatással bír.

A strukturálás a mindennapok szintjén is fontos. A rendszeresség, az események kiszámíthatósága, a határok, keretek pontos kijelölése és következetes betartatása, a kialakított rutinok fokozzák a biztonságérzetet. Impulzív, szertelenebb, fegyelmetlenebb magatartás esetén a viselkedésformálás eszközei lehetnek: a megfelelő viselkedés jutalmazása, a nem megfelelő viselkedés figyelmen kívül hagyása, szélsőséges esetben a jutalom megvonása. Az utólagos lereagálás helyett szerencsésebb előre felkészülni a gyermek esetleges problémás viselkedésére, és úgy alakítani a környezetet, hogy az minél kevesebb „hibázási lehetőséget” foglaljon magába. Előre átgondolással, megelőző stratégiával szükséges megpróbálni megakadályozni az előfordulást. Ilyen lehet pl. a figyelemelterelés, kivonás a helyzetből, megnyugtatás.

Az önbecsülés kialakításának egyik nagyon fontos szempontja, hogy a szülő megtalálja a kényes egyensúlyt a gondoskodás és a túlféltés között. Ha mindig mindent megpróbál megoldani gyermeke helyett, azzal azt sugallja, hogy őt nem tartja képesnek rá. Néha éppen azzal teszi a legjobbat a gyermekével, ha hagyja, hogy megtanulja, hogyan védheti meg magát, hogyan oldhatja meg konfliktusait, nehézségeit. A tanároknak ezen túl szükséges tudniuk, hogy bizonyos helyzetek, pl. sport, zene, élvezetes elfoglaltság csökkentik a tic tüneteket, míg mások, pl. nyilvános szereplés, teljesítményhelyzet, nyilvános figyelmeztetés fokozzák azokat.

IRODALOM

Amerikai Pszichiátriai Társaság (2013). *DSM-5 referencia-kézikönyv a DSM-5 diagnosztikai kritériumaikhoz. Tíke zavarok*. Budapest: Oriold és Társai Kft. 104-106.

- Argelander, H. (2006). *Az első pszichoterápiás interjú*. Budapest: SpringMed Kiadó Kft.
- Brander, G., Rydell, M., Kuja-Halkola, R., Fernández de la Cruz, L., Lichtenstein, P., Serlachius, E., Rück, C., Almqvist, C., D'Onofrio, B. M., Larsson, H. & Mataix-Cols, D. (2018). Perinatal risk factors in Tourette's and chronic tic disorders: a total population sibling comparison study. *Molecular Psychiatry*, 23, 1189–1197.
- Brander, G., Isomura, K., Chang, Z., Kuja-Halkola, R., Almqvist, C., Larsson, H., Mataix-Cols, D. & Fernández de la Cruz, L. (2019). Association of Tourette Syndrome and Chronic Tic Disorder With Metabolic and Cardiovascular Disorders. *JAMA Neurology*, 76, 454-461.
- BNO-10 *zsebkönyv DSM-IV-TR meghatározásokkal* (2004). Budapest: Animula Kiadó. 163-165.
- CAT *Kézikönyv* (é. n.). OS Hungary.
- Chudal, R., Leivonen, S., Rintalaa, H., Hinkka-Yli-Salomäkia, S. & Sourander, A. (2017). Parental age and the risk of obsessive compulsive disorder and Tourette syndrome / chronic tic disorder in a nationwide population-based sample. *Journal of Affective Disorders*, 223, 101-105.
- Comings, D. E. (2001): *Clinical and Molecular Genetics of ADHD and Tourette Syndrome: Two Related Polygenic Disorders*. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 931, 50-83.
- Dallos, R. & Procter, H. (2001). A családi folyamatok interakcionális szemlélete. In Biró, S. & Komlódi, P. (szerk.). *Családterápiás olvasókönyv*, Budapest: Animula Kiadó, 7-52.
- Dufrene, B. A., Watson, T. S., Echevarria, D. J. & Weaver, A. D. (2013). Effects of tic-related conversation on rate of tics in two siblings. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2, 281-285.
- Feuer, M. (2006). *Gyermekrajzok vizsgálata és értékelése a humánszolgáltatási gyakorlatban és képzésben*. Budapest: ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Főiskolai Kar.

- Gádoros, J. (2009). Tic és Tourette-betegség. In Füredi, J., Németh, A. & Tariska, P. (szerk.). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.. 429.
- Goldenberg, H. & Goldenberg, I. (2008). Áttekintés a családról. I-III. kötet. *Családtérapiás sorozat 19-21*. Budapest: Animula Kiadó.
- Green, D. J., Koller, J. M., Robichaux-Viehoever, A., Bihun, E. C., Schlaggar, B. L. & Black K. J. (2015). Reward enhances tic suppression in children within months of tic disorder onset. *Developmental Cognitive Neuroscience*, 11, 65-74.
- Herczeg, I. (2008). Tikbetegség. In Vetró, Á. (szerk.). *Gyermek- és ifjúságpszichiátria*. Budapest: Medicina Könyvkiadó, 253-260.
- Hirschtritt, M. E., Lee, P. C., Pauls, D. L., Dion, Y., Grados, M. A., Illmann, C., King, R. A., Sandor, P., McMahon, W. M., Lyon, G. J., Cath, D. C., Kurlan, R., Robertson, M. M., Osiecki, L., Scharf, J. M. & Mathews, C. A. (2015). Lifetime Prevalence, Age of Risk, and Genetic Relationships of Comorbid Psychiatric Disorders in Tourette Syndrome. *JAMA Psychiatry*. 72, 325-333.
- Hoffer, É. (1995). A tik. In Gerő, Zs. (szerk.). *A gyermek-pszichoterápia elmélete és gyakorlata*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó, 263-275.
- Holder, A. (1998). Pszichoanalitikus gyermekterápia. In Petzold, H. & Ramin, G. (szerk.) *Gyermek-pszichoterápia*. Budapest: Osiris Kiadó. 13-27.
- Ido, L., Ori, G. & Gad, M. (2019). Bupropion-Related Exacerbation of Tic Disorder in an Adult. A Case Report. *Clinical Neuropharmacology*, 42, 19.
- Johnson, M. H. (2012). Executive function and developmental disorders: the flip side of the coin. *Trends in Cognitive Science*, 16, 454-457.
- Khalifa, N. & von Knorring, A. L. (2003). Prevalence of tic disorders and Tourette syndrome in a Swedish school population. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 45, 315-319.
- Khalifa, N. & von Knorring, A. L. (2005). Tourette syndrome and other tic disorders in a total population of children: clinical assessment and background. *Acta Paediatrica*, 94, 1608-1614.
- Klaniczay, S. (1999). *Esetek a gyermekpszichoterápia területéről*. Budapest: Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Tanárképző Főiskola.
- Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N. & Pringsheim, T. (2012). Prevalence of Tic Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Pediatric Neurology*, 47, 77-90.
- Leckman, J. F. (2002). *Tourette's syndrome*. The Lancet, 360, 1577-1586.
- Leivonen, S., Scharf, J. M., Mathews, C. A., Chudal, R., Gyllenberg, D., Sucksdorff, D., Suominen, A., Voutilainen, A., Brown, A. S. & Sourander, A. (2017). Parental Psychopathology and Tourette Syndrome/Chronic Tic Disorder in Offspring: A Nationwide Case-Control Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56, 297-303.
- Mansdorf, I. J. (2001). Tic Disorders. In Ammerman, R. T. & Hersen, M. (Eds.). *Handbook of Child Behavior Therapy in the Psychiatric Setting*. New York: John Wiley & Sons Inc., 323-340.
- Mataix-Cols, D., Isomura, K., Pérez-Vigil, A., Chang, Z., Rück, C., Larsson, K. J., Leckman, J. F., Serlachius, E., Larsson, H. & Lichtenstein, P. (2015). Familial Risks of Tourette Syndrome and Chronic Tic Disorders. A Population-Based Cohort Study. *JAMA Psychiatry*. 72, 787-793.
- McGuire, J. F., Arnold, E., Park, J. M., Nadeau, J. M., Lewin, A. B., Murphy, T. K. & Storch, E. A. (2015). Living with tics: Reduced impairment and improved quality of life for youth with chronic tic disorders. *Psychiatry Research*, 225, 571-579.
- Mérei, F. (2002). *A Rorschach-próba*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Moe, B. (2000). *Coping with Tourette Syndrome and Tic Disorders*. New York: The Rosen Publishing Group.

- Mórotz, K. & Perczel Forintos, D. (szerk.) (2005). *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Rt.
- Neal, M. & Cavanna, A. E. (2013). „Not just right experiences” in patients with Tourette syndrome: Complex motor tics or compulsion? *Psychiatry Research*, 210, 559-563.
- Nemes, L. (2000). *Benniünk élő gyermeke*. Budapest: Filum Kiadó.
- Nomoto, F. & Machiyama, Y. (1990). An epidemiological study of tics. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 44, 649-655.
- Perczel-Forintos, D. (szerk.) (2018). *Kérdővek, becslések a klinikai pszichológiában*. Budapest: Semmelweis Kiadó, 293-296.
- Polcz, A. (1999). *Világjáték*. Budapest: Pont Kiadó.
- Quakely, S., Coker, S., Palmer, K. & Reynolds, S. (2003). Can children distinguished between thoughts and behaviors? *Behavior Cognitive Psychotherapy*, 31, 159-168.
- Ranschburg, J. (1998). *Pszichológiai rendellenességek gyermekkorban*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó.
- Reese, H. E., Vallejo, Z., Rasmussen, J., Crowe, K., Rosenfield, E. & Wilhelm, S. (2015). Mindfulness-based stress reduction for Tourette syndrome and chronic tic disorder: A pilot study. *Journal of Psychosomatic Research*, 78, 293-298.
- Robertson, M. M. (1989). The Gilles de la Tourette-syndrome: the current status. *British Journal of Psychiatry*, 154, 147-169.
- Scahill, L., Specht, M. & Page, C. (2014). The prevalence of tic disorders and clinical characteristics in children. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 394-400.
- Snider, L. A., Seligman, L. D., Ketchen, B. R., Levitt, S. J., Bates, L. R., Garvey, M. A., Swedo, S. E. (2002). Tics and problem behaviors in schoolchildren: prevalence, characterization, and associations. *Pediatrics*. 110, 331-336.
- Sukhodolsky, D. G., Woods, D. W., Piacentini, J., Wilhelm, S., Peterson, A. L., Katsovich, L., Dziura, J., Walkup, J. T. & Scahill, L. (2017). Moderators and predictors of response to behavior therapy for tics in Tourette syndrome. *Neurology*, 88, 1029-1036.
- Sun, N., Nasello, C., Deng, L. Wang, N., Zhang, Y., Xu, Z., Song, Z., Kwan, K., King, R. A., Pang, Z. P., Xing, J., Heiman, G. A. & Tischfield, J. A. (2018). The PNKD gene is associated with Tourette Disorder or Tic disorder in a multiplex family. *Molecular Psychiatry*, 23, 1487-1495.
- Süle, F. (1998). A „Fa-rajz” teszt. In Mérei, F. & Szakács, F. (szerk.). *Pszichodiagnosztikai Vademecum II./2*. Budapest: Nemzeti Tankönyvkiadó, 89-148.
- Swedo, S. E. (2002). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections (PANDAS). *Molecular Psychiatry*, 7, 524-525.
- Tárnok, Zs. (szerk.) (2009). *Tic-taktika*. Budapest: Akadémiai Kiadó.
- Tárnok, Zs. & Bognár, E. (2015). Tik-zavarok. In Balázs, J. & Miklósi, M. (szerk.). *A gyermek- és ifjúkor pszichés zavarainak tankönyve*. Budapest: Semmelweis Kiadó. 76-81.
- Tihanyiné Vályi, Zs. (2013). *Amiről a gyermekrajzok beszélnek*. Szeged: JATEPress.
- Walkup, J. T., Ferrão, Y., Leckman, J. F., Stein, D. J. & Singer, H. (2010). Tic disorders: some key issues for DSM-V. *Depress Anxiety*, 6, 600-610.
- Watson, T. S., Howell, L. A. & Smith, S. L. (2006). Behavioral Interventions for Tic Disorders. In Woods, D. W. & Miltenberg, R. G. (Eds). *Tic Disorders, Trichotillomania, and Other Repetitive Behavior Disorders*. New York: Springer, 73-96.
- Woods, D. W., Himle, M. B. & Osmon, D. C. (2005). Use of the Impact on Family Scale in Children with Tic Disorders: Descriptive Data, Validity, and Tic Severity Impact. *Child and Family Behavior Therapy*, 27, 11-21.