

RANSCHBURG JENŐ

MTA Pszichológiai Intézete, Budapest

Egy új tudományág (a fejlődési pszichopatológia) születéséről¹

Egészen a hetvenes évekig, a pszichológia új ágai egyfajta differenciáció eredményeként jöttek létre; az adott terület — kialakítván saját szemléletét és módszertanát — levált a pszichológia „tömbjéről” és szeparált, autonóm tudományággá alakult. Így bontakoztak ki a pszichológia klasszikus szubdiszciplínái, a szociálpszichológiától egészen a humán etológiáig. Napjainkban azonban sajátos integrációs folyamatok szemtanúi lehetünk: egyes tudományok vagy tudományágak elkülönülten felhalmozott ismeretanyagai bizonyos pontokon összetalálkoznak, és olyan interdiszciplináris tudományágak kialakulását teszik lehetővé, melyek éppen a szemléleti és módszertani integráció révén jutnak el új tudományos felismerésekhez. Ilyen tudományág például a pszichobiológia, melyről nemrég a Janus című pécsi folyóirat közölt színvonalas tanulmányt (BERECZKEI, 1987) és vitát, de ilyen a fejlődési pszichopatológia is, melyet — néhány magyar nyelvre fordított angol és amerikai tanulmány révén — az alábbiakban kívánunk bemutatni az olvasónak.

A fejlődési pszichopatológia — *nomen est omen* — az „akadémikus” fejlődéslélektan, valamint a „gyakorlati” klinikai pszichológia és pszichiátia integrációja. E két tudományág kombinációja az első pillanatban képtelen gondolatnak tűnik — mindenekelőtt azért, mert a fejlődéslélektan az organizmus egészséges működésével foglalkozik, a patológia pedig a kóros megnyilvánulásával. Ez az ellentmondás azonban látszólagos csupán. Régen tudjuk már, hogy a kóros jelenségek tanulmányozása hozzásegít bennünket az egészséges működés alaposabb megismeréséhez, és fordítva: az egészséges funkciók vizsgálata, ismerete nélkülözhetetlen a patológiás folyamatok feltárása során (RANSCHBURG, 1987). A pszichoanalízis nem is húz éles határvonalat a kóros és az egészséges lelki folyamatok között. Ha olvassuk FREUD (1976),

¹ A tematikus szám kéziratai közlésre elfogadva: 1989. február vége

ANNA FREUD (1946) vagy ERIKSON (1950) munkáit, vitathatatlan tényként fogadhatjuk el CICCHETTI (1984) megállapítását: „Ezek a kutatók a pszichopatológiát egyfajta nagyító tükörnek tekintették, amelyben az egészséges pszichológiai folyamatok jobban megfigyelhetők.” (l. m. 2. o.).

A hagyományos, „akadémikus” fejlődéslélektan és a klinikai pszichológia kutatási módszerrel is nehezen egyeztethetők össze. A klinikus „vizsgálati személye” a „beteg”, míg a fejlődépszichológusnál — ha egyáltalán foglalkozik beteg emberrel — a „beteg” is „vizsgálati személyé” válik. A klinikus adatai a betegről felvett interjúból, anamnézisből, tesztekéből származnak, az esetelemzés számára minden fontos lehet, amit a beteg önmagáról szóban vagy más formában elmond. A klasszikus fejlődépszichológia művelője viszont szigorú tudományos — vagy annak vélt — feltételekkel dolgozik: kísérletében csak egyetlen változó lehet ismeretlen, az összes többit ellenőriznie kell. Napjainkban ezek a módszertani különbségek már korántsem ennyire élesek, mégis úgy vélem, szerepet játszanak abban, hogy a fejlődéslélektan és általában a pszichológia „akadémikus” diszciplínáiban, valamint a klinikumban is meglehetősen élesen elkülönülnek egymástól. A klinikusok szerint a kutatók elefántcsont toronyban élve, életidegen témákon dolgoznak, életidegen helyzetben, míg a kutatók nemegyszer szakmai képzetlenséggel, sőt, sarlatánsággal vádolják gyógyító munkájukat tevékenykedő kollégáikat. Ki kell mondanom, hogy éppen a diszciplínák izolált helyzete miatt, mindkét állításban rejlik némi igazság. Míg a kutatókkal valóban előfordul, hogy hátat fordítanak azoknak az igényeknek, melyeket a társadalom sajátos helyzete a pszichológiával szemben támaszt, a klinikusok — akik úgy gondolják, hogy a munkájukhoz szükséges akadémikus ismeretek menet közben, „balkézrőli” is elsajátíthatók — esetenként ezekben az ismeretekben feltűnően járatlanoknak mutatkoznak.

A pszichológia fejlődését, eredményességét súlyosan akadályozó szakmai előítéleteket nem könnyű leküzdeni. Pedig tagadhatatlan, hogy a klinikai pszichológia „par excellence” fejlődéselvű diszciplína, hiszen a diagnosztikában és a terápiában egyaránt nélkülözhetetlen kauzalitás időben struktúrált megközelítést igényel. Különösképpen igaznak látszik ez az állítás az analitikus terápia esetében, mely a lelki betegségek okát a kora gyermekkori tapasztalatokban keresi. (Rapaport már 1960-ban tanulmányt írt A pszichoanalízis mint fejlődéslélektan címmel.) Ugyanakkor a klasszikus pszichopatológia fejlődésmodellje — mint erre CICCHETTI (1984) rámutat — úgynevezett „orvosi modell”, mely a virchow-i betegség koncepciónak megfelelően, a kóros megnyilvánulás okát egyetlen — az organizmus homeosztázisát megzavaró — tényezőben véli felismerni. Talán mondani is szükségtelen, hogy elsősorban Freud és a pszichoanalízis rendkívüli hatásának köszönhetően, ez a gondolat nem a biológia, hanem a hidraulika és a dinamika terminológiájának alkalmazásával került be a klinikai pszichológia elméletébe és gyakorlatába. Ennek megfelelően a pszichopatológia fejlődésmodelljévé egyfajta „fő hatás”-modell vált, melynek lényege az, hogy a kóros megnyilvánulás egyetlen olyan konfliktus következménye, melyet az egyénnek élete során nem sikerült megoldania.

A patológia „fő hatás”-modelljének kibontakozása idején az „akadémikus” fejlődéslélektanra a behaviorizmus „környezeti” modellje gyakorolta a legnagyobb hatást. WATSON (1929), HULL (1943), SKINNER (1953) elméletének

e végsőkéig leegyszerűsített változatában az egyén viselkedése, fejlődése a környezet megerősítő ingerelnek — a jutalmazásoknak és a büntetéseknek — közvetlen következménye. Úgy gondolom, senkit sem lep meg, hogy az analitikus „fő hatás” és a viselkedéslélektani „környezeti” modell eredeti formájában semmiképpen sem látszott összeegyeztethetőnek. Mégis, az évek, évtizedek során, e két modell bővülése, komplexebb válása vezetett el egy olyan interakciós fejlődésmodell kialakulásához (LEWIS, 1972, SAMEROFF és CHANDLER, 1975), mely a fejlődést az egyén képességei és a környezeti feltételek kölcsönhatásában írja le (lásd részletesen LEWIS, 1988b) és amely a fejlődéslélektan, valamint a pszichopatológia számára egyaránt elfogadható.

Az interakciós fejlődésmodell volt tehát az a „közös platform”, melyen a fejlődéslélektan és a pszichopatológia elméleti szintű összekapcsolódása megvalósulhatott. A fejlődési pszichopatológia kibontakozását azonban továbbra is akadályozta a két diszciplína eltérő szemlélete. A pszichopatológia ugyanis retrospektív szemléletű tudomány, vagyis az okozat — a kórkép — ismeretében próbálja levezetni azokat az interaktív folyamatokat, melyek révén a rendellenesség kialakul. A fejlődéslélektan szemlélete ezzel szemben egyre inkább prospektív: úgy halad a születés pillanatától a felnőtt kor felé, hogy nincs előzetes tudása arról: káros személyiségalakulást követ-e nyomon, vagy egészségeset. Ez a szemléleti eltérés természetesen a két diszciplína eltérő jellegéből fakad, és semmi gondot nem okoz, amíg mindkettő megmarad a saját hatáskörében. A kutatómunkában azonban ez a látszólag ártatlan szemléleti különbség egymásnak ellentmondó adatokhoz, eredményekhez vezethet. Ha például a klinikus megvizsgál tíz agresszív gyermeket, és az anamnéziséből megállapítva, hogy a tízből kilencnek az apja is agresszív volt, könnyen arra a következtetésre jut, hogy az agresszív gyermekeket 90%-ban agresszív apa neveli. Ha viszont a fejlődéspszichológus nyomon követ harminc gyermeket, akik közül tizenötnek agresszív, tizenötnek pedig gondoskodó, békés természetű apja van, néhány év elteltével a következőt találja: az első csoportból kilenc, a másodikból pedig egy gyermek mutat agresszív viselkedéssjegyeket. Valójában ugyanarról a tíz gyermegről van szó, aki a klinikusnál megjelent, mégis, a prospektív szemlélet alapján azt kell mondanunk: az agresszív apáknak „csak” 60%-a nevel fel agresszív gyermeket, 40% -a nem. Persze kétségtelen, hogy a 60% is szignifikáns — különösen, ha a másik csoport alig 7%-os eredményéhez viszonyítjuk — a retrospektív, illetve a prospektív szemlélettel nyert eredmény azonban feltűnő és elgondolkodtató eltérést mutat. Mellesleg szólván: a kutatók számára külön problémát jelent az a hat gyermek, akik az erőszakos apa jelenlétében sem váltak agresszívvá. Miért nem? Ha az adott környezeti feltétel kilenc gyermeknél agresszív vitához vezetett, miért volt hatástalan a többinél? És miért vált agresszívvá a másik csoportból egy gyermek, amikor a csoport hasonló körülmények között élő többi tagja nem mutatott ilyen viselkedéssjegyeket? Az olvasó e válogatás empirikus cikkeinek (Zahn-Waxler, Lewis, McCabe tanulmányaival gondolok) alapján könnyen megállapíthatja, hogy a fejlődési pszichopatológia pontosan ilyen jellegű kérdésekre keres választ. Ugyanakkor az olyan prospektív kutatások, melyek ezekre a kérdésekre feleletet adhatnak, nehézkesek és rendkívül költségesek — nagy elemszámú, longitudinális vizsgálatok, melyek során a kutató mintegy „kivárja”, amíg a mintán belül ösz-

szezhasonlító statisztikai elemzésekhez elegendő mennyiségben jelennek meg azok a viselkedéssjegyek, melyeknek részletesebb megismerése céljából a kutatást elindította (RANSCHBURG, 1986; HORVÁTH, 1987; LEWIS, 1988a).

Kerültem eddig a szót, most azonban kimondani kényszerülök: tagadhatatlan, hogy valamennyi prospektív szemléletű kutatás célja a predikció. A fejlődési pszichopatológia — mint ez Sroufe és Rutter e folyóiratszámában közölt definíciójából is könnyen kiolvasható — tulajdonképpen azzal a céllal jött létre, hogy megvalósítsa a pszichológia nagy álmát: lehetővé tegye, hogy meghatározott kora viselkedéselemek és környezeti feltételek esetén a kóros személyiségfejlődés biztonsággal megelőzhető legyen. (Ehhez a célhoz természetesen az is hozzátartozik, hogy a biztos predikció esetén időben felállíthatók azok a feltételváltozások is, melyeknek segítségével a patológiás kép megjelenése elkerülhető.) A kérdés most tehát az: megvalósítható-e ez a cél? Lehetséges-e, hogy egy-egy gyermeknél pontosan tudjuk, hogy szkizofrén lesz, mániás-depressziós vagy pszichopata, akkor, amikor viselkedésében — látszólag — mindennek még semmi nyoma nincs? A kérdés — a fejlődési pszichopatológia összetételéhez illően — elméleti, „akadémikus” és praktikus, tapasztalati oldalról is megközelíthető. A teoretikusok általában meglehetősen korlátozottan tartják a tudomány predikciós lehetőségét (HEISENBERG, 1962). Mivel az emberi élet folyamatában a bizonytalanság fokozottabban érvényesül, mint például a fizikában, elképzelhető, hogy a humán predikció elméletileg is gondot okoz. A pozitívista gondolkodás szerint a történeti szemlélet nem egyéb mint pusztán illúzió, hiszen „valódi” történelem nem létezik, annak mindig csak valamilyen rekonstrukciója valóságos (FAULKNER és WILLIAMS, 1985). Ami pedig a predikciót illeti — hiszen, ha a jövő „történetét” from le, még kockázatosabb rekonstrukciót hajtok végre, mint ha a múltat — „... elvben ilyen cél minden tudomány, különösképpen pedig a humán tudomány számára lehetetlen.” (l. m. 1186. o.) A klasszikus pszichoanalízis — retrospektív szemléletének megfelelően — elutasítja a predikció lehetőségét. (Sroufe és Rutter válogatásunkban szereplő tanulmánya idézi is Freudtól a megfelelő passzust.) Freudot a fejlődés hihetetlen komplexitása tette szkeptikussá a predikciót illetően, és véleményem szerint ugyanezt a gondolatot — bár némiképpen a sorok közé rejtve — megtaláljuk a modern fejlődéslélektanban is. Mint említettem, az Interakciós fejlődésmodell reciprok kauzalitás (OVERTON és REESE, 1973) elvének megfelelően működik, ami azt jelenti, hogy e modellben a fejlődés állandó Interaktív folyamat eredménye, melynek során az egyén alkalmazkodik változó környezetéhez, de egyben visszahat rá, alakítja is azt. E modell szellemében teljesen lehetetlen a fejlődést kizárólag Intrinsic vagy kizárólag extrinsic változók ismeretében leírni; folyamatos kölcsönhatásról lévén szó, a fejlődés kizárólag a két tényező ismeretében érthető meg. Ebből a gondolatból nyilvánvalóan következik, hogy a predikció csaknem teljesen lehetetlen, hiszen az egyén jövőbeni környezeti feltételei nem kiszámíthatók. (Gondoljunk például balesetre, vagy egyéb fizikai és lelki megrázkódtatásokra, melyek — előre nem látható módon — a személyiségfejlődés alapvető módosulásához vezethetnek.)

Mindennek ellenére a fejlődéslélektan és a fejlődési pszichopatológia megpróbálkozik a predikcióval, méghozzá — amennyire ez lehetséges — az Interakciós modell megőrzésével. Vegyük például John Bowlby (1969) „attach-

ment teóriá"-ját (RANSCHBURG, 1984). Az elmélet szerint a koral anya—gyermek kapcsolat egy életen át meghatározó tényező a gyermek alkalmazkodási szintjében, készségében. A ragaszkodás biztonsága, amit a gyermek az első életév végén mutat, annak az Interakciónak az eredménye, ami anya és gyermeke között az első hónapok során zajlott (AINSWORTH, 1973). Az élet legelső időszakában tehát a fejlődést valóban az egyén és a környezet kölcsönhatása határozza meg; a gyermek, veleszületett és tanult jelzőfunkciót segítségével (sírás, mosoly, gagyogás stb.) „provokálja” az anyát a megfelelő környezeti feltételek megteremtésére. Ha az anya ezeket az igényeket hiánytalanul megvalósítja, körülbelül egy éves korra létrejön a „biztonságos kötődés”, mely a továbbiakban mint tulajdonság funkcionál, azaz: Interakcióba léphet a környezettel, de semmiféle külső hatásra nem változik meg. Ebben a megközelítésben a „biztonságos kötődés” egyfajta védelmet biztosít a gyermek számára, és a pszichopátiás személyiségfejlődés éppen a negatív környezeti feltételek, valamint a „biztonságos kötődés” védelmében nem részesülő gyermek Interakciójában értelmezhető. Az olvasó az alábbiakban Lewis és munkatársai tanulmányában találja meg ennek a gondolatnak a kibontását. A kutatók ugyanis azt találták, hogy a „biztonságosan kötődő” csecsemők a későbbiekben ellenálltak a stresszhatásoknak, míg a többiek közül azok, akik negatív környezeti feltételek között éltek, nagyobb arányban mutattak patológiás tüneteket, mint a stressz-mentes környezetben nevelkedők. Tehát a „biztonságosan kötődő” gyermekek nem mutattak kóros tüneteket akkor sem, ha stresszkeltő környezetben éltek, míg a „bizonytalanul kötődő” gyermekeknél — a későbbi környezeti ártalmak következtében — magatartási zavarok jelentkeztek. A modell lényege tehát az, hogy a koral szülő—gyermek kapcsolat eredményeként a gyermekben olyan tulajdonságok alakulnak ki, melyek ellenállóvá teszik őt a környezet stressz hatásával szemben. A „sebezhetőség—sebezhetetlenség” („vulnerability—invulnerability”) fogalmait alkalmazva, a kutatók egy része (RUTTER, 1980, 1981; GARMEZY, és mts., 1984) ezt a mechanizmust alkalmazza annak a jelenségnek a magyarázatára, hogy a súlyosan veszélyeztetett gyermekek egy részének személyiségfejlődésében nem mutathatók ki patológiás vonások.

Más kutatók úgy vélik, hogy a patológiás személyiségfejlődés okát a gyermek veleszületett karakterisztikumai és a környezeti igények összeilleszthetlenségében kell keresnünk. A modellt elsőként Thomas és Chess írta le 1977-ben, a gyermek veleszületett temperamentum-jellemzőivel kapcsolatban. Tételezzük fel, hogy egy aktív, „temperamentumos” gyermek olyan családban születik, mely úgy véli, hogy egy fiúnak zajosnak, mozgékornak, élénknek kell lennie. Ebben az esetben a veleszületett temperamentum és a környezet igényei „jó illeszkednek” (a modellt egyébként a „jó illeszkedés” — „goodness of fit” — modelljének nevezik), magatartási zavarok nem jelentkeznek. Ha viszont hasonlóan aktív gyermek a csendes, visszahúzódozó magatartást értékelő szülők mellett nevelkedik, komoly alkalmazkodási problémák jöhetnek létre. A „jó illeszkedés” modellje tehát azt tételezi, hogy a patológiás jegyek a tulajdonság és a környezet össze nem illésének a következményei, és így — annak ellenére, hogy kétségtelenül Interakciós modelltől van szó — a predikciónak figyelemre méltó lehetőségével rendelkezik.

A gyakorlati kutatómunka természetesen nem törekszik arra, hogy eredményeit valamiféle elméleti modellbe gyömoészölje. Számára a predikció lényegében igen egyszerű kérdés formájában jelentkezik: kimutatható-e folyamatosság — kontinuitás — a fejlődésben, azaz van-e összefüggés a gyermekkorai magatartási zavarok és a felnőtt kori kóros megnyilvánulások között? A kutatók a leghatározottabb folyamatosságot az antiszociális viselkedés követése során találják meg. ROBINS (1966) például négy longitudinális vizsgálat alapján mutatta ki, hogy a felnőtt antiszociális viselkedést szinte mindig hasonló gyermekkorai viselkedés előzi meg. Legfontosabb következtetései: 1. A felnőtt antiszociális viselkedés szinte elképzelhetetlen hasonló gyermekkorai tünetek nélkül. 2. Ugyanakkor sok antiszociális gyermekből nem válik antiszociális felnőtt. 3. A gyermekkorai antiszociális magatartás bármilyen más viselkedésnél jobb prediktora az antiszocialitásnak. 4. A gyermekkorai viselkedés alapján nagyobb eséllyel következtethetünk a felnőtt antiszocialitásra, mint a családi háttér vagy a szociális osztály alapján, melyben az egyén nevelkedett. 5. A szociális osztály jelentéktelen szerepet játszik a súlyos antiszociális viselkedés predikciójában (ROBINS, 1978). Látható tehát, hogy a prospektív és a retrospektív szemlélet eltérő adatai itt is megjelennek: visszafelé sokkal meggyőzőbb az antiszociális magatartás kontinuitása, mint előre felé. Robins kutatásai (más vizsgálatokkal együtt) megerősítik azt a feltételezést, hogy a súlyos antiszociális magatartás pszichopátiás személyiség-jellemzői (agresszivitás, impulzivitás, a közvetlen öröm gátlástalan keresése, a konvencionális szociális korlátok hiánya) már gyermekkorban kimutathatók, és elkísérik az antiszociális személyt az egész életén át.

Az antiszociális magatartás tehát korán megjelenő és az egyén életében folyamatosan jelen levő tünetegyüttes. Más a helyzet azonban például a szkizofréniánál, hiszen ez a kórkép soha nem jelenik meg a késői serdülőkor előtt. Ugyanakkor a longitudinális vizsgálatok arra utalnak, hogy vannak olyan gyermekkorai magatartásformák, melyek a sok évvel később kibontakozó szkizofréniára előfutárainak tekinthetők. Interperszonális kapcsolatokban ezekre a gyermekekre nem annyira a visszahúzó hatás, mint inkább az izoláció és valami furcsa bizarrság (oddity) jellemző. A fiúknál mindemellett negativisztikus, antiszociális agresszív figyelem is megfigyelhető, mely jól körülírhatóan különbözik minden más antiszocialitástól: kizárólag az otthonon belülre korlátozódik. A lányok viszont inkább félénkek, introvertáltak, feltűnően engedelmesek (RUTTER, 1980; HANSON és mts., 1976). Érdekes, hogy a szkizofréniára prediktorainak tekintetében más kutatók (MEDNICK és mts., 1978) is markáns különbséget találtak a fiúk és a lányok között. Mednick nevezetes koppenhágai longitudinális vizsgálatában a férfiaknál a perinatális komplikáció, a csecsemőkorai intézeti nevelés és a hiperszenzitivitás voltak a később kibontakozó szkizofréniára közös előzmények, míg a nőknél nem találták a „prediktív triász” nyomát. A szkizofréniás szülők gyermekeinél — függetlenül attól, hogy maguk szkizofrénekké válnak-e vagy nem — a kutatók rendkívül konzisztens — a hangjelek, zajok hiányos diszkriminációjában megnyilvánuló — figyelem-deficitre bukkantak. A jelenség annyira karakterisztikus, hogy a figyelemnek ezt a sajátosságát szkizofréniás anyák nevelőszülőknél nevelkedő gyermekeinél, valamint krónikus szkizofréniás betegekénél is megtalálták (ASARNOW és MCCRIMMON, 1978). Mindez azt sejte-

ti, hogy „... a genetikailag determinált figyelem-deficit implikált a szkizofréria eredetében” (RUTTER és GARMEZY, 1983). A kutatók hangsúlyozzák, hogy a szkizofréria eddig feltárt magatartásbelli „előfutár” nem eléggé jellegzetesek és körülhatároltak ahhoz, hogy diagnosztikai szinten — tehát egy adott gyermek esetében — a „preszkizofrén állapot” meghatározható legyen. Ugyanakkor ma már teljes joggal állítható, hogy a szkizofréniát megelőző gyermekkori viselkedésminták nem csak az egészségestől, de más mentális rendellenességek predikciójára alkalmas viselkedésmintáitól is különböznek.

Kontinuitás vagy diszkontinuitás? Valaha úgy képzeltük, hogy ez a két fogalom kölcsönösen kizárja egymást, és a tudománynak előbb-utóbb el kell döntenie, hogy az ontogenezisben a darwini fokozatosság elve érvényesül-e, vagy többé-kevésbé előreláthatatlan minőségi ugrások jellemzik, melyek lehetetlenné teszik a predikciót. A tapasztalatok azonban — mint annyszor — itt is a kompromisszumok irányába mutatnak. Nem véletlenül választottam az antiszociális magatartás és a szkizofréria fejlődépszichopatológiai kutatásának bemutatását. Az első pillanatban mindkét terület a kontinuitás drámai erejét mutatja; az antiszociális személyiségről például szinte mindig kiderül, hogy már gyermekkorában is hasonló tulajdonságokat és viselkedésszerűségeket mutatott. A szkizofréria esetében azonban még meglepőbb összefüggéseket fedezhetünk fel. Hiszen a betegség legfontosabb tüneteinek — hallucináció, paranoid vonatkoztatások — a gyermekkorban nyomát sem találjuk, ugyanakkor felfedezünk olyan gyermekkori viselkedésformákat, tulajdonságokat, melyek a később kibontakozó betegségnek mintegy „előfutár”. Tehát a fejlődés folyamatossága még a látszólag egyértelmű diszkontinuitás mögött is felismerhető. Ugyanakkor ez a két terület mutatja azt is, hogy a kontinuitás és a diszkontinuitás lényegében egyszerre, egy időben jelennek meg a fejlődés során, és végső soron nézőpont kérdése, hogy éppen melyiket hangsúlyozzuk. Említettem, hogy az összefüggések mindig határozottabbak retrospektív, mint prospektív megközelítésben. Ez azt jelenti, hogy nem minden antiszociális gyermekből lesz pszichopata felnőtt, és nem minden bizarr, negativisztikus, ott-hona felé agresszív fiú válik szkizofrénné. Vannak tehát esetek, amikor a patológia tünetegyüttesek kontinuitása nem érvényesül, és szóltam már arról, hogy a sajátos diszkontinuitás okainak felderítése a fejlődési pszichopatológia egyik legfontosabb feladata. A másik tényező, amit tekintetbe kell vennünk ebben a kérdéskörben, az, hogy az adott tulajdonság vagy viselkedés kontinuitását — időbeni folyamatosságát — nem szabad összetévesztenünk a stabilitásával, ami azt jelenti, hogy az adott tulajdonság tekintetében az egyén, másokhoz viszonyítva, tartósan ugyanazt a pozíciót foglalja el (RUTTER és GARMEZY, 1983). Tehát elképzelhető, hogy az egyén antiszociális aktivitása jelentősen csökken, ugyanakkor társaihoz, környezetéhez viszonyítva továbbra is antiszociálisnak minősül. Végül, de nem utolsósorban: a kontinuitás fogalma egyáltalán nem jelenti azt, hogy az egyén fejlődése az élet legkorábbi szakaszától kezdve determinált. A kutatók szerint az egyes viselkedésminták, tulajdonságok idői keresztmetszete lazán összefonódó láncszemekként képzelhető el, melyek a jól időzített intervenciónak rendszerint nem képesek ellenállni.

A fejlődési pszichopatológia allg tizenöt éves múltra tekinthet vissza, tehát a tudományok fejlődése szempontjából talán még ki sem nőtt az újszülött korból. Tudomásom szerint a „fejlődési pszichopatológia” kifejezést Thomas M. Achenbach, a Kanadai Vermont Egyetem kutatója használta először, 1974-ben megjelent úttörő szemléletű könyvének címeként, de a brit Rutter még 1980-ban is fejlődési pszichiátriának nevezte. (Az általa szerkesztett könyv címe: *Scientific foundations of developmental psychiatry*.) Ahhoz képest, hogy milyen fiatal tudomány, a fejlődési pszichopatológia számos figyelemre méltó eredményt, és kiemelkedő képességű, az egész világon elismert kutatókat tudhat a magáénak. E területen dolgozik a már említett Michael Rutter, a Londoni Egyetem Pszichiátriai Tanszékének professzora, aki a korai depriváció és az autizmus kutatásával alapozta meg az új tudományág elismerését, Alan Sroufe és Norman Garnezy, a Minnesotal Egyetem kutatói, akik egyrészt a korai alkalmazkodás, másrészt a veszélyeztetettség longitudinális vizsgálata során kísérelték meg a fejlődés általános törvényszerűségeinek feltárása mellett az individuális különbségek megismerését, Michael Lewis, a New Jersey Orvosegyetem Fejlődéslélektani Intézetének vezetője, aki a korai anya—gyermek kapcsolat kutatásában, és S. A. Mednick, a Dél-Californiai Egyetem professzora, aki koppenhági longitudinális mintákon a kriminalitás és a szkizofrénia vizsgálata során ért el feltűnő, további kutatómunkára ösztönző eredményeket.

A mai fejlődéslélektan legrangosabb folyóirata, a *Child Development*, 1984. évi első száma teljes egészében a fejlődési pszichopatológiával foglalkozik. A beküldött kilencvenöt tanulmányból a Szerkesztőség huszonnégyet fogadott el közlésre, melyek a tudományágnak valóban kiemelkedő darabjai. Magam a *Child Development*-ben megjelent cikkekből, valamint M. Rutter: *Scientific foundations of developmental psychiatry* (Heinemann Medical, London, 1980) című kötetéből válogattam. Az volt a célom, hogy az olvasó betekintést nyerjen a fejlődési pszichopatológia elméleti és gyakorlati munkásságába, valamint egy összefoglaló-áttekintő (review) tanulmány révén egy meghatározott kutatási részterület eredményeibe. Őszintén remélem, hogy az olvasó hasznosnak ítéli majd vállalkozásunkat.

Befejezésül szeretném megköszönni a *Child Development* Szerkesztőségének, valamint a tanulmányok Szerzőinek, hogy a fordításhoz és a magyar nyelvű közzétételhez készséggel hozzájárultak. Köszönöm végül a Pszichológia Szerkesztőségének, hogy a fejlődési pszichopatológia bemutatásához teret adott a folyóiratban.

IRODALOM

- AINSWORTH, M.D.S., 1973, The Development of Infant-Mother Attachment, In: CALDWELL, B.M. and RICCIUTI, H.N. (eds), *Review of Child Development Research (Vol. 3.)*, University of Chicago Press, Chicago, 1—95.
- ASARNOW, R.F. and McCRIMMON, D.J., 1978, Residual Performance Deficit in Chronically Remitted Schizophrenia, A marker of Schizophrenia? *Journal of Abnormal Psychology*, 87, 597—608.
- BERECZKEI Tamás, 1987, A szociobiológia társadalomképe, In: *Janus*, 1. 1—16.

- BOWLBY, J., 1969, *Attachment and Loss (Vol. I.)*, Basic Books, New York.
- CICCHETTI, D., 1984, The Emergence of Developmental Psychopathology, *Child Development*, (Vol. 55. No. 1.), 1—7.
- ERIKSON, E., 1950, *Childhood and Society*, Norton, New York.
- FAULKNER, J.E. and WILLIAMS, R.N., 1985, Temporality in Human Action: An Alternative to Positivism and Historicism, *American Psychologist*, 40, 1179—1188.
- FREUD, A., 1946, *The Ego and Mechanisms of Defense*, International Universities Press, New York.
- FREUD, S., 1976, *Introductory Lectures on Psychoanalysis*, Penguin Books, London.
- GARMEZY, N., MASTEN, A.S. and TELLEGEN, A., 1984, The Study of Stress and Competence in Children, A Building Block for Developmental Psychopathology, *Child Development* (Vol. 15. No. 1.) 97—111.
- HANSON, D.R., GOTTESMAN, J.J., HESTON, H., 1976, Some Possible Childhood Indicators of Adult Schizophrenia Inferred from Children of Schizophrenics, *British Journal of Psychiatry*, 129, 142—154.
- HEISENBERG, W., 1962, *Physics and Philosophy, The Revolution in Modern Science*, Helvetica Physica Acta, New York, Idézi: LEWIS, M., 1988, *Challenges to the Study of Developmental Psychopathology*.
- HORVÁTH István, 1987, A deviancia longitudinális kutatásának néhány értelmezési és metodológiai problémája, *Pszichológia*, 1, 151—158.
- HULL, C. J., 1943, *Principles of Behavior*, Appleton, New York.
- LEWIS, M., 1972, State as an Infant-Environment Interaction: An Analysis of Mother-Infant Interaction as a Function of Sex, *Merrill-Palmer Quarterly*, 18, 95—121.
- LEWIS, M., 1988a, Challenges to the Study of Developmental Psychopathology, In: LEWIS, M. and MILLER, S. (eds), *Handbook of Developmental Psychopathology*, In press.
- LEWIS, M., 1988b, Models of Developmental Psychopathology, In: LEWIS, M. and MILLER, S. (eds), *Handbook of Developmental Psychopathology*, In press.
- MEDNICK, S.A., SHULSINGER, F., TEASDALE, T.W., SHULSINGER, H., VENABLES, P.H. and ROCK, D.R., 1978, Schizophrenia in High Risk Children: Sex Differences in Predisposing Factors, In: SERBAN, G. (ed.), *Cognitive Defects in the Development of Mental Illness*, Idézi: RUTTER, M. and GARMEZY, N., 1983, *Developmental Psychopathology*, In: MUSSEN, P.H. (ed.), *Handbook of Child Psychology (Vol. IV.)* (775—912).
- OVERTON, W.F. and REESE, H.W., 1973, Models of Development: Methodological Implications, In: NESSELROODE and REESE, H.W. (eds), *Life-Span Developmental Psychology*, Academic Press, New York, 65—86.
- RANSCHBURG Jenő, 1984, *Szeretet, erkölcs, autonómia*, Gondolat, Budapest.
- RANSCHBURG Jenő, 1986, Jelentés a 0—10 éves longitudinális vizsgálatról, In: Társadalmi beilleszkedési zavarok, *Bulletin*, 1986, 6, 59—104.

- RANSCHBURG Jenő, 1987, Eredmények és problémák a személyiségfejlődés epidemiológiai-longitudinális megközelítése során, In: A „Társadalmi Beilleszkedési Zavarok Kutatási Főirány kutatóinak munkaértekezlete, Pilisszentkereszt, 25—40.
- RAPAPORT, D., 1960, Psychoanalysis as a Developmental Psychology, In: KAPLAN, B. and WAGNER, S. (eds), *Perspectives in Psychological Theory*, International Universities Press, New York.
- ROBINS, J.N., 1966, *Deviant Children Grown up*, Williams and Wilkins, Baltimore.
- ROBINS, J.N., 1978, Study Childhood Predictors of Adult Antisocial Behavior: Replications, from Longitudinal Studies, *Psychological Medicine*, 8, 611—622.
- RUTTER, M., 1980, Introduction, In: RUTTER, M. (ed.), *Scientific Foundations of Developmental Psychiatry*, W. Heinemann Medical Books, London, 1—8.
- RUTTER, M., 1981, Stress, Coping and Development Some Issues and Some Questions, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 323—356.
- RUTTER, M. and GARMEZY, N., 1983, Developmental Psychopathology, In: MUSEN, P.H. (ed.), *Handbook of Child Psychology*, (Vol. 4.) J. Wiley and Sons, New York, 775—912.
- SAMEROFF, A. and CHANDLER, M. J., 1975, Reproductive Risk and the Continuum of Caretaking Causality, In: HOROWITZ, F. D. (ed.), *Review of Child Developmental Research*, Univ. of Chicago Press, Chicago, Idézi: LEWIS, M., 1988, *Challenges to the Study of Developmental Psychopathology*.
- SKINNER, B. F., 1953, *Science and Human Behavior*, Macmillan, New York.
- THOMAS, A. and CHESS, S., 1977, *Temperament and Development*, Brunner-Makel, New York.
- WATSON, J. B., 1929, *Psychology from the Standpoint of a Behaviorist*, Lippincott, Philadelphia.