

# Az iskolai szorongás

Kovács-Bogya Tünde

## Bevezetés

Az iskolához, a tanuláshoz legszerencsésebb esetben öröm, megelégedettség társul, ami Csíkszentmihályi (2010) szerint a flow állapotában teljesedik ki. Kedvezőtlen élmények, tapasztalatok hatására azonban szorongás érzése is követhet az iskolai színtérhez. A magas, nem az adott diák szintjéhez igazodó követelmények, a szinte teljesíthetetlen pedagógusi vagy szülői elvárások, a sikertelenség, megszegyenítés mind-mind előidézője, kiváltója lehet a szorongásnak. Úgy vélem, hogy pedagógusként, szülőként vagy diákként többféle szerepünkben, több oldalról is érintettek vagyunk a témában. Jelen tanulmányban célom az, hogy röviden ismertessem a szorongást, bemutassam az okokat és tüneteket, valamint a kezelés lehetséges módjait, kitérve a teljesítményszorongásra és a pedagógus szerepére, lehetőségeire is.

## A szorongás

A szorongás fogalmához általában negatív tartalmakat és asszociációkat társítunk. Sokszor a boldogtalanság, kellemetlenség vagy betegség képzetével kapcsoljuk össze, ugyanakkor az emberiség fennmaradása és léte leginkább a jól működő szorongás-, vagyis veszélyelhárító berendezésének köszönhető (Tringer, 1996).

## *A szorongás meghatározása*

Tringer (1996) kiemelte, hogy a félelem és a szorongás két egymástól alapvetően különböző érzelem. Amíg a félelemnek konkrét, jól meghatározható tárgya és oka van, addig a szorongás irracionális félelemként, feszültségként írható le. A szorongás tárgy nélküli félelemként is definiálható. A szorongás egyfajta hipereberségi állapotot jelent, mely jellegzetes tüneteket hordoz. A szorongás az élet természetes velejárója, az élőlények, élő szervezetek sajátossága, mely megjelenik új szituációkhoz, új helyzetekhez kötődően, előidézhetheti kudarc vagy csalódás is. Amennyiben a személy a szorongás intenzitása, illetve tartalma felett elveszti a kontrollt, akkor már kóros állapotról beszélünk (Tringer, 1996).

DSM-5 (2013) diagnosztikai klasszifikációs rendszer a szorongásos zavarokat az alábbiak szerint osztályozza:

- szeparációs szorongás zavar,
- szelektív mutizmus, specifikus fóbiák,
- szociális szorongásos zavar (szociális fóbia),
- pánikzavar,
- agorafóbia,
- generalizált szorongásos zavar,
- nem meghatározott szorongásos zavar (DSM-5, 2013).

Tringer (1996) szerint a szorongás megítélésének négyféle értelmezése lehetséges. Beszélhetünk „normál”, illetve kóros, patológiás szorongásról, tekinthetünk a szorongásra mint tünetcsoportra, valamint a szorongás önálló kórkép, betegség formájában is testet ölthet. A szorongás fajtái a következőképp határozhatók meg:

1. Normál szorongás: veszélyhelyzetben megjelenő átfogó reakciók összessége.
2. Kóros (patológiás) szorongás: ok nélkül, fenyegetés, fenyegetettség fennállása nélkül következik be, tehát nincs megnevezhető kiváltó ok.
3. Szorongás mint tünetcsoport: legtöbb pszichés megbetegedésben fellelhető.
4. Szorongás mint önálló kórkép/betegség: a fenti tünetegyüttes önállóan fordul elő (Tringer, 1996).

A szorongás osztályozása történhet annak mentén is, hogy a szorongás pozitív vagy negatív az egyén számára. Ennek értelmében beszélünk facilitáló, illetve debilizáló szorongásról. A facilitáló szorongás egyfajta hajtóerőként segíti a veszély leküzdését, az azzal való megküzdést, a veszély elhárítását. Ezzel szemben a debilizáló szorongás csökkenti a sikeres adaptációt, gátolja a teljesítményt, a feladatról elvonja a figyelmet, az alkalmatlanság érzését kelti, erősíti (Tringer, 1996).

Spielberger (1970) megkülönböztet állapot- és vonásszorongást. Az állapot-szorongás a szorongás pillanatnyi állapotát mutatja, míg a vonásszorongás, a szorongásra való hajlamot jelzi, azt mutatja, hogy az egyén mennyire hajlamos a szorongásra a mindennapokban. Mindenki átél valamilyen mértékű szorongást, ám jelentős egyéni eltérések és különbségek mutatkoznak abban, hogy ki milyen szintű szorongást képes elviselni, illetve azt milyen erősségűnek érzi. Ebben egyéni temperamentumbeli tulajdonságok játszanak szerepet (Nótin, 2015).

## ***A szorongás okai***

A biológiai meghatározók közül a szorongás kialakulásában szerepe lehet az amygdala diszfunkcionális működésének. A neuroanatómia szerint a BIS-rendszer kapcsolatba hozható a veleszületett szorongással. A kondicionált tanult szorongásban a limbikus rendszer disztális részének, valamint a prefrontális kéreg működésének van szerepe. Egy másik nézőpont a szorongás okát a központi idegrendszer működésében, illetve különböző biokémiai markerek elégtelen működésében látja, melyet neurofizikai és klinikai farmakológiai vizsgálatok igazolnak. Továbbá a genetikai tényezők szerepét is hangsúlyozzák, egyes családokban halmozottan jelenik meg a szorongásra való hajlam, valamint a környezeti tényezők szerepét is kiemelik (Füredi & Harmatta, 1998; Trixler, 1998; Vizi, 1998). A modern orvostudomány fejlődésével az agyi képalkotó eljárásokat is használják a szorongás vizsgálatára. CT-, MRI/PET-, SPECT-eszközök segítségével a központi idegrendszerben zajló folyamatok vizsgálhatók, megjeleníthetők (Degrell, 2015). Más szakemberek a szorongás okait a személyiségjegyekben keresik. Peurifoy (1998) az emberi személyiséget hét tényező kombinációjában, mátrixában írja le. Szerinte a személyiségünk formálódásában ez a hét komponens játszik kiemelt szerepet:

- családban megjelenő, elfogadott, legitimált érték- és véleményrendszer,
- szocializáció folyamán alkalmazott fegyelmezési, nevelési módszerek,
- példaképek az egyén életében,
- testvérek esetén a családon belüli születési sorrend,
- a társadalom és a kultúra hatásai,
- biológiai, genetikai öröklés, valamint hogy mindezek a tényezők milyen fontosak a családi rendszerben. A felsorolt tényezők kombinációi szorongásos tüneteket alakíthatnak ki (Peurifoy, 1998).

A szorongást kiváltó tényezők között a negatív életesemények is kiemelten fontosak. Szorongásos tünetek nagyobb valószínűséggel alakulnak ki jövőbeli, veszélyekkel járó eseményekhez kapcsolódóan. Ilyen élethelyzet lehet például egy betegség, fenyegetés, nem kívánt terhesség, háború stb. A szorongás kialakulását, megjelenését vizsgálva Oatley és Jenkin (2001) szintén több tényezőt feltételez a szorongás hátterében. Szerintünk ilyen determinálók a kisgyermek-kori élmények, az attribúciós stílusok, az önértékelésen, értékelésen alapuló gondolkodás, a szociális támogatás, a genetikai hatások, valamint a társadalmi környezet hatása.

Tringer (1966) szerint a szorongásos zavarok kiváltó okai elsősorban az egyén múltjában keresendők. Véleménye alapján a szocializáció szenved zavart, ami neurózist, neurózisra való hajlamot indukálhat. A legújabb vizsgálá-

latok a fóbiás és szorongásos zavarok hátterében szintén családi halmozódást igazolnak. Kutatások valószínűsítik, hogy a neurózisok patogenezisében a központi aktivációszabályzás gyengesége, kiegyensúlyozatlansága állhat, mely genetikailag meghatározott. Ezen szabályozási éretlenség, gyengeség miatt az egyén gyakran kerül alul- vagy túlaktívált állapotba, amikor a kognitív mechanizmusai nem képesek ezt az egyensúlyt helyreállítani. Ezért olyan magatartási formákat alkalmaz, mellyel a homeosztázis helyreállítására törekszik. Túlaktívált állapotban ingerkerülő, míg az optimális szinthez képest csökkent aktiváció esetén ingerkereső magatartás figyelhető meg. Az ingerkerülés megjelenik, jellemző a szorongásos kórképekre, állapotokra, valamint tetten érhető hangulatzavarok esetén is. Az ingerkeresés elsősorban a személyiségzavarok kategóriájára jellemző.

### ***A szorongás tünetei***

A szorongás esetén a szomatiform tünetek jellemzőek (Kopp & Fóris, 1995). Peurifoy (1998) a szomatikus tünetek közé sorolja a motoros feszültséget, mely remegésben, nyugtalanságban, bizonytalanságban nyilvánul meg. Ezenkívül autonóm hiperaktivitás is megfigyelhető, úgymint a légszomj, a tachycardia, meleg vagy hidegérzet. A szimptomák közt szerepel még az abnormális éberség, ami izgatottságban, ingerlékenységben, a figyelem és koncentráció hiányában mutatkozik meg (Kopp & Fóris, 1995).

A DSM-5 diagnosztikai kézikönyv a generalizált szorongás tünetei közé az alábbiakat sorolja: nyugtalanság, felhúzottág, feszültség érzése, fáradékony-ság, koncentrációs nehézség, irritabilitás, izomfeszülés, valamint alvászavar. A diagnózis akkor állítható fel, ha a felsorolt tünetek közül legalább három jelen van, s legalább egy a tünetek közül az elmúlt hat hónapban a napok nagy részében jelen volt (DSM-5, 2013).

Karmacs és Bánki (1996) a szorongás tüneteit három csoportba osztja. Pszichés tünetek közé tartozik: félelem, aggodalom, pesszimizmus, koncentrációs nehézségek. További szomatikus tünetek: tachycardia, aritmia, szédülés, mellkasi fájdalom, hasmenés, gyakori vizeletelés inger (Karmacs & Bánki, 1998).

A vegetatív tünetek elsősorban a bőrön és nyálkahártyán jelennek meg, melyek könnyen észlelhetők, szorongás esetén megváltozik, módosul a bőr vaszkularizációjának automatizációja, ami bőrpír, kipirulás, sápadtság, izzadás formájában jelentkezik (Tringer, 1996). A viselkedésben, magatartásban megmutató tünetek jellemzően társas interakciók során, társas kapcsolatok zavaraiiban jelennek meg. A szorongó egyén környezetében is feszültséget kelt. A szorongó emberek gyakran visszafogottabbak (Tringer, 1996).

A viselkedési megnyilvánulások másik csoportja a szorongás enyhítését célozza. Ezek elsősorban motoros, mimikai vagy érzelmi tünetek képében jelennek meg. Bármilyen mozgásforma enyhítheti a szorongást, ezért a szorongó emberek gyakrabban mozgolódnak, mozgásban vezetik le feszültségüket. A motoros aktivitás egy sajátos formája a dohányzás, ami erőteljes szorongás-csökkentő hatással is bír (Tringer, 1996).

## **Iskolai szorongás, teljesítményszorongás**

### *A szorongás hatása a teljesítményre*

A szorongás befolyásolja a teljesítmény szintjét. A szorongás hathat a teljesítményre mobilizáló erőként, facilitálva azt, illetve debilizáló tényezőként is (Füredi & Harmatta, 2009). Az egyén által megélt érzelmek és szubjektív kedélyállapot szintén befolyással bír, hogy az adott életesemény mobilizálja-e, aktiválja-e a teljesítményt vagy ellenkezőleg, destruktívan hat rá (Bitter, 1996). A szorongás átmenetileg lehet termelékenység-növelő (promoter), amint eléri az egyéni optimális szorongási szintet, gátlóvá, bénítóvá válik (Tringer, 1996). A Yerkes-Dodson törvény (1908) kimondja, hogy a teljesítmény hatékonysága és a szorongás szintje között kapcsolat van, mely egy fordított U-alakú (Gauss) görbével szemléltethető. Optimális arousalszintnél az egyén teljesítménye egyenletes, önmagához viszonyítva magas szintű. Túl erős, túl magas arousalszint esetén, amit például egy vizsgahelyzet is eredményezhet, romlik a teljesítmény. A túl alacsony arousalszint unalmat eredményezhet, nem motivál teljesítményre, így csökkent teljesítményt eredményez.

Diamond et al. (2007) a Yerkes–Dodson-törvény neurobiológiai alapon történő újraértelmezése mellett érvelnek. Ők a hippocampus, az amygdala és a prefrontális kéreg szerepére fókuszálnak. Szerintük a Yerkes–Dodson-törvény rávilágított arra, hogy a motivációnak milyen szerepe van a teljesítmény növelésében, illetve csökkentésében érzelmi komponenseken keresztül. A szerzők kutatásai alapján arra a következtetésre jutottak, hogy a szorongásnak csekély szerepe volt a teljesítményre olyan feladatok és szituációk esetében, amelyekben a munkamemória prefrontális kérgi régiói nem vettek részt a feladatmegoldásban. A prefrontális kéreggel kapcsolatos szituációkban a szorongás mértéke még a legegyszerűbb feladatok elvégzésében is befolyásolhatja a teljesítményt (Diamond et al., 2007).

A teljesítményszorongás nem önálló pszichiátriai kórkép, mivel gyakran előfordul, érdemes röviden ismertetni. Teljesítményszorongás akkor jelenik meg, ha a gyermek számára a teljesítmény túlzottan fókuszba kerül, túlságo-

san fontossá válik. Folyamatosan és állandóan maximálisan szeretne teljesíteni, ehhez nagyfokú szorongás párosul, ami abból ered, hogy mi történik akkor, ha nem elég jól, ha „rosszul” teljesít egy-egy feladathelyzetben az iskolában. Ennek bekövetkeztekor az esetleges negatív következményeket misztifikálja, felnagyítja, katasztrófaként értékeli. Ennek elkerülésére nagyon sok időt fordít a tanulásra, elképzeltet, hogy ennek ellenére sem tud jól teljesíteni. Ennek háttérében az a nagyfokú, mindent átszövő félelemérzet állhat, mely blokkolja, hogy egy-egy számonkérés, felelés alkalmával valós tudásának megfelelő teljesítményt, eredményt nyújtson. Ez a fajta szorongás oly mértékű is ölthet, hogy a gyermek nem akar iskolába járni, sőt szomatikus tüneteket is produkálhat, mint például fej-, hasfájás, hasmenés, székrekedés, hányinger, hányás (Dudás, 2020).

### **Iskolai szorongás**

Minden gyermeknél valamilyen szinten megjelennek különböző típusú és mértékű félelmek, melyek legtöbb esetben spontán, mindenféle beavatkozás nélkül elmúlnak. Előfordul, hogy bizonyos félelmek, például kedvezőtlen oktatási körülmények hatására, tartósan jelen vannak, a félelem a gyermek állandó személyiségvonásává válik, ami szorongássá alakulhat. Az iskoláskorban megjelenő szorongás háttérében állhat szülői elutasítás, durva vagy túlzottan óvó, védelmező magatartás, mely elérhetetlen elvárásként jelenik meg a gyermek számára. E szülői attitűd eredményeként negatív énkép, negatív önértékelés, önbizalomhiány alakulhat ki (Kulcsár, 1982).

A szorongás, ha optimális, pozitív hatással is járhat a gyermek számára, mozgósítja belső erőforrásait, tartalékait a siker érdekében. Amennyiben a szorongás túlzott mértékű, vagy személyiségvonássá válik, akkor debilizálja, bénítja a gyermeket iskolai, teljesítményszituációkban, feladathelyzetekben. A szorongó diák sajátos módon viszonyul önmagához és a külvilághoz. Kapcsolatait alaptalan félelmek szövik át, az iskolai feladatokat fenyegetésként, veszélyként éli meg, kudarcra készül, erre összpontosít, mintegy önbeteljesítő jóslatként: „Ez sem fog sikerülni!”. A folyamatos, tartósan jelen lévő szorongás az én alulértékeléséhez, az önbecsülés, önbizalom leértékeléséhez vezethet. A tanuló az iskolai helyzetre félelemmel gondol, azt a szituációt veszélyként, a frusztráció lehetőségeként értelmezi, éli meg (Kulcsár, 1982).

Maga az iskoláskor mint egy új életszakasz fejlődési krízisként új kihívásokat, új feladatokat jelent a gyermek számára. Ez az új korszak magában hordozza a sikerélmény, önhatékonyság, illetve a teljesítmény adta örömei és sikerek lehetőségét. Ebben a korban a gyermek kreativitása, manipulációs készségei

fejlődnek, képes hosszabb ideig egy-egy feladatra koncentrálni. Az iskolai feladatok teljesítésében, megoldásában motiválja a gyermeket a felnőttekhez (szülők, pedagógusok) való kötődése, valamint az elismerés és megfelelés iránti vágy. Ebben a kontextusban fontos, hogy a szülők erősítsék a gyermekük önbizalmát, olyan pedagógust válasszanak, aki támogatja, kibontakoztatja a gyermek önbizalmát, tehetségét. A jó tanár ismérve még – Nótin (2015) szerint –, hogy játékosan, játszva tanít. Hatékonyan, a gyermek igényeihez, aktuális szükségletéhez igazodva változtatja a játék és a tanulás idejét, elismeri a gyermek erőfeszítéseit, és elfogadja ambícióit. Amennyiben a gyermek természetes fejlődése akadályokba ütközik, a kisebbség és az alkalmatlanság érzése jelenhet meg, ami szorongást eredményezhet (Beck & Emery, 1999). Mindezen élmények és tapasztalatok a gyermeket az iskolától, az iskolai helyzetektől, illetve önmagától is eltávolíthatják. Azt érezheti, hogy nem képes megfelelni a felnőttek, az iskola támasztotta követelményeknek, elvárásoknak, ami identitásproblémákat alakíthat ki, melyben a feladatokhoz és az azokat megértőkhöz (pl. tanárok, diáktársak) kapcsolódóan negatív mintázatok, negatív attitűdök rögzülnek (Nótin, 2015).

A serdülőkor egy újabb életszakasz feladataival szembesít. Ennek az időszaknak a feladata az identitás kialakítása, megteremtése. A pubertás során a gyermekből felnőtt lesz, fizikai és pszichológiai változások sokasága zajlik. Nagy kérdésekre kell választ keresni: „Ki vagyok én? Milyen vagyok? Mit gondolnak rólam mások?” Az önazonosságára való ráatalálás útján igyekszik megérteni, felismerni saját határait, korlátait különböző szerepekben, helyzetekben, tevékenységekben, ehhez integrálnia szükséges mindazon élményeket, tapasztalatokat, melyeket gyermekkortól kezdve átélt, megtapasztalt. Mindezeket intraperszonális és interperszonális szinten is össze kell rendezni. A kamaszok keresik mindazon lehetőségeket, melyeket autonóm módon, szabad akaratuk által választanak meg. Az iskolai teljesítményelvárások, helyzetek kevésbé motiválják őket, visszaszorítják a teljesítményüket. Amennyiben a kamaszt otthoni, illetve iskolai környezete nem megfelelően támogatja, nem adekvát módon avatkoznak ebbe a folyamatba, akkor ezáltal blokkolhatják a serdülő önkifejezési lehetőségeit, mely identitásdiffúziót eredményezhet. Identitásválság mögött gyakran találhatók szélsőséges érzelmek és viselkedési formák, melyek szorongásos zavarként vagy neurotikus zavarként nyilvánulnak meg (Tringer, 2010).

Cassady (2010) szerint az iskolai szintéren megjelenő szorongás egy olyan típus, amely egyrészt az iskolafóbiát, másrészt a tesztzorongást foglalja magában. Iskolafóbia jellemzője az iskolába járástól való intenzív félelem, melynek gyökere lehet az anyához való túlzott kötődés, a túlvédő vagy túlzottan korlátozó szülői viselkedésmód. Ez szomatikus, viselkedéses tünetekben, problémák-

ban egyaránt megmutatkozhat. Szomatikus tünetek lehetnek például fejfájás, hasfájás, az ürités zavarai, magatartásban, viselkedésben megnyilvánulhat agresszió, dührohamok és oppozíciós viselkedés képében (Cassady, 2010).

Tringer (2010) szerint az iskolafóbia gyakran pubertáskorban jelenik meg, melynek okai az iskolai traumák és sikertelenség. Ezek miatt a gyerek nem akar iskolába járni, ha meg is jelenik az oktatási intézményben, igyekszik tudattalanul kivonódni az iskolai szituációkból, ábrándozásban vagy firkálásban keres kiutat, menekvést. Előfordul az is, hogy ez a szorongás, fóbia nem az egész iskolára, globálisan terjed ki, hanem csak bizonyos tanórákhoz, tantárgyakhoz, pedagógushoz kötődik. Súlyos esetekben generalizálódik az egész iskolai környezetre, szélsőséges esetekben iskolakerülés is megjelenhet (Vetró, 2008).

### *A szorongás kezelésének módszerei*

A szorongás kezelésénél az általános szempontokat érdemes elsőként figyelembe venni. Először is érdemes leszögezni, hogy a szorongásos zavarokat nem minden esetben kell gyógyszeresen kezelni, a farmakoterápia szükségességét, indokoltságát minden esetben át kell gondolni, gyógyszer csak szakorvos javaslatára adható. A szorongásos tünetek egy része spontán elmúlik, vagy hosszabb-rövidebb ideig tünetmentes időszakok követik egymást. A szorongását gyakran az egyén önmaga is képes kezelni. A legfontosabb szempont, hogy a kezelés mindig az egyén állapotához igazodjon, abból induljon ki, illetve mindig az egyén számára válasszuk ki a számára legoptimálisabb, legmegfelelőbb intervenciót, terápiát. A szorongás hátterében a sajátos információfeldolgozás döntő szerepet játszik. Ezek figyelembevételével érthető, hogy tartós javulás csak olyan beavatkozásoktól várható, melyek a páciens információfeldolgozási stílusában, mintázatában hoznak létre változást. Tartós, retard hatást, illetve hosszú távon megoldásokat a pszichoterápiás beavatkozások jelentenek. Sok esetben komplex terápia, a gyógyszeres és pszichoterápia együttes alkalmazása jelenti a hatékony kezelést (Tringer, 1996).

Pszichoterápiás módszerek: A kezelés első eleme a szomatikus, egészségügyi okok kizárása, gyógyszereszedési szokások és pszichoaktív szerhasználat feltárása. Amennyiben a szorongás oka nem meghatározható, akkor kombinált kezelés, pszichoterápiás eljárások és gyógyszerek együttes alkalmazása jön szóba (Tringer, 1996). A pszichoterápiás módszereken belül a szorongás kezelésére többféle terápiás eljárás alkalmazható, mint a pszichoanalízis, a fenomenológiai/humanisztikus, az egzisztenciális és a viselkedési/kognitív technikák, terápiák (Trull & Phares, 2004).



A deszenzitizációs terápia a pavlovi kondicionálásra épít. A bénító, gátló szorongásos reakciók a kondicionálás elveinek alkalmazásával mérsékelhetők (Oatley és Jenkins, 2001). A szisztematikus deszenzitizáció egyik lépése a szorongásos skálák összeállítása. Ezen belül a folytonosan megjelenő, visszatérő szorongást kiváltó helyzeteket, témákat kiemelik és rangsorolják annak alapján, hogy milyen mértékű szorongást képesek indukálni. A szorongásos skálák általában 20-25 itemet tartalmaznak. A terápia során a klienst relaxált, ellazult állapotban fokozatosan vezetik be a szorongást kiváltó helyzetbe, ingerbe. A folyamat a kölcsönös gátlás elvén alapul, mely szerint egyazon pillanatban nem lehet egyszerre ellazulni és szorongást megélni (Trull & Phares, 2004). Beck kognitív viselkedésterápiájának alapvetése, hogy a diszfunkcionális hiedelmek integrálódnak a normál kognitív szerveződésbe (Perczel, Kiss & Ajtay, 2005).

Gyógyszeres terápia: farmakoterápia alkalmazását indokolhatja például súlyos mértékű szorongás, ha a páciens a gyógyszeres kezelésben bíz, vagy betegségtudata főként szomatikus jellegű, testi betegségekkel együtt jelenik meg, illetve pszichotikus állapot mellé társuló szorongás esetén. A gyógyszer kiválasztásának mindig személyre szabottnak kell lenni, egyéni igényeknek megfelelően (Tringer, 1996). A gyógyszerek több típusa is alkalmas szorongás oldására. Leggyakrabban használt vegyületek, gyógyszercsoportok a következők:

- Benzodiazepinek: ezen vegyületek a GABA-receptorhoz kapcsolódva fokozzák annak érzékenységet. Enyhébb esetekben, valamint hosszú távon alkalmazása nem javallt (Tringer, 1996).
- Nem benzodiazepin-típusú tranquillánsok: ide tartozik a buspiron és a hydroxyzin. Ezek enyhébb esetekben alkalmazhatók, dependencia kialakulása nem ismert ezen vegyületekkel szemben (Tringer, 1996).
- Antidepresszánsok: főként strukturált szorongás esetén adhatók, valamint olyan esetekben, amikor a szorongás mellé komorbid állapotként hangulatzavar társul. Hosszú távon alkalmazzák ezeket a gyógyszereket (Tringer, 1996);
- Béta-blokkolók: ezen vegyületsorozat alkalmazása korábban igen elterjedt és általános volt, főként szociális fóbiában szenvedő pácienseknél alkalmazták. Napjainkban mellékhatásaik, valamint a gyógyszerrel szembeni egyéni interakciók miatt alkalmazásuk nem javasolt (Tringer, 1996).

Az alternatív gyógymódok iránt szorongásos zavarok esetében is nagy érdeklődés mutatkozik. A természetgyógyászat, homeopátiás, valamint egyéni gyógymódok tartoznak ide, ezek hatékonysága egzakt módon nem mutatható ki. Egyik vagy másik alternatív gyógymódnak placebohatáson túlmutató hatása is lehet (Tringer, 1996).

Pedagógusként fontosnak tartom, hogy felismerjük és megismerjük a szorongás, a teljesítményszorongás jeleit, tüneteit. Ez döntő jelentőségű, hiszen ha minél előbb észrevesszük a jeleket, tüneteket, annál korábban kerülhet sor a szorongás oldására. Kiemelten fontos, hogy a pedagógus tisztában legyen saját kompetenciahatáraival, ne lépje azt át. Fontos, hogy olyan légkört, tanulási környezetet teremtsen diákjai számára, mely kevésbé stresszkeltő, elfogadó, empátikus legyen, a hibázás és javítás lehetőségét biztosítja a diák számára. A megfelelő, a diák tanulási stílusához alkalmazkodó tanulási technikák, módszerek egyénre szabása, differenciálása könnyebbé, örömtelivé és sikeressé teheti a tanulási folyamatot. A pedagógus visszajelzései, az erősségekre fókuszáló, azokat kiemelő, bátorító kommunikációja szintén csökkentheti a teljesítményhez, az elvárásokhoz kapcsolódó szorongást. Hasznos lehet pedagógusként különböző stresszkezelő módszerek ismerete, alkalmazása is, melyek akár 30 órás pedagógus-továbbképzés keretében is elvégezhetők.

## Irodalomjegyzék

- American Psychiatric Association (2013). *DSM – 5 referencia kézikönyv a DSM – 5 diagnosztikai kritériumaihoz*. Oriold és Társai Kiadó és Szolgáltató Kft.
- Bitter, I. (1996). *Szorongásos kórképek*. Springer Kiadó.
- Cassady, J. C. (2010). Test anxiety: Contemporary theories and implications for learning. In J. C. Cassady, (Ed.), *Anxiety in schools: The causes, consequences, and solutions for academic anxieties* (pp. 7–26). Peter Lang.
- Csikszentmihályi, M. (2010). *Flow*. Akadémiai Kiadó.
- Degrell, I. (1998). Képpalkotó eljárások. In J. Füredi, A. Németh, B. Buda, P. Tariska, & K. Benjámín (Eds.), *A pszichiátria magyar kézikönyve*. (pp. 181–205). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- D. M. Diamond, A. M. Campbell, C. R. Park, Halonen, J., & P. R. Zoladz (2007). *The temporal dynamics model of emotional memory processing: a synthesis ont the neurobiological basis of stress-induced amnesia, flashbulb and traumatic memories, and the Yerkes-Dodson law*. *Neural Plasticity*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1906714/>  
<https://doi.org/10.1155/2007/60803>
- Dudás, L. (2020). *Szorongó gyerekek*. <https://soulwell.hu/szorongo-gyerekek/>.
- Füredi, J. & Harmatta, J. (1998). A pszichiátria társadalmi vonatkozásai. In J. Füredi, B. Buda, A. Németh, P. Tariska, & K. Benjámín (Eds.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp.43–50). Medicina Könyvkiadó Zrt.

- Karmacs L., & Bánki M. Cs. (1998). Fóbiák és egyéb szorongásos zavarok. In J. Füredi, B. Buda, A. Németh, P. Tariska, & K. Benjámín (Eds.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 317–332). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Kopp, M., & Fóris, N. (1995). *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Végek Kiadó.
- Kulcsár, T. (1982). *Az iskolai teljesítmény pszichológiai tényezői*. Tankönyvkiadó.
- Nótin, Á. (2015). *Iskolai szorongásformák megjelenése középiskolás tanulóknál*. Debreceni Egyetem. <https://dea.lib.unideb.hu/server/api/core/bitstreams/b2e2c8f5-ae6a-448c-83c0-efdb24d5fbb4/content>
- Oatley, K. & Jenkins, J. M. (2001). *Érzelmek*. Osiris Kiadó.
- Perczel-Forintos D, Kiss Zs., & Ajtay Gy. (2007). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.
- Peurifoy, R. Z. (1998). *Szorongás, fóbiák, pánik. Hogyan legyünk úrrá félelmünkön?* Medicina Könyvkiadó Rt.
- Spielberg, C. D. et al. (1970). *The State-Trait Anxiety Inventory: Test Manual*. Consulting Psychologist Press.
- Tringer, L. (1996). *A szorongás és a szorongásos zavarok*. UCB Kiskönyvtár.
- Tringer, L. (2010). *A pszichiátria tankönyve*. Semmelweis Kiadó.
- Trixler, M. (1998). Pszichiátriai genetika. In J. Füredi, B. Buda, A. Németh, P. Tariska, & K. Benjámín (Eds.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 15–33). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2004). *Klinikai pszichológia*. Osiris Kiadó.
- Vetró, Á. (2008). *Gyermek- és ifjúságpszichiátria*. Medicina Kiadó.
- Vizi, E. Sz. (1998). Neurokémia a pszichiátriában. In J. Füredi, B. Buda, A. Németh, P. Tariska, & K. Benjámín (Eds.), *A pszichiátria magyar kézikönyve* (pp. 33–42). Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Yerkes R. M., & Dodson J. D. (1908). The relation of strength of stimulus to rapidity of habitformation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*. 18(5), 459–482.  
<https://doi.org/10.1002/cne.920180503>

## Absztrakt

Jelen tanulmány bővebb ismertetője a 2023. november 21-én tartott *Sokszíniú pedagógia* címmel tartott online konferencián elhangzott előadásnak. A szorongás az élet része, átszövi életünket. Ezzel a jelenséggel szülőként, pedagógusként egyaránt találkozunk mindennapi helyzetekben, illetve iskolai környezetben. A tanulmányban röviden ismertetésre kerül a szorongás fogalma,

különböző típusai és megjelenési formái. Fontosnak tartom az okok és a tünetek bemutatását, kitérek a szorongás és a teljesítmény egymásra gyakorolt hatására is. A teljesítmény- és az iskolai szorongás, melyek nem önálló pszichiátriai kategóriák, továbbá a szorongás kezelésének, illetve a pedagógusnak a lehetséges eszközei is kifejtésre kerülnek a teljesség igénye nélkül.