

A **GRADUÁLIS ÉS POSZTGRADUÁLIS KÉPZÉS** folyóirata  
Alapítva 1911-ben

**2009.**  
LXXXIV.  
évfolyam,  
3. különszám

# ORVOS-

# KÉPZÉS



## Klinikai pszichológia

neuropszichológia – kognitív terápia: standard és sémaközpontú módszerek – borderline személyiségzavar – öngyilkossági veszélyeztetettség – resztoratív igazságszolgáltatás – fájdalomszindróma – onkopszichológia – kötődélmélet – gyermekkori depresszió és szorongásos zavarok pszichoterápiája – etikai kérdések a klinikai pszichológiában – klinikai pszichológia az addiktológiában – klinikai pszichológia az igazságügyben – egészségpszichológia – transzperszonális pszichológia távlatai



## FELELŐS SZERKESZTŐ

Merkely Béla  
merkely.bela@kardio.sote.hu

## FŐSZERKESZTŐK

Gál János  
janos.gal67@gmail.com

Langer Róbert  
roblanger@hotmail.com

## SZERKESZTŐBIZOTTSÁG

### Graduális képzés

Matolcsy András  
matolcsy@korb1.sote.hu

### PhD-képzés

Szél Ágoston  
szel@ana2.sote.hu

### Szakorvos-továbbképzés

Szathmári Miklós  
szatmik@bel1.sote.hu

### Rezidens- és szakorvosképzés

Préda István  
predadr@gmail.com

### Tagok

Ádám Veronika, Bereczki Dániel, Bitter István, Csermely Péter, de Châtel Rudolf, Dobozy Attila, Eckhardt Sándor, Édes István, Fazekas Árpád, Fejérdy Pál, Fekete György, Halász Béla, Karádi István, Kárpáti Sarolta, Kásler Miklós, Keller Éva, Kollai Márk, Kopper László, Ligeti Erzsébet, Losonczy György, Magyar Kálmán, Magyar Pál, Mandl József, Muszbek László, Nagy Károly, Nardai Sándor, Nemes Attila, Németh János, Noszál Béla, Palkovits Miklós, Papp Gyula, Papp Zoltán, Petrányi Győző, Répássy Gábor, Rigó János, Réthelyi Miklós, Romics Imre, Romics László, Rosivall László, Sótonyi Péter, Szendrői Miklós, Szirmai Imre, Szollár Lajos, Telegdy Gyula, Tompa Anna, Tóth Miklós, Tulassay Zsolt, Tulassay Tivadar, Vasas Lívía, Vincze Zoltán, Zelles Tivadar

### Szerkesztőségi titkár

Szelid Zsolt  
orvoskepzes@kardio.sote.hu

Az ORVOSKÉPZÉS megjelenik negyedévente. Megrendelhető a Kiadótól.

Szerzői jog és másolás: minden jog fenntartva. A folyóiratban valamennyi írásos és képi anyag közlési joga a szerkesztőséget illeti. A megjelent anyag, illetve annak egy részének bármilyen formában történő másoláshoz, ismételt megjelentetéséhez a szerkesztőség hozzájárulása szükséges.

## ORVOSKÉPZÉS

A graduális és posztgraduális képzés folyóirata  
Különszám  
2009; LXXXIV. évfolyam,  
S3:133-200.

### Orvosképzés Szerkesztőség:

1086 Budapest, Nagyvárad tér 4.

### Munkatárs:

KROMPHOLCZ KATALIN  
orvoskepzes@semmelweiskiado.hu

### Kiadja és terjeszti:

Semmelweis Kiadó  
1086 Budapest, Nagyvárad tér 4.

**Telefon:** 210-4403

**Fax:** 210-0914, 459-1500/56471

### Internet honlap:

www.semmelweiskiado.hu

**E-mail:** info@semmelweiskiado.hu

orvoskepzes@semmelweiskiado.hu

### Tördelte:

ANDERS TIBOR

### Kiadásért felel:

TANCOS LÁSZLÓ  
tancos@mail.datanet.hu

Hirdetéssel kapcsolatos tájékoztatásért forduljon a kiadóhoz!

### Nyomdai előállítás:

Mester Nyomda

ISSN 0030-6037



Semmelweis Kiadó  
www.semmelweiskiado.hu



ORVOSKÉPZÉS  
A graduális és posztgraduális  
képzés folyóirata  
Különszám  
2009; LXXXIV. évfolyam,  
S3:133-200.

Az  
ORVOSKÉPZÉS  
folyóirat  
megrendelésével kapcsolatos  
információ a lap végén olvasható!

## Klinikai pszichológiai Kötelező Szinten Tartó Továbbképző Tanfolyam

### Semmelweis Egyetem

Mercure Budapest Buda, Mátyás I. és II. terem  
(1013 Budapest, Krisztina krt. 41-43.)

2009. április 20-23.

#### A KIADVÁNYT SZERKESZTETTE

Dr. Perczel Forintos Dóra, PhD  
Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék  
klinpszicho@kpt.sote.hu

#### A TOVÁBBKÉPZÉS TITKÁRA

Dr. Szombath Dezső  
Semmelweis Egyetem, Továbbképzési Központ



DR. PERCEL FORINTOS DÓRA  
 Klinikai pszichológiai Kötelező Szinten Tartó  
 Továbbképző Tanfolyam kiadvány szerkesztője

## Tisztelt Olvasó!

A klinikai pszichológiában kétirányú változásnak lehetünk szemtanúi. Egyrészt hazánkban az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárásával számos szakember veszítette el az állását, másrészt az európai integráció a mentális egészségügy területén többek között a korszerű klinikai pszichológiai tudás nagyfokú felhasználását jelenti. A nyolcvanas évektől virágzásnak indult a kutatás Nyugaton, hatékony kezelési formákat keresve részben az emberi személyiségről alkotott tudásunk fejlődése következtében, részben a pszichofarmakonok gyakran nehezen tolerálható mellékhatásainak alternatívájaként. Egyre jobban elterjedtek a költséghatékony pszichológiai ellátási formák, amelyek a bizonyítékokon alapuló gyógyítás paradigmájához illeszkednek. Hihetetlen gyorsasággal fejlődik a neuropszichológia, a kognitív pszichológia és idegtudomány, ezen belül például a csecsemőkutatások vagy memóriakutatások területe. Az emlékezetkutatások eredményei hozzásegítenek bennünket például a traumatizált vagy visszatérő depresszióval diagnosztizált, valamint a pszichotikus betegek élményfeldolgozásának jobb megértéséhez és hatékonyabb kezeléséhez.

A hagyományos, pszichiátriai osztályos, főleg diagnosztikus munka mellett a klinikai pszichológusok többsége pszichoterápiát is végez. Sokan választanak egy szűkebb szakterületet: specializált szakrendelések foglalkoznak például függőségekkel, evészavaros vagy kényszeres problémákkal, speciális pszichoszomatikus kórképekkel, traumákkal, serdülőkkel és természetesen gyermekekkel.

A klinikai pszichológia dinamikus fejlődése következtében kilépett a pszichiátria területéről a szomatikus orvoslás területére, ahol szerepe nélkülözhetetlen a fájdalommal, súlyos betegségekkel (onkológia, kardiológia, intenzív osztály) való megbirkózásban.

A kötelező szakmai továbbképzések célja a klinikai pszichológiában is a gyakorlati klinikai munkához szükséges információk rendszeres felfrissítése és a szakterület legfrissebb eredményeinek áttekintése. Minden klinikai pszichológustól elvárható az alapvető ismeretek mellett az is, hogy rálátással bírjon a klinikai pszichológia fejlődési irányaira, legyen világos fogalma a szűkebb érdeklődési területén kívül eső területek diagnosztikai és terápiás lehetőségeiről. Ahogy a szomatikus orvoslásban is igyekszünk minél korszerűbb tudással rendelkező szakembert választani, úgy a klinikai pszichológiában, pszichoterápiában is egyre inkább ez a betegek igénye.

A szinten tartó tanfolyamok célja többszörös – egyrészt fontos a korábban megszerzett alapismeretek átisméltése, megerősítése, másrészt a rendelkezésre álló diagnosztikus és terápiás lehetőségek kritikus szemléletű összefoglalása, új eljárások megismerése és ezek megfelelő értékelése. Végül, de nem utolsósorban a tanfolyam lehetőséget nyújt tartalmas szakmai megbeszélésekre, kollegákkal való találkozásra és termékeny eszmecserékre, saját magunk mentálhigiénés gondozására.

Az Orvosképzés című folyóirat, a Semmelweis Egyetem kiadványa felvállalta a kötelező szinten tartó tanfolyam anyagának, az előadások tömör kivonatának közlését, amely egyben a vizsga alapját is képezi. Egy ilyen tanfolyam természetesen nem vállalkozhat a klinikai pszichológia minden részterületének bemutatására, válogatásra kényszerültünk. Tematikai válogatásra kényszerített az is, hogy a szinten tartó tanfolyam elvégzése lehetővé tegye a klinikai szakpszichológusok működési engedélyének meghosszabbítása mellett a klinikai addiktológiai, klinikai igazságügyi, klinikai neuropszichológiai, valamint pszichoterápiás szakvizsgával rendelkezők számára is a meghosszabbítást.

Őszintén remélem, hogy az összeállított anyag nemcsak a továbbképzést záró internet alapú vizsgához, hanem a mindennapi betegellátás során is hasznos lesz a tanfolyamon részt vevő kollegáknak.

Jó tanulást és tartalmas találkozásokat kívánva

2009. március 20.

Dr. Perczel Forintos Dóra  
 tanszékvezető egyetemi docens  
 Semmelweis Egyetem  
 Klinikai Pszichológia Tanszék



## ORVOSKÉPZÉS folyóirat szerzői útmutatója

**A folyóirat célja:** Az 1911-óta megjelenő Orvosképzés legfontosabb célja a hazai orvostudomány folyamatos graduális és posztgraduális képzésének támogatása. A lap elsősorban olyan munkák közlését tartja feladatának, amelyek az orvostudomány egy-egy ágának újabb és leszűrt eredményeit foglalják össze magas színvonalon úgy, hogy azok a gyakorló orvoshoz, szakorvoshoz, klinikushoz és elméleti orvoshoz egyaránt szóljanak. Emellett lehetőség van eredeti közlemények és esetismertetések benyújtására, és az újság a Semmelweis Egyetem szakmai kötelező szinten tartó tanfolyamok előadási összefoglalóinak is teret ad. Az eredeti közlemények a rendszeres lapszámokban, vagy a témához kapcsolódó tematikus lapszámokban kapnak helyet. Fontos feladatunknak tartjuk, hogy rezidens kollégák tollából származó esetismertetéseket is közöljünk, melyeket mentori ajánlással kérünk benyújtani. A beadott dolgozatokat a szerkesztőbizottság előzetes bírálatra adja ki, és a kézirat közlésére a bírálat eredményének függvényében kerül sor. Tudományos dolgozat benyújtására az alábbiak szerint van lehetőség:

- Esetismertetés (case report)
- Fiatal doktorok (PhD) tudományos beszámolója, új eredményeinek összefoglalása (nem tézisek vagy doktori értekezések!)
- Klasszikus összefoglaló közlemény az elméleti és klinikai orvostudomány bármely területéről, a legújabb irodalmi eredmények felhasználásával
- „Update” jellegű közlemény, azaz nem egy téma kidolgozása, hanem adott szakterület legújabb tudományos eredményeinek összefoglalása
- Előadási összefoglaló (a tanfolyamszervezők felkérése alapján)

**A kézirat:** A tudományos közleményeket elektronikusan, Word dokumentum formátumban kérjük eljuttatni a szerkesztőségbe. Az illusztrációkat, ábrákat és táblázatokat külön file-ként kérjük elküldeni. Az ábrák címeit és az ábramagyarázatokat a Word dokumentumban külön oldalon kell feltüntetni, az ábra/táblázat számának egyértelmű megjelölésével. A digitális képeket minimum 300 dpi felbontásban kérjük, elfogadunk tif, eps, illetve cdr kiterjesztésű file-okat. A kézirat elfogadása esetén az ábrákat a szerkesztőség nyomtatott formában is kéri elküldeni. Az orvosi szavak helyesírásában az Akadémia állásfoglalásának megfelelően, a latin írásmód következetes alkalmazását tekintjük elfogadottnak. Magyarosan kérjük írni a tudományágak és szakterületek, a technikai eljárások, műszerek, a kémiai vegyületek neveit. A szerkesztők fenntartják maguknak a stílisis javítás jogát. A mértékegységeket SI mértérendszerben kérjük megadni.

**A kézirat felépítése** a következő: (1) címloldal, (2) magyar összefoglalás, kulcsszavakkal, (3) angol összefoglalás (angol címmel), angol kulcsszavakkal, (sorrendben): magyar cím, angol cím, (4) rövidítések jegyzéke (ha van), (5) szöveg, (6) irodalomjegyzék, (7) ábrajegyzék, (8) táblázatok, (9) ábrák. Az oldalszámozást a címloldaltól kezdve kell megadni és az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

(1) A *címloldalon* sorrendben a következők szerepeljenek: a kézirat címe, a szerzők neve, valamint a szerzők munkahelye, a kapcsolattartó szerző pontos elektronikus és postai címének megjelölésével. (2–3) Az *összefoglalást* magyar és angol nyelven kell beküldeni, külön oldalakon, a következő szerkezet szerint: „Bevezetés” („Introduction”), „Célkitűzés” („Aim”), „Módszer” („Methods”), „Eredmények” („Results”) és „Következtetések” („Conclusions”) lényegre törő megfogalmazása történjen. A magyar és az angol összefoglalások terjedelme – külön-külön – ne haladja meg a 200 szót (kulcsszavak nélkül). A témához kapcsolódó, maximum 5 kulcsszót az összefoglalók oldalán, azokat követően kérjük feltüntetni magyar és angol nyelven. (4) A kéziratban előforduló, nem általánosan elfogadott *rövidítésekről* külön jegyzéket kell készíteni abc-sorrendben. (5) A szövegtörzs szerkezete világos és az olvasó számára átlátható legyen. Eredeti közlemények esetén a „Bevezető”-ben röviden meg kell jelölni a problémafelvetést, és az irodalmi hivatkozásokat a legújabb eredeti

közleményekre és összefoglalókra kell szűkíteni. A „Módszer” részben világosan és pontosan kell leírni azokat a módszereket, amelyek alapján a közölt eredmények születtek. Korábban közölt módszereket esetén csak a metodika alapelveit kell megjelölni, megfelelő irodalmi hivatkozással. Klinikai vizsgálatoknál a kéziratához csatolni kell az illetékes etikai bizottság állásfoglalását. Állatkísérletek esetén a Magyar Tudományos Akadémia – Egészségügyi Tudományos Tanács – állatkísérletekre vonatkozó etikai kódexe érvényes, melyre a metodikai részben utalni kell. A statisztikai módszereket és azok irodalmát is meg kell adni. Az „Eredmények” és a „Megbeszélés” részeket világosan kell megszerkeszteni. *Referáló közlemények* benyújtása esetén a szövegtörzs altémákra osztható, melyeket alcímek vezessenek be. *Összefoglaló referátumoknál* a szövegtörzs terjedelme ne haladja meg a 30 000 karaktert (szóközzel), *eredeti közleménynél* (klinikai, vagy kísérletes) ne haladja meg a 20 000 karaktert (szóközzel), *esetismertetésnél* ne haladja meg a 10 000 karaktert (szóközzel), *előadási összefoglaló* esetén pedig ne haladja meg a 8000 karaktert (szóközzel).

*Irodalom:* a hivatkozásokat (maximum 50, előadási összefoglalónál maximum 10) a szövegben való megjelenés sorrendjében tüntessék fel. A szövegben a hivatkozást a sorszáma jelöli.

*Hivatkozás cikkre:* sorrendben: szerzők neve (6 szerző felett et al./és mtsai); cikk címe, folyóirat neve (Index Medicus szerint rövidítve) év; kötetszám; első-utolsó oldal. Példa: 1. Kelly PJ, Eisman JA, Sambrook PN: Interaction of genetic and environmental influences on peak bone density. *Osteoporosis Int* 1990; 1:56-60. *Hivatkozás könyvfejezetre,* sorrendben: a fejezet szerzői: a fejezet címe. In: szerkesztők (editors): a könyv címe. A kiadás helye, kiadó, megjelenés éve; fejezet első-utolsó oldala. Példa: 2. Delange FM, Ermans AM. Iodide deficiency. In: Braverman LE, Utiger RD, eds. *Werner and Ingbar's the thyroid*. 7th ed. Philadelphia, Lipincott-Raven, 1996; 296-316.

*Ábrajegyzék:* a megjelenés sorrendjében, arab számmal sorszámozva egymás alatt tartalmazza az ábra címét és alatta rövid és lényegre törő ábramagyarázatot

*Táblázatok:* külön-külön lapokon kérjük, címmel ellátva és arab számmal sorszámozva. Törekedjenek arra, hogy a táblázat könnyen áttekinthető legyen, ne tartalmazzon zavaróan sok adatot.

*Ábrák:* külön-külön lapokon kérjük. Csak reprodukálható minőségű ábrákat, fényképek küldését kérjük (min. 300 dpi felbontásban), a korábban megjelölt file formátumokban. A kézirat elfogadása esetén a nyomtatott ábrát kérjük beküldeni a szerkesztőségbe és az ábra hátoldalán puha ceruzával kérjük jelölni a szerző nevét, arab számmal az ábra sorszámmát és a vertikális irányát.

A formai hiányossággal beküldött kéziratokat nem tudjuk elfogadni. A gyors lektori és korrektúrafordulók érdekében kérjük a legbiztosabb levelezési, illetve e-mail címet, telefon- és faxszámot megadni. Elfogadás esetén külön levélben kérjük jelezni, hogy a szerzők a közleménnyel egyetértenek (és ezt aláírásukkal igazolják), valamint lemondanak a folyóirat javára a kiadási jogról. Írásbeli engedélyt kérünk mellékelni a már közölt adat/ábra felhasználása, felismerhető személy ábrázolása, szerzőnek nem minősülő személy nevének említése/feltüntetése esetén. A szerkesztőség az általa felkért szakértők személyét titkossággal kezeli. A kézirat tulajdonjoga a megjelenésig a szerzőt illeti meg, a megjelenés napján tulajdonjoga a kiadóra száll. A megjelenő kéziratok megőrzésére szerkesztőségünk nem tud vállalkozni.

A kéziratok benyújtását a következő címre várjuk:

*Dr. Szélid Zsolt szerkesztőségi titkár*  
Semmelweis Egyetem, Kardiológiai Központ  
1122 Budapest, Városmajor u. 68  
Tel: (06-1) 458-6810  
E-mail: orvoskepzes@kardio.sote.hu

## A tanfolyam programja / Tartalom / Contents

2009. ÁPRILIS 20. HÉTFŐ (7 ÓRA)			
10.00 – 10.15	<i>Dr. Perczel Forintos Dóra</i>	Megnyitó	
10.15 – 11.00	<i>Dr. Mórotz Kenéz</i> EU-TEAMHUMÁN Bt.	Viselkedés-, és kognitív szempontú diagnosztika	139. old.
11.15 – 12.00	<i>Rózsa Sándor</i> ELTE PPK, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék	Korszerű mérőmódszerek a klinikai diagnosztikában	141. old.
12.15 – 13.00	<i>Dr. Perczel Forintos Dóra</i> Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia	Új utak a diagnosztikában: a folyamatos állapotkövetés jelentősége a terápiás folyamatban	145. old.
13.00 – 13.45	ebédszünet		
13.45 – 15.15	<i>Racsomány Mihály PhD</i> Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Kognitív Tudományi Tanszék	Modern neuropszichológiai vizsgálmódszerek a klinikumban: az emlékezet és a kontrollált viselkedés zavarai és diagnosztikája	148. old.
15.30 – 17.00	<i>Dr. Urbán Éva</i> Szent Ferenc Rehabilitációs Kórház, Pszichoterápiás Rehabilitációs Osztály, Miskolc	Jogi kérdések a klinikai pszichológiában és a pszichoterápiában – Betegjogi és adatvédelmi szempontok	150. old.
2009. ÁPRILIS 21. KEDD (7 ÓRA)			
9.00 – 9.45	<i>Dr. Perczel Forintos Dóra</i> Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia	Kognitív terápia: standard és sémaközpontú módszerek.	154. old.
10.00 – 10.45	<i>Dr. Perczel Forintos Dóra</i> Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia	Linehan dialektikus viselkedésterápiája a borderline személyiségzavar kezelésében	158. old.
11.00 – 11.45	<i>Dr. Perczel Forintos Dóra</i> Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia	Az öngyilkossági veszélyeztetettség pszichés háttértényezői és problémamegoldó tréning szerepe	161. old.
12.00 – 12.45	<i>Negrea Vidia</i> Közösségi Szolgáltatások Alapítványa Magyarország	A resztoratív igazságszolgáltatás szemléletének alkalmazása	164. old.
12.45 – 13.30	ebédszünet		
13.30 – 15.00	<i>Dr. Császár Noémi</i> KRE BTK Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék	Fájdalomszindrómák diagnosztikája és kezelése	165. old.
15.15 – 16.00	<i>Dr. Riskó Ágnes</i> Országos Onkológiai Intézet, Budapest	Az onkopszichológia legújabb eredményei	169. old.

**Klinikai pszichológiai Kötelező Szinten Tartó Tanfolyam**

2009. ÁPRILIS 22. SZERDA (6 ÓRA)			
9.00 – 10.30	<i>Dr. Hámori Eszter</i> Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Pszichológiai Intézet	Klinikai zavarok és mentalizációs deficit – A kötődéselméleti perspektíva	172. old.
10.45 – 12.15	<i>Dr. Vetró Ágnes</i> Szegedi Tudományegyetem, Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztály	A gyermekkori depresszió és szorongásos zavarok pszichoterápiája	175. old.
12.15 – 13.00	ebédszünet		
13.00 – 13.45	<i>Dr. László Zsuzsa</i> Fimota Központ	ADHD gyermek- és felnőttkorban	178. old.
14.00 – 14.45	<i>Dr. Kovács József</i> Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Bioetika Részleg	Etikai kérdések a klinikai pszichológiában	182. old.

2009. ÁPRILIS 23. CSÜTÖRTÖK (6 ÓRA)			
9.00 – 9.45	<i>Dr. Hoyer Mária</i> Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Pszichológia Tanszék	Klinikai pszichológia alkalmazása az addiktológiában. Legújabb eredmények	184. old.
10.00 – 10.45	<i>Dr. Bodrogi Andrea</i> Ébredések Alapítvány, Pont Drogambulancia	Rövid intervenció módszere	188. old.
11.00 – 11.45	<i>Dr. Pataky Ilona</i> PPKE BTK Pszichológia Intézet	Klinikai pszichológia alkalmazása az igazságügyben	191. old.
12.00 – 12.45	<i>Dr. Bugán Antal</i> DEOEC Magatartástudományi Intézet	Új szemlélet vagy új professzió? Az egészségpszichológia és a klinikai pszichológia viszonya	195. old.
12.45 – 13.30	ebédszünet		
13.30 – 15.00	<i>Prof. Dr. Bagdy Emőke</i> Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészet- tudományi Kar, Pszichológia Tanszék	A transzperszonális pszichológia távlatai	197. old.

## Viselkedés és kognitív szempontú diagnosztika

### Assessment in cognitive behavior therapy

Mórotz Kenéz

EU-TEAM HUMÁN BT.

**Kulcsszavak:** tanulásmélelet, kognitív-behaviorális szemlélet, viselkedéses és kognitív diagnosztika

**Keywords:** learning theory, cognitive-behavioral approach, cognitív and behavioral assessment

Történeti fejlődésük eltérő menete ellenére ma már a viselkedéselvű és kognitív terápiás megközelítésről mint integrálódott, egységes nézetrendszerrel beszélhetünk. A viselkedésterápia egyik fő posztulátuma – mely szerint a lelki zavarok kialakulásában sajátos tanulási folyamatok a meghatározók – egyaránt érvényes mind a külső – manifeszt, – mind a belső, tudati viselkedésmódokra.

Természetesen a kétféle megközelítés eltérő hangsúlyú lehet az egyes tüneti, illetve betegségképekre vonatkozóan, továbbá a terápia különböző szakaszaiban. A kognitív viselkedésterápiás szemlélet a lelki zavarok és állapotkép felmérésében is újszerű módszereket hozott. A korábbi pszichoterápiás irányzatokkal szemben a kognitív viselkedésterápiás diagnosztika nem elsősorban a „miért”-re, hanem a tüneti kép pontos leírására, és a tüneti kép alakulása szempontjából meghatározó, illetve moduláló jelentőségű külső és belső tényezőkre koncentrált. Az elsődlegesen viselkedésközpontú diagnosztikai megközelítés első lépésben a tüneti viselkedés minél pontosabb, konkrét és azonosítható jellemzőinek feltérképezésére irányul, különös tekintettel az intenzitás, gyakoriság és időbeli lefolyás szempontjaira. A tünetek elemzésének ki kell terjednie mind a motoros, mind a verbális, mind pedig a fiziológiai megnyilvánulásokra.

Fontos szempont a tüneti viselkedés klasszifikálása is, amennyiben megállapítjuk, hogy az adott megnyilvánulás milyen mértékben sorolható be az a főbb viselkedészavarok valamelyikébe:

1. A viselkedés ingerkontrolljának zavarai
  - Az adott helyzet jellemzői nem kontrollálják kellőképpen a viselkedést (pl. nem gátolnak le az elvárt módon bizonyos viselkedésmódokat)
2. Viselkedésdeficit
  - Bizonyos helyzetben kívánatos viselkedésmódok nem, vagy nem megfelelő gyakorisággal és intenzitással jelennek meg (pl. szociális viselkedésmódok)
3. Viselkedési excessus
  - Valamely viselkedés túl gyakran, vagy a megfelelő, az adott viselkedést szükségszerűen előhívó feltételek hiányában jelenik meg (pl. ellenőrzés)
4. Averzív viselkedésszereplő
  - A környezet számára zavaró viselkedéses megnyilvánulások (pl. antiszociális viselkedés)
5. A viselkedés ösztönzőinek és megerősítőinek zavara
  - Az egyén megerősítési élménykészlete hiányos (pl. azok a szociális ingerek, amelyek más számára megerősítő hatásúak, a beteg számára nem jelentenek semmit)
  - Averzív önmegerősítő rendszer (az egyén önmegerősítő készletéből hiányoznak a pozitív elemek)

A viselkedésdiagnosztikai elemzés következő pontja az adott zavar tanuláslélektani szerkezetének megállapítása. A viselkedésdiagnosztika a tüneti viselkedés elemzésében az ún. „SORCK” sémát alkalmazza:

S	O	R	C	K
Stimulus	Organizmi-kus változó	Reakció	Konzekvencia (megerősítés)	Kontingencia
A viselkedés kiváltó ingerei	Belső környezet	Válasz, tevékenység, cselekvés	A viselkedés következményei, illetve ezek kognitív reprezentációja	A megerősítés menetrendje
Fogamzágató tableta bevétele (nem történt-e valami, ami miatt a tableta nem hatékony?)	Félelem a teherbeeséstől	Megbizonyosodást szolgáló kérdések (szülőktől, nőgyógyásztól)		Folyamatos (1:1 típusú)

Fenti viselkedésszerveződési láncolat minden egyes eleme kognitív szinten is reprezentálódhat, illetve sajátos kognitív értelmezés által kapja meg jelentését. Pl. a példában szereplő megerősítés csak akkor érvényesült, ha a megkérdezettek azonnal, és több érvvel alátámasztva igyekeztek választ adni. Ha a kapott válasz nem ilyen volt, az maga is, mint inger, újabb megbizonyosodási viselkedésláncolatot indított el. Természetesen ennek, a beteg részéről tapasztalható jelentésadási módzatnak (ha nem 100%-ban úgy történik minden, ahogy azt elvárta, akkor érdemben nem történt semmi) a pontos felmérésében már döntően a kognitív diagnosztika lehet mértékadó. A kognitív hangsúlyú diagnosztikai megközelítés éppen azt célozza, hogy megértsük, milyen információfeldolgozási sajátosságok által kapnak a különböző külső és belső események sajátos jelentést, s melyek az alapjai ennek a jelentésszerveződési módzatnak.

A viselkedést irányító tényezők nem magukban, fizikai sajátosságai által, hanem sajátos jelentéseik által válnak szignifikánssá. A terápiás eredményesség szempontjából kiemelt jelentőségű, hogy feltárjuk mindazokat a hatótényezőket – kiváltó és moduláló ingerfeltételeket, amelyek a tüneti viselkedésre hatással vannak. Ennek egyik megvalósulási formája, amikor ún. szorongástérképet állítunk össze, majd az ebben szereplő tényezőket szorongáskeltő intenzitás szerint rendez-



zük el. Egy szociális fóbiában szenvedő egyénnél a szorongáshierarchia összeállításánál pl. az alábbi szempontokat vesszük figyelembe:

- Ismerősség
- Jelenlévők száma
- Meglepetésszerűség
- Jelenlévők neme, státusza
- Elkerülési lehetőségek
- Biztonsági viselkedésmódok

A biztonsági viselkedésmódok feltérképezése azért igen fontos, mert ezek akadályozzák azt, hogy a beteg valóban konfrontálódjék a szorongáskiváltó szituációval. Az említett szociális fóbia esetén ilyen lehet az, hogy a beteg napszemüveget hord, kerüli a tekintetkontaktust, később érkezik és hamarabb távozik, esetleg eleve jelzi, hogy nem biztos, végig ott tud maradni. Egy az önkontroll elvesztésétől rettegő beteg megkéri ismerőseit, hogy az elméje elborulásának legkisebb jelére intézkedjenek. A viselkedés konzekvenciái az operáns elvnek megfelelően az adott viselkedés jövőbeli megjelenési valószínűségét befolyásoló megerősítőkként kezelhetők. A negatív megerősítés esetén pl. a viselkedés következtében egy várható averzív esemény kimarad, s ez növeli meg az adott viselkedés jövőbeli megjelenésének gyakoriságát.

Amikor egy adott tüneti viselkedés megerősítő következményeit elemezzük, nem szabad arról megfeledkeznünk, hogy egyrészt mindig a megerősítések konkurenciájával állunk szemben, másrészt, hogy mind a rövid távú, mind pedig a hosszú távú következményekre tekintettel legyünk. Utóbbinak különleges jelentősége van az impulzuskontroll-zavarok elemzésében. Egy, az önkontroll elvesztésétől és a megőrléstől rettegő beteg félelmét kezdetben az váltotta ki, hogy a megszokottnál indulatosabbá vált egy szüleiével folytatott vitában. Hogy félelmétől szabaduljon, különböző ezoterikus „szakembereket” keresett fel, akik állapotát „előző életeinek” elemzése alapján megnyugtatónak ítélték. Néhány napos nyugalmat követően a beteg ismét pánikba esett, mert észbe jutott, hogy lesz következő élete is, amelyre vonatkozóan nincsenek kontroll lehetőségei.

A kognitív hangsúlyú diagnosztika fő törekvése az, hogy elemezze, a külső és belső események értékelésében milyen jelentésadási sémák ismerhetők fel, ezek milyen feltevérendszer nyomán alakulnak, s ezen feltevérendszer mögött milyen öndefiníciós hiedelmek – ún. maghiedelmek szerepelnek. A maghiedelmek leggyakoribb témái a teljesítmény, az érzelmi elfogadottság és a kontroll jelenségek foglalkoztatják magukba. A kognitív diagnosztikai elemzés első lépésben az ún. negatív automatikus gondolatok feltérképezésére irányul. A ne-

gativ automatikus gondolatok reflex-szerű, gyakran nem is egészen tudatos helyzetértékelést jelentenek. Az említett szociális fóbiás beteg esetében pl. az, hogy társaságban meg kell szólalnia a következő negatív automatikus gondolatokat aktivizálja: „hülyének fognak gondolni”, „lejáratom magam, mert elvörösödök és remeg a kezem” stb. A negatív automatikus gondolatok feltérképezésében a legtöbbet magától a betegől várjuk, aki meghatározott szempontok alapján gondolatnaplót vezet, amelyben megjelöli a kritikus eseményeket, az ennek kapcsán keletkezett érzéseket, majd azokat az automatikus gondolatokat, amelyek átfutottak a fején az adott helyzetben. A következő lépésben rendszerezük ezeket a negatív automatikus gondolatokat aszerint, hogy bennük milyen az egyén és a környezet viszonyáról szóló feltevések és szabályok állnak. Így pl. eljuthatunk egy olyan feltevéshez, hogy amennyiben valaki nem nyeri meg az adott közösség minden tagjának elismerését, akkor az olyan, mintha leszerepelt volna. A mögöttes szabály nyilvánvalóan az, hogy ha valaki azt szeretné, hogy elfogadják, akkor mindenki elismerését töretlenül és maradéktalanul meg kell szereznie. És a mindezek háttérben álló öndefiníciós rémület, vagy maghiedelem: „Nem vagyok szerethető”.

Az alapos kognitív és viselkedés-szempontú elemzés tesztilehető az adott eset konceptualizálását, amely a beteg problémájának kognitív modellben történő leképezését jelenti. A konceptualizálás során a következő jelenségekörökre figyelünk:

- A tünetkiváltó trigger-ingerekre adott integrált kognitív, affektív és viselkedéses válasz
- A beteg alapvető hiedelmei, amelyek befolyásolják az adott reakciókat
- A maladaptív válaszokat aktiváló körülmények
- A környezet válasza a beteg viselkedésére
- A beteg viselkedését befolyásoló negatív események
- A beteg speciális vulnabilitásának kialakulásában szerepet játszó tanulástörténet

A kognitív szempontú diagnosztika újabban egyre nagyobb figyelmet szentel az ún. élménymódok elemzésének. Az élménymódok olyan, komplex, a kognitív, affektív, motivacionális és viselkedéses komponenseket integráló reakciók, amelyeknek sajátos, az egyes komponensek speciális, kongruens elrendeződéséből fakadó mintázata van. Az élménymódok az orientációs séma működése által aktivizálódnak. Maga a folyamat teljes mértékben az automatikus információfeldolgozás révén valósul meg. Az orientációs séma szerepe az, hogy az érzékelt eseményeket megkísérli korábbi élménymintákkal összehasonlítani, amellyel speciális élménymódok – vesztély, kockázat, veszteség stb. – aktiválásához vezethet.



**MEGJELENT!**  
rendelje meg közvetlenül a kiadótól  
csak **2200 Ft**

**MÉRGEZŐ NÖVÉNYEK,  
NÖVÉNYI MÉRGEZÉSEK**

minden óvodába, iskolába  
minden patikába  
minden orvosnak  
hogy megismerjük,  
hogy megelőzzük,  
hogy segítsünk

## Korszerű mérő módszerek a klinikai diagnosztikában

### New methods in clinical assessment

Rózsa Sándor

ELTE PPK, Személyiség- és Egészségpszichológiai Tanszék

**Kulcsszavak:** Wechsler intelligenciateszt, SCID-I és SCID-II, MMPI-2

**Keywords:** Wechsler Intelligence Scale, SCID-I and SCID-II, MMPI-2

Az intelligencia- és személyiségtesztek, a viselkedés-szemponthú értékelések, valamint a klinikai interjúk fontos információt szolgáltatnak a felmért személyről, de önmagukban egyiket sem tekinthetjük elég átfogónak ahhoz, hogy a személyiségműködés teljességét megbízhatóan megragadná. A pszichológiai mérés kifejezésen általában egy olyan átfogó és integratív mérési folyamatot értünk, amely magában foglalja a kapott eredmények kiértékelését, interpretációját, a több forrásból rendelkezésre álló információk összevetését, megbízhatóságuk megítélését és a pszichológiai jellemzők bejósolását. Ebben a folyamatban nemcsak tesztekkel származó eredmények értékelése történhet, hanem kiegészülhet például az interjúkkal, esetleírásokkal vagy a viselkedés megfigyeléséből származó információkkal is.

A következőkben néhány olyan pszichodiagnosztikai módszert tekintünk át, amelyek a nemzetközi gyakorlatban már jól ismertek, a mérőeszközökkel szerzett kutatási eredmények és gyakorlati tapasztalatok a módszerek kiváló alkalmazhatóságát dicsérik. Az ismertetés három nagy terület (diagnózis, személyiségtényezők, intelligencia) mérőeszközeiből szemléz, amelyek hazánkban is elérhetőek. A bemutatás elsődlegesen a mérőeszközök megválasztásához szeretne hasznos támpontot nyújtani.

### Diagnózis

A különböző betegségek definícióján és osztályozásán alapuló diagnózis olyan tudományos módszer, amely központi szerepet játszik az orvoslásban. A diagnózis általában olyan különböző információk integrálásának eredményeként áll elő, mint például élettörténeti adatok, kórelőzmény, diagnosztikai interjú, pszichológiai tesztek, laboratóriumi vizsgálatok.

A betegség általános jellemzőin alapuló diagnózis hozzásegíti a szakembert ahhoz, hogy a közös lényegi jellemzők alapján a betegség etiológiáját, kialakulását és lefolyását megértse, valamint hatékony kezelési stratégiát válasszon.

A következőkben két olyan hazánkban is használatos strukturált diagnosztikai interjút mutatunk be – SCID és M.I.N.I. –, amelyek DSM-IV, illetve BNO-10 osztályozást tesznek lehetővé.

### SCID-I és SCID-II

A SCID-I és SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders, First és mtsai., 1997ab) olyan strukturált klinikai interjúk, melyek segítségével a DSM-IV I-es és II-es tengelyén található pszichiátriai kórképek és a személyiségzavarok diagnosztizálhatók.

A SCID-I hat, viszonylag önálló modulra oszlik, amelyek felvétele általában egymást követi, de a sorrend változtatható

is, vagy egyes modulok akár ki is hagyhatók. A modulok a következők: 1. hangulatzavar-epizódok, 2. pszichotikus tünetek, 3. pszichotikus zavarok, 4. hangulatzavarok, 5. pszichoaktív szerekkel kapcsolatos zavarok, 6. szorongásos és egyéb zavarok (egyéb zavarok: alkalmazkodási zavar, szomatizációs zavar és differenciálatlan szomatiform zavar, hypochondriasis, test-dysmorphiás zavar, anorexia nervosa, bulimia nervosa).

A diagnosztikai interjút általában a pszichés zavarokban szenvedők problémáinak feltárására, diagnosztikájára és szűrésére, a hatékony kezelés megválasztására és a kezelési terv kialakítására, valamint különböző mérő módszerek összehasonlító elemzésére használják. A strukturált interjú – a vizsgálati folyamat standardizációja révén – javítja a diagnosztikai megítélés megbízhatóságát és érvényességét. A SCID-I felvételének ideje a vizsgálati személy állapotától függően 45–90 perc. Serdülőkorúak és felnőttek esetében egyaránt használható.

A SCID-II a DSM-IV II-es tengelyén található személyiségzavarok diagnózisát segítő strukturált interjú. A mérőeszköz a következő személyiségzavarokat térképezi fel: elkerülő, dependens, kényszeres, passzív-agresszív, depresszív, paranoid, szkizotip, szkizoid, hisztrionikus, narcisztikus, borderline, antiszociális, máshová nem osztályozható. Kategorikus (van/nincs) és dimenzionális (a személyiségzavar kritériumainak számán alapuló) értékelést is lehetővé tesz. Az interjút egy önjellemző személyiség-kérdőív egészíti ki, amely – ha a szakember a vizsgálati személlyel előzetesen kitölteti – nagyban segíti és gyorsítja az interjú folyamatát.

A diagnosztikai interjút általában a pszichés zavarokban szenvedők személyiségprofiljának vizsgálatára és szűrésére, a hatékony kezelés megválasztására és a kezelési terv kialakítására, valamint különböző mérő módszerek összehasonlító elemzésére használják. A SCID-II felvételének ideje a vizsgálati személy állapotától függően 40–60 perc. Serdülőkorúak és felnőttek esetében egyaránt használható.

A mérőeszköz reliabilitását és validitását számos kutatási eredmény igazolta (pl. Skodol és mtsai., 1988; Renneberg és mtsai., 1992; Ekselius és mtsai., 1994; Kranzler és mtsai., 1995; Fennig és mtsai., 1996). Sztenderd diagnosztikai módszer lévén bizonyítottan javítja a diagnosztikai megítélés megbízhatóságát, és lehetővé teszi olyan tünetek feltárását is, amelyek egyébként elkerülnék a szakember figyelmét. A felhasználóbarát módon kialakított klinikai interjú bármilyen gyakorlottságú szakember számára többletet nyújt: kialakítja vagy finomítja a klinikai interjútechnikát, a diagnosztikai ismervek pontos használatát, a diagnosztikai folyamat dokumentációját és a differenciáldiagnosztikát. Az eszköz a kezdő klinikus szakember diagnosztikai interjújában való jártasságát számos rávezető kérdéssel és értelmező megjegyzéssel segíti.

### M.I.N.I.

A M.I.N.I. (Mini-International Neuropsychiatric Interview) egy olyan rövid strukturált diagnosztikai interjú, amelyet pszichiáter és klinikai pszichológus szakemberek fejlesztettek ki a DSM-IV I. tengelyén és a BNO-10-ben szereplő fő pszichiátriai kórképek felmérésére (Sheehan és mtsai., 1998). A M.I.N.I. felvétele, valamint kiértékelése egyszerű és gyors (kb. 15 perc), elsajátítása nem igényel hosszú tréninget, így a klinikai vizsgálatokban és az epidemiológiai felmérésekben népszerű.

A M.I.N.I. és ennek bővített változata a M.I.N.I. Plusz, valamint az interjú 6–18 éves korúak számára kidolgozott változata a Gyermekek M.I.N.I. hazánkban is népszerű. A mérőszközzel szerzett hazai vizsgálatok az interjú érvényességét és alkalmazhatóságát dicsérik (Balázs és mtsai., 1998, 2000, 2001).

## Személyiségtesztjezők

### MMPI-2 és MMPI-A

A Minnesota Többtényezős Személyiség-kérdőív (MMPI) olyan átfogó önjellemző mérőszköz, amely a személyiség- és a pszichológiai zavarok feltárására alkalmas. A mérőszköz legújabb változatát (MMPI-2) 1989-ben publikálták (Butcher és mtsai., 1989/2009), Magyarországon pedig 2009-ben került bevezetésre. Az 567 tételből álló MMPI-2 mérőszköznél több új tételt és skálát is bevezettek, valamint a korábbi változat tégeiből többet átfogalmaztak. Az MMPI-2 mintájára létrehozták ennek serdülő változatát, a 478 teteles MMPI-A kérdőívet. Az új mérőszközök skálái pszichometriailag kimunkáltabbak, a kitöltés érvényességének feltárására újabb validitás skálákat vezettek be.

Az MMPI-2-be 3 új Validitás-skála került be – FB, VRIN és TRIN –, amelyek jelentősen segítik az érvénytelen profilok azonosítását. Az eszköz tovább bővült a Tartalmi komponens és Kiegészítő skálákkal, valamint a személyiség- és pszichopatológia-modellen alapuló PSY-5 skálákkal.

A standard pontszámokat a skálák nyerspontszámainak T-értékei adják, 50-es átlaggal és 10-es szórással. A 65 vagy ennél magasabb T-pontszámok – azaz a normatív minta 6%-a számítnak magasnak és klinikai szempontból jelentősnek.

A validitás-skálák között szerepel a VRIN (Variable Response Inconsistency) és TRIN (True Response Inconsistency). Ezen új típusú validitás-skálákat a hagyományos validitás mérőszámok kiegészítésére fejlesztették ki. E két skála nem fejez ki semmilyen tétel tartalmat. A VRIN- és TRIN-pontszámok egy személy inkonzisztens vagy ellentmondásos válaszadási stílusát jelezik bizonyos szempont alapján kiválogatott tétel-párokban számított pontszámok alapján. A VRIN tétel-párok azonos vagy ellentétes tartalmúak. Ha például a két tétel tartalma ellentétes, akkor a mindkettőre adott „Igen” válasz jelent inkonzisztenciát. A magas VRIN-pontszámok azt jelentik, hogy a vizsgálati személy feltehetőleg gondolkodás nélkül, random módon válaszolt a kérdésekre. A TRIN skála viszont kizárólag ellentétes tartalmú tégeket tartalmaz. Egy plusz pontot jelent, ha a vizsgálati személy egy bizonyos tétel-pár mindkét tételére „Igaz” választ ad; mínusz egy pont, ha a vizsgálati személy egy bizonyos tétel-pár mindkét tételére „Hamis” választ ad. Egy magas TRIN-nyerspontszám azt jelenti, hogy

a kitöltő válogatás nélkül „Igaz” válaszokat ad a tégekre. A nagyon alacsony TRIN-nyerspontszám pedig azt jelenti, hogy a személy válogatás nélkül „Hamis” válaszokat ad.

Az MMPI-2 1989-es megjelenése óta több mint 1.000 folyóiratcikket közöltek, amelyekben az MMPI-2 is szerepelt. Néhány tanulmányban egy-egy MMPI-2 skálát vagy indexet egy más konstruktum kritériumeszközeként használták, míg egyéb tanulmányok közvetlenül az MMPI-2 használatával és értelmezésével foglalkoztak. Mindkét típusú tanulmány jelentősen segíti annak megértését, hogyan lehet az MMPI-2-öt a lehető legjobban alkalmazni, hogyan kell értelmezni a sztenderd skálákat és a kódtípusokat, hogyan segíti az MMPI-2 a személyek felmérését a legkülönbözőbb környezetekben: fekvő és bejáró betegellátás, személyzeti munka, bűnügyi felderítés és büntetés-végrehajtási intézmények.

## Intelligencia

### Wechsler Intelligenciatesztek

A Wechsler Intelligenciatesztek a gyermek- és felnőtt-korúak kognitív képességeinek átfogó és megbízható feltárását szolgálják, amelyek a klinikusok és a kutatók körében az egyik leggyakrabban alkalmazott mérőszköz a világon. A David Wechsler által kifejlesztett intelligencia koncepciója és mérési módszere már több mint fél évszázadon keresztül meghatározó jelentőségű a kutatásban és a gyakorlatban egyaránt.

A mérőszközcsalád 3 korcsoport számára kidolgozott változattal áll. A legfiatalabbak mentális képességeit a WPPSI-III (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence) tárja fel. Ez a 3. kiadását megélt mérőszköz jelenleg 2 év 6 hónapos gyermekektől 7 év 3 hónapos korig alkalmazható, ami nem igényel olvasást vagy írást. A mérőszköz elsőgenerációs változatával hazánkban is készültek kutatások.

A WISC-IV (Wechsler Intelligence Scale for Children) a 4. kiadás, amely 7 éves kortól 17 éves korig alkalmazható. Korábbi változatai 1949-ben, 1974-ben és 1991-ben jelentek meg. A mérőszköz elsőgenerációs revidált (HAWIK, MAW-GYI-R), valamint a legújabb változata (WISC-IV) hazánkban is széles körben alkalmazott.

A WAIS-IV (Wechsler Adult Intelligence Scale) 4. kiadása a legfrissebb, amely 18 éves kortól alkalmazható. Hazánkban a WAIS-IV adaptációs munkálatai zajlanak, a mérőszköz várhatóan 2009 végétől elérhető a hazai szakemberek számára.

A David Wechsler által kidolgozott mérőszközök felvételeinek általános szabályai közé tartozik a kezdés, a visszafordulás, a megszakítás és a pontozás. A vizsgálati idő lerövidítésére, illetve a gyermek vagy a felnőtt fáradásának kiküszöbölésére érdekében a különböző feladatok életkori és nehézségi szinteknek megfelelően indíthatók. Például egy 15 éves fiatal esetében nagyon unalmas és fárasztó lenne a 7 éveseknek szánt összes feladatot megoldani.

Mivel a mérőszköz újabb változatai nagy hangsúlyt fektetnek arra, hogy a vizsgálati személy maradéktalanul megértse a feladatot, így ha a korszpecifikus kezdési pont valami oknál fogva nem alkalmas a vizsgálati személy beléptetésére (mert nem tudta a bemelegítő feladatokat megoldani), akkor a visszafordulás szabályát kell alkalmazni, vagyis olyan szintre kell visszamenni, amin megérti a feladatmegoldás logikáját. Ezt a szabályt gyakran értelmi fogyatékosoknál, vagy olyan

személyek esetében kell alkalmazni, akik nem járatosak a feladatmegoldások terén.

A megszakításra vonatkozó szabályok jelzik annak a kritériumát, aminek fennállásakor egy feladat felvétele abba-hagyható. Ennek elsődleges célja, hogy a vizsgálati idő csökkenjen, és ne frusztrálja túlságosan a rossz megoldásokkal a vizsgálati személyt. Általában 2-3 rossz megoldás után hagyható abba egy szubteszt.

A feladatok pontozása jó megoldásonként és a nehézségtől függően 1 vagy 2 pontot kap. Több feladat esetében az időmérés is szükséges, a kapott pontszámok annak megfelelően adhatók, hogy mennyi idő alatt oldotta meg a személy a feladatot.

A mérőeszköz újabb változatai már nemcsak verbális és performációs mutatókat különböztetnek meg, hanem a faktoranalitikus elemzések eredményei alapján verbális, perceptuális, feldolgozási sebesség- és munkamemória-indexeket számolhatunk. Ezek alkotják az összesített IQ-pontszámot.

A 4 index páronként is összevethető, ami kiváló lehetőséget teremt a vizsgálati személy gyengeségeinek és erősségeinek becslésére. Mindezek mellett ezek az összevetések a mérés megbízhatóságát és a differenciáldiagnózist is segítik. Ez a fajta megközelítés az egyéni eredmények egymással történő összehasonlításán alapul, ami egy más típusú megközelítést jelent, mint amikor a normákhoz hasonlítjuk az elért teljesítményt. A személy kognitív profiljának gyengeségeit és erősségeit feltáró megközelítés jól alkalmazható a kezelési terv kidolgozásánál: mit kell fejleszteni, mire lehet alapozni.

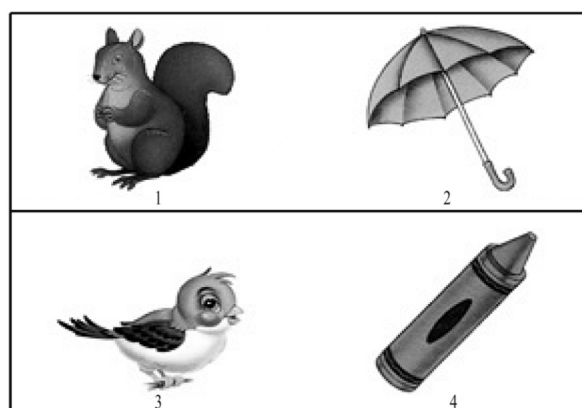
Fontos kezdeményezés, hogy az indexek és a különböző szubtesztek összevetésekor kapott különbségeket ún. kritikus értékhez hasonlíthatjuk, ami támpontul szolgál ahhoz, hogy a kapott eredmény statisztikailag jelentős-e. Ha például a két index közötti különbség meghaladja a kritikus értéket, akkor az eltérést statisztikailag szignifikánsnak, figyelemre méltónak tekinthetjük. Ugyancsak fontos interpretációs sajátosság, hogy az intelligencia pontbecslése mellett megbízhatósági in-

tervallumot (pl. 95%-os) is számolunk. Ez a megközelítés mérési hibából fakadó IQ érték ingadozását szemlélteti. Például, ha a felmért személy 95%-os megbízhatósági intervallum becslésének eredménye 118-125 IQ-pont, akkor 95%-os megbízhatósággal jelenthetjük ki, hogy a személy ismételt intelligencia vizsgálata során (pl. 2 hét múlva) 118 és 125 pont közé eső értéket kapunk.

Az 1. ábra a WISC-IV mérőeszköz felépítését szemlélteti. Érdeemes megjegyeznünk, hogy a felnőtt változat (WAIS-IV) struktúrája is hasonló, de néhány szubteszt különbözik.

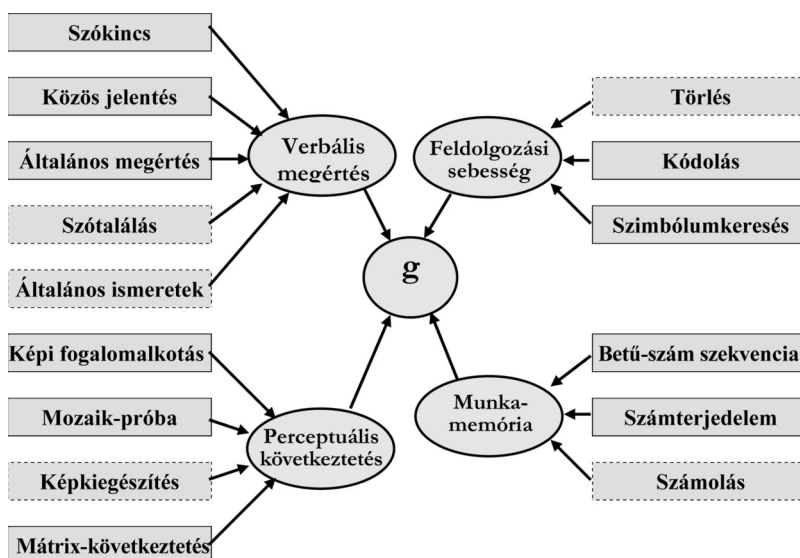
A WISC-IV és a WAIS-IV több olyan szubteszttel is bővült, amelyek a korábbi változatokban még nem szerepeltek. Az alábbiakban ezek közül mutatunk be néhányat.

A perceptuális készségeket felmérő index gyermekek számára kidolgozott új szubtesztje a Képi fogalomalkotás, melynek lényege, hogy a gyermeknek 2 vagy 3 sorban bemutatott képek közül soronként egy-egy közös jellemzővel rendelkező képet kell kiválasztania (2. ábra).



2. ábra A WISC-IV Képi fogalomalkotás szubtesztjének szemléltetése

1. ábra A WISC-IV felépítése (szaggatott vonallal a kiegészítő szubtesztek láthatók)

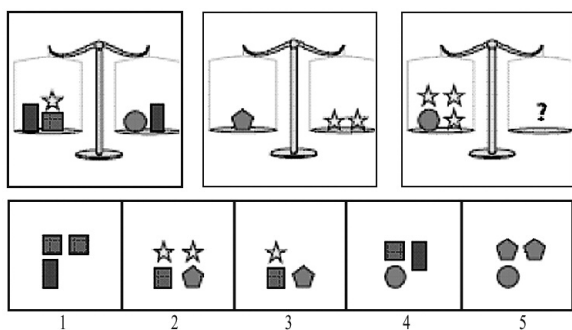


A Feldolgozási sebesség új kiegészítő feladata a Törlés, melynek lényege, hogy a gyermeknek random és sorba rendezett képsorozatokban (tárgyak) kell egy bizonyos időhatáron belül megjelölni a célminta (állatok) képeit.

A Betű-szám szekvencia a munkamemóriát méri, melyben a gyermeknek számokból és betűkből álló felolvasott sorozatból kell elismételnie a számokat növekvő vagy a betűket ábécésorrendben: pl. 5 – B – 2 – A.

A Szótálás feladatban a gyermek körülíró és rávezető információkból beazonosítja és megnevezi az általános fogalmat: pl. „Ez egy hosszú nyelű eszköz, és a padló vizzel való tisztítására használjuk. Mi ez?”

A WAIS-IV Súlybecslés szubtesztjében a vizsgálati személynek megadott időhatáron belül kell megtekintenie egy mérleget, amelyekről súlyok hiányoznak, és kiválasztani azt a választéshetőséget, amely egyensúlyba hozza a mérleget (3. ábra).



3. ábra

A WAIS-IV Súlybecslés szubtesztjének szemléltetése

Ugyancsak a WAIS-IV perceptuális készségeket felmértő új szubtesztje a Mintakirakó, amelyben a vizsgálati személynek megadott időhatáron belül kell megvizsgálnia egy befezett kirakós mintát, és a választéshetőségek közül kiválasztani azt a 3 mintaelemet, amelyekből a kirakott minta összeáll.

### Irodalom

- Balázs J, Bitter I, Hideg K, Vitrai J. (1998). A M.I.N.I. és a M.I.N.I. Plusz kérdőív magyar nyelvű változatának kidolgozása. *Psychiatria Hungarica*, 13(2), 160–168.
- Balázs J, Bitter I. (2000). A M.I.N.I. Plusz kérdőív kritérium validitás vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 15(2), 134–144.
- Balázs J, Kiss K, Szádóczky E, Bolyós Cs, Laczkó K, Szabó J, Bitter I. (2001). A M.I.N.I. Plusz és a DIS kérdőív validitász vizsgálata. *Psychiatria Hungarica*, 16(1), 5–11.
- Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen AM, Kaemmer B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press. Magyarul: MMPI-2. Kézikönyv. OS Hungary, 2009.
- Ekselius L, Lindstrom E, von Knorring L, Bodlund O, Kullgren G. (1994). SCID-II interviews and the SCID Screen questionnaire as diagnostic tools for personality disorders in DSM-III-R. *Acta Psychiatria Scandinavica*, 90(2), 120–3.
- Fennig S, Naisberg-Fennig S, Craig TJ. (1996). Comparison of clinical and research diagnoses of substance use disorders in a first-admission psychotic sample. *American Journal of Addiction*, 5(1), 40–48.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. (1997a). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I (SCID-I)*. Washington, DC, American Psychiatric Press. Magyarul: SCID-I Strukturált klinikai interjú a DSM-IV I-es tengelyén található zavarok diagnosztizálására (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I). Kézikönyv. OS Hungary.
- First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. (1997b). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington DC, American Psychiatric Press. Magyarul: SCID-II Strukturált klinikai interjú a DSM-IV II-es tengelyén található személyiségzavarok felmérésére (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders). Kézikönyv. OS Hungary.
- Kranzler R, Kadden R, Bureson J. (1995). Validity of psychiatric diagnoses in patients with substance use disorders – is the interview more important than the interviewer. *Comprehensive Psychiatry*, 36(4), 278–288.
- Renneberg B, Chambless DL, Dowdall DJ, Fauerbach JA, Gracely EJ (1992). A Structured Interview for DSM-III-R, Axis II, and the Millon Clinical Multiaxial Inventory: A Concurrent Validity Study of Personality Disorders among Anxious Outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 6(2), 117–124.
- Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, Hergueta T, Baker R, Dunbar GC. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, Suppl 20, 22–33.
- Skodol AE, Rosnick L, Kellman D, Oldham JM, Hyler SE. (1988). Validating structured DSM-III-R personality disorder assessments with longitudinal data. *American Journal of Psychiatry*

## Új utak a diagnosztikában: a folyamatos állapotkövetés jelentősége a terápiás folyamatban

### New Ways in Psychodiagnosis: the Importance of Controlled Practice in the Treatment Process

Perczel Forintos Dóra

Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia

**Kulcsszavak:** egyéni esettanulmányok, minőségi esetvezetés modellje, folyamatos állapotkövetés, ellenőrzött gyakorlat, rövid versus hosszú terápia, terápiás hatékonyság

**Keywords:** case study, model of controlled practice, short- versus long-term psychotherapy, therapy effectiveness, continuous assessment

A pszichoterápia olyan segítő, gyógyító beavatkozás, amely emberi kölcsönhatás (interakció) révén hoz létre változásokat az élményátélésben, élményfeldolgozásban és a magatartásban. Sajátos kapcsolat, amely súríti és céltudatosan használja az interperszonális kapcsolat hatótényezőit és meghatározott keretek között működik, zárt lélektani térben. Pszichológiai eszközöket használ és kitűzött célja van (Szőnyi és Füredi, 2008).

A pszichoterápiás hatótényezők megértése régóta foglalkoztatja a szakembereket. Történetileg a pszichoterápiás kutatás lényegében az egyes terápiák elemzésével kezdődött, s *egyéni esettanulmányok* formájában valósult meg, ami nagy hagyományokkal rendelkezik.

Freud és Breuer (1998 [1895]) 1895-ben publikált „Tanulmányok a hisztériáról” című műve Anna O. esetének ismertetése és a terápiás folyamat precíz dokumentálására tett első kísérlet. Anna O. esete a *leíró jellegű esettanulmányok* sorába illeszkedik, amelyben a szerzők részletesen beszámolnak a páciens életéről, tüneteiről, az alkalmazott kezelésről és annak eredményeiről, továbbá hipotéziseket alkotnak a problémák kialakulásáról. Freud tüzetes vizsgálatnak vetette alá eseteit, hogy felismerje az egyetemes pszichológiai folyamatokat, azonban beszámolója mégiscsak szubjektív volt, hiszen ő maga volt a megfigyelő és a megfigyelt terapeuta egy személyben.

A leíró esettanulmányokhoz képest az ún. „magyarázó” *esettanulmányokban* a szakember ok-okozati összefüggések megállapítására törekszik szisztematikus megfigyeléseket követően, amely csak precíz adatgyűjtést követően valósulhat meg. Erre példa a „kis Albert” esete, ahol Watson (1920, idézi Comer, 2003) egy kisfiú és egy nyúl példáján illusztrálja lépésről lépésre a fóbiás elkerülő viselkedés kialakulásának folyamatát.

Sajnálatos módon a klinikai pszichológiában és a pszichoterápiában az egyéni esettanulmányok háttérbe szorultak a természettudományos módszerek hatására, a pszichológia státuszát javítandó: a *csoporthoz, randomizált, kísérleti vizsgálatok* publikálása került túlsúlyba. Amíg 1914-ben a cikkek 70%-a, addig 1951-ben csupán 19% volt egyéni esettanulmány s ez az arány nem is változott. Ezzel szemben az adott időszakban 26%-ról 80%-ra ugrott fel a csoportos vizsgálatok száma, a szakemberek alig-alig jelentenek meg egyéni esetelemzést annak ellenére, hogy a tényleges terápiás folyamat

történéseiről a megtervezett, követett és dokumentált egyéni esettanulmányok jelentik a legnagyobb tanulási lehetőséget (Petermann és Müller, 2006).

#### Minőségi esetvezetés

A terápiás folyamat tudatos tervezése, követése és ellenőrzése objektív mutatókkal (kérdőívek, megfigyelések stb.) az igényes szakmai munka feltétele. A pszichológiai kutatás és a bizonyítékokon alapuló gyógyítás más területein már teret nyert ez a szemlélet, s klinikumban való alkalmazása lehetőséget ad a tudományosság követelményei és a mindennapi gyakorlati munka közötti nagy távolság áthidalására (Bruch, 1998). A „pszichológia tudomány, s mint ilyen, annak érdekében, hogy a rászorulókon segítsen, erejét és egyediségét a tudományos bizonyítékok etikai alapjaiból nyeri... Alapvető etikai felelősséggel tartozik aziránt, hogy lehetőség szerint olyan intervenciókat alkalmazzon, amelyek működnek, és minden alkalmazott beavatkozást vizsgálatnak vessen alá.” (Kanfer és Goldstein, 1991, 14. oldal). A mai kor megkívánja a klinikusoktól azt is, hogy folyamatosan képezzék magukat és olvassák a hazai és nemzetközi szakirodalmat. Ez ma már viszonylag könnyen megvalósítható a világhálón keresztül, ahol a szakkönyvtárak katalógusai, és teljes folyóiratcikkek hozzáférhetők. Kanfer és Goldstein idézetének második része – miszerint a klinikus etikai felelőssége, hogy az alkalmazott beavatkozást vizsgálatnak vesse alá – csak a terápiás állapotváltozás folyamatos követésével valósítható meg.

#### A minőségi esetvezetés célja

Petermann és Müller minőségi esetvezetés modelljének célja az, hogy az egyes esetek vezetésénél a szakember, a páciens és a küldő személy egyaránt tájékoztatást (visszajelzést) kapjon a kezelés során elért változásról. A szakember ilyenkor nem csak saját szubjektív benyomása alapján alakítja ki a véleményét, hanem számos módszert és kritériumrendszert használ fel a pszichopatológiai vagy pszichoterápiás diagnózis felállításához, majd ennek alapján alakítja ki a megfelelő terápiás tervet és a megvalósításához szükséges kezelési formát. Logikusan következik ebből, hogy a pszichoterápiás folyamat további szakaszaiban sem lehet pusztán a klinikus szubjektív beszámolójára támaszkodni a változás megítélésében, hanem

ilyenkor is szükség van külső, objektív visszajelzésekre, hiszen a páciens számára leglényegesebb eredményről, az ő állapotának változásáról, gyógyulásáról van szó. Mivel a fejlődés alapja a visszajelzés, a visszajelzések nem csak a páciensnek szükségesek, hanem nélkülözhetetlenek a szakember fejlődéséhez is. A visszacsatolás minden élő rendszer optimális működésének feltétele, az önszabályozás alapja: a pozitív visszacsatolás erősíti, a negatív pedig gyengíti, illetve leállítja az adott működésmódot.

A pszichoterápia nyelvére lefordítva ez azt jelenti, hogy a pszichoterapeuta akkor tud legjobban fejlődni és tudása legjavát adni, ha pontos, részletes visszajelzések segítik terápiás munkáját: mit csinált jól és miben hibázott, azaz mi volt célravezető (bármilyen legyen is a cél), és mi nem volt hasznos az adott esetben.

### A minőségi esetvezetés alapfogalmai és jellemzői

*Per definitionem*, a minőségi esetvezetés modellje az egyéni esettanulmányokban megvalósuló

- folyamatos állapotkövetést,
- a terápiás folyamat dokumentálását és
- (objektív) mutatókkal való ellenőrzését jelenti.

Ez az ellenőrzött gyakorlat, ahol szorosan összetartoznak a pszichoterápiás folyamat egymást követő lépései:

- a diagnosztika és állapotfelmérés,
- a terápiás célkitűzések,
- a célkitűzések elérésére irányuló megtervezett terápiás módszertan, valamint
- a terápiás változás követése. A változás elmaradására vagy stagnálásra utaló jeleket elsősorban visszajelzésnek, nem pedig kudarcnak tekintik, amely arra utal, hogy feltehetően módosításra van szükség a terápiás folyamatban.

Ezzel egybehangzóan az egyik tankönyv (Szőnyi és Füredi, 2000, 2008) is úgy fogalmaz, hogy a pszichoterápia

1. tudatos és megtervezett interakciós folyamat, a magatartási zavarok és pszichés problémák befolyásolására, ahol
2. a feltárt magatartászavarok kezelésének szükségességében egyetértés van a beteg, a terapeuta és lehetőleg a vonatkoztatási csoport között,
3. a kezelés bizalmi légkörben, pszichológiai eszközökkel történik, verbális vagy nonverbális módon,
4. közösen kidolgozott célra irányul (tünetek csökkentése, személyiségváltozás, megküzdési képesség növelése) és
5. a kezelés megtanulható technikákkal folyik, amelyek a normális és a kóros magatartás valamely elméletén alapulnak.

A minőségi esetvezetés kognitív viselkedésterápiás szemléleten alapul, azaz a pácienssel való első találkozástól egészen a terápia befejezéséig strukturált folyamat érvényesül. Lényegében a gyakorlati munka követése és megfigyelésekkel, kérdőívekkel történő ellenőrzése valósul meg.

A folyamatos állapotkövetés modell alapfogalmai a következők: egyéni esettanulmány, ellenőrzött gyakorlat, adatgyűjtés és dokumentáció, minőségi esetvezetés. Az *egyéni esettanulmány* kifejezés arra vonatkozik, hogy a terapeuta minden egyes páciensénél megadott szempontok alapján kö-

veti és ellenőrzi a pszichoterápia folyamatát és eredményét. Az *ellenőrzött gyakorlatban* a terápiás terv egymásra épülő lépéseivel objektív eszközökkel (kérdőívek, megfigyelés) méri fel a változás jellegét vagy mértékét. *Adatgyűjtés és dokumentáció* azt jelenti, hogy a modellben meghatározzák az információszerzés és az adatok dokumentálásának módját, illetve jellegét (ezt az előadásban részletesen szemléltetjük). Ha ezek a feltételek teljesülnek, akkor Petermann és Müller szerint magas szintű, minőségi esetvezetés történik, amelyben az önellenőrzés és elemzés folyamatos visszajelzései nagymértékben fejlesztik a klinikus szaktudását, emelik terápiás munkája színvonalát, illetve konkrét eredményekkel szolgálnak a pszichoterápia mindegyik résztvevője számára.

### Minőségi esetvezetés a gyakorlatban

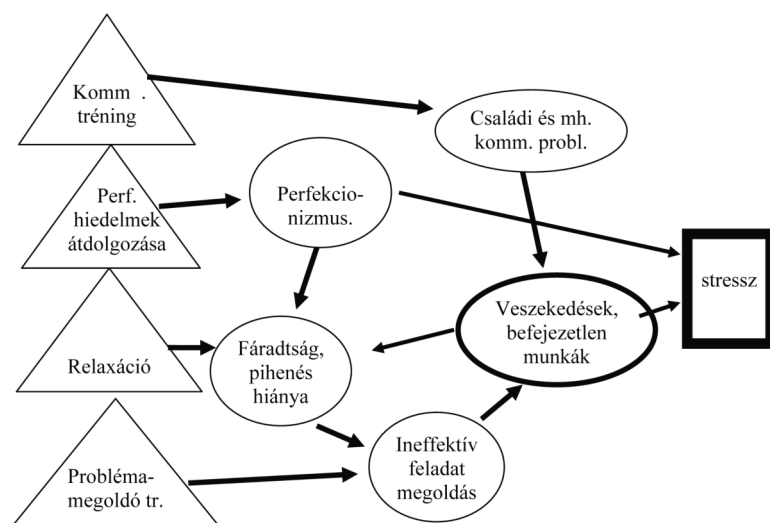
Az egyéni esettanulmányban megvalósuló minőségi esetvezetés modelljének újszerűsége abban rejlik, hogy (1) a páciens patológiája leírható és grafikusán ábrázolható egy folyamatmodellben. (2) A folyamatmodell egyes szakaszait probléma-elemzés kíséri, az egyes problémákhoz hozzárendelhetők megfelelő terápiás intervenciók. (3) A terápiás intervenciók után állapotkövetés valósul meg kérdőívek, valóság-, és eredményességvizsgálat formájában, melynek adatait lejegyzik, lépésről lépésre elemzik.

Természetesen minden körülmények között a páciensnek vagyunk elkötelezve az aktuális terápiás munkában, ehhez képest csak másodlagos az ellenőrzött gyakorlat alkalmazása, tehát ez semmiképpen sem mehet a terápiás kapcsolat rovására. Csak akkor és úgy alkalmazható, ha terapeuta képes a dokumentálás hiteles és kongruens beillesztésére. Az ellenőrzött gyakorlat megköveteli a terapeuta és a páciens *elvárásainak egyeztetését* és ennek megfelelő operacionalizált célok kialakítását, melyek segítségével elemezhetjük a terápiás folyamatot. Épp ezért a minőségi esetvezetés strukturált *terápiás folyamatot* tesz szükségessé, és ezáltal lehetőség nyílik *empirikus megközelítésre mind* a terápia tervezésében, végrehajtásában, mind pedig kiértékelésében. Hogyan lehet ezt megvalósítani? A szóbeli megállapodást követően rajzos formában, grafikusán is ábrázoljuk az egyes panaszok és problématerületek közötti összefüggéseket, valamint az ezekhez rendelhető terápiás technikákat (*1. és 2. ábra*).

### Rövid vagy hosszú pszichoterápia?

Petermann és Müller (2006) minőségi esetvezetés modelljének alkalmazása – ahogy a fentiekből is kiderült – implikálja a strukturált terápiás folyamatot, a pontosan megfogalmazott célokat és következik belőle, hogy a strukturáltság következtében időhatárt is ki lehet jelölni. Milyen is legyen ez az időhatár, egyáltalán, szükség van-e rá? A pszichoterápiák sokszínű palettája rendkívül nagy változatosságot mutat a terápiák hosszát illetően, ezért az alábbiakban összefoglaljuk, mit mutatnak az elemzések.

Hagyományosan a pszichoanalitikus terápiákat hosszú, míg a kognitív terápiákat rövid pszichoterápiáknak tekintették. Ma már ez az elkülönítés nem teljesen állja meg a helyét a rövid dinamikus terápiák (Malan, 1992) és a hosszabb sématerápia (Young, 2003) vagy a borderline személyiségzavar kezelésében alkalmazott dialektikus viselkedésterápia (Linehan, 1993)



1. ábra  
Terápiás célok és intervenciók technikák megfeleltetése

[1] Észlelt stressz
alacsony   -5   -4   -3   -2   -1   0   1   2   3   4   5   magas
[2] Elégedettség a munkával
elégedetlen   -5   -4   -3   -2   -1   0   1   2   3   4   5   elégedett
[3] Munkaterhelés
túl alacsony   -5   -4   -3   -2   -1   0   1   2   3   4   5   túl magas
[4] Relaxációs technikák alkalmazása munka közben
0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10 _____ alkalom
[5] Problémamegoldó technikák alkalmazása munka közben
0   1   2   3   4   5   6   7   8   9   10 _____ alkalom

2. ábra  
A változás követése

megjelenésével, tehát a terápiás szemléletmód és elméleti irányultság nem utal egyben a terápia hosszúságára.

A nyolcvanas években széles körben elindultak a pszichoterápiás hatékonyságvizsgálatok részben az egészségügyi biztosítási rendszerek, részben a páciensek elvárásai következtében. A vizsgálatokból kiderült (ld. Gabbard, Beck és Holmes, 2005 összefoglalását), hogy a terápia eredményessége nem elsősorban a hosszától függ.

A terápiás hatékonyság ismérvei:

1. strukturált terápiás folyamat,
2. pontos terápiás fókusz,
3. időhatár megjelölése és
4. az üléseken aktív terapeuta.

Abban azonban a szakma jeles képviselői is egyetértenek, hogy a rövid terápiák általános definíciója szerint a harminc ülésnél rövidebb kezeléseket nevezzük rövid pszichoterápiáknak (Gabbard és mtsai, 2005). A kérdés sokkal inkább az, hogy mely megbetegedések szempontjából hasznosabb a rövid, és melyek számára eredményesebb a hosszabb pszichoterápiás kezelés. A legtöbb szorongásos megbetegedés viszonylag rövid kognitív viselkedésterápiával eredményesen

kezelhető, míg személyiségzavarok esetén a hosszabb időtartamú terápiás beavatkozások járnak eredménnyel. (Linehan, 1993; Malan, 1992; Young, Klosko és Weishaar, 2003; Beck, Freeman és Davis, 2004; Gabbard, Beck és Holmes, 2005).

Irodalom:

- Beck AT, Freeman A, Davis D. (2004): *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. Guilford Press, N.Y.
- Comer RJ. (2003): *A lélek betegségei*. Osiris, Budapest
- Freud S, Breuer J. (1998): *A Farkasember*. SFM VII. Filum, Budapest.
- Gabbard GO, Beck JS, Holmes J. (2005): *Oxford Textbook of Psychotherapy*, Oxford University Press.
- Kanfer FH, Goldstein AP. (1991): *Helping People to Change: a Textbook of Methods*, 14. oldal N.Y. Pergamon
- Kiss Zs, Perczel Forintos D. (2008): *A minőségi esetvezetés és folyamatos állapotkövetés szerepe egy depressziós páciens kognitív-viselkedésterápiájában*. *Pszichoterápia 17. évfolyam*, 3. szám, 187-193.
- Linehan M. (1993): *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press, New York.
- Malan DH. (1992): *Rövid dinamikus pszichoterápia*. Animula, Budapest.
- Perczel Forintos D, Kiss Zs, Ajtay Gy. (2007): *Kérdőívek és becsülőkálák a klinikai pszichológiában*.
- Perczel Forintos D, Varga A, Gazdag G, Ajtay Gy, Kiss Zs, Geiszt J. (2008): *A minőségi esetvezetés lehetőségei a szorongásos- és hangulatzavarok kezelésében*. *Pszichoterápia 17. évfolyam*, 3. szám, 178-186. o.
- Petermann F, Müller JM. (2006): *Minőségi esetvezetés a klinikai pszichológiában. Gyakorlati útmutató a kezelés megtervezéséhez és értékeléséhez*. Animula, Budapest.
- Szőnyi G, Füredi J. (2008): *A pszichoterápia tankönyve*. Medicina, Budapest.
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2003): *Schema Therapy – A Practitioner’s Guide*, The Guilford Press, New York.



## Modern neuropszichológiai vizsgálmódszerek a klinikumban: az emlékezet és a kontrollált viselkedés zavarai és diagnosztikája

Recent diagnostic tools for neuropsychological assessment: disorders of memory and executive control

Racsomány Mihály

Budapesti Műszaki és Gazdaságtudományi Egyetem, Kognitív Tudományi Tanszék

**Kulcsszavak:** amnézia, munkamemória sérülés, a tervezés és belátás károsodása

**Keywords:** *amnesia, working memory disfunctions, disorders of planning and insight*

### 1. Az emlékezés és a tanulási képesség sérülései

Számos olyan idegrendszeri sérülés létezik, amelynek vezető tünete az emlékezet teljes vagy részleges elvesztése. Az amnéziás tünetek azonban nagyon változatosak, és az eltérő típusú zavarok hátterében más és más idegrendszeri területek károsodása áll.

A memória rendszer és a célirányos tervezés, szempontváltás károsodásait nagyon sok féleképpen osztályozhatjuk. Az organikus zavarok mellett egy sor pszichiátriai kórforma kognitív profiljának is vezető tünete az emlékezet és a kontroll folyamatok részleges vagy teljes érintettsége. A neuropszichológia változatos eszköztárat hozott létre az egyes deficit-típusok feltérképezésére. Számos eljárás létezik a vizuális és verbális tanulási funkciók vizsgálatára, a távoli szemantikus és önéletrajzi emlékezeti felidézés deficitjének kimutatására, valamint a különféle specifikus károsodások feltárására. Az előadás során áttekintem azokat a legjellemzőbb viselkedési zavarokat, amelyekben a memória és a kontroll folyamatok érintettsége valószínűsíthető és azok feltárása segíti a viselkedési problémák okainak tisztázását. A szakirodalomban ismert valamennyi neuropszichológiai vizsgálóeljárás bemutatása messze meghaladná ennek a rövid összefoglalónak a kereteit, így most csak azoknak a nemzetközi gyakorlatban ismert eljárásoknak a bemutatására szorítkozom, amelyek a hazai kísérleti és klinikai munkában már alkalmazásra kerültek és széles körben hozzáférhetőek.

#### 1.1. Rivermead Viselkedéses Memória Teszt (Rivermead Behavioural Memory Test – RBMT)

Az RBMT (Wilson et al., 1985, magyar változat Racsomány és munkatársai 1998) az emlékezeti zavarok talán legismertebb vizsgálóeszköze. A tesztet annak érdekében alakították ki, hogy detektálhatóvá váljon az emlékezet mindennapi funkcióiban beállt károsodás, továbbá, hogy követhetőek legyenek az emlékezeti zavarra irányuló gyógykezelés utáni esetleges változások. Úgy tervezték meg, hogy segítségére legyen a pszichológusoknak, foglalkoztató terapeutaiknak, logopédusoknak és mindazoknak, akik károsodott emlékezetű emberekkel dolgoznak. Mivel az RBMT-nek négy párhuzamos változata van, így elkerülhető, hogy az ismételt vizsgálatokat ugyanazzal a tesztanyaggal kelljen végrehajtani. Az RBMT megfelel a pszichológiai tesztek gyakorlati követelményeinek: rövid, használata és az eredmények értelmezése könnyen megtanulható. Ezen kívül nagyon különböző körülmények között is jól használható. A tesztnek 1998 óta létezik magyar változata

(Racsomány & Kónya, 1998), számos tanulmány adott közre klinikai adatokat, de a teljes magyar normatív adatbázis még nem került közlésre.

#### 1.2. Ajtók és Emberek Emlékezeti Teszt (Doors & People Memory Test – D & P)

Az Ajtók és Emberek Teszt (Baddeley et al., 1994) egyedülálló a nemzetközi teszt kínálatban, mert egyszerre mutatja ki a téri-vizuális és verbális hosszú távú emlékezeti funkciók disszociatív sérülését, és a felidézési és felismerési képességek károsodását. A tesztnek négy komponense van: a vizuális felidézést és felismerést nem verbalizálható képi anyagokkal, míg a verbális felidézést és felismerést különböző gyakoriságú nevek és foglalkozások memorizálásával vizsgálja. A tesztnek 2003 óta létezik magyar fordítása.

#### 1.3. Helytanulási Teszt (Location Learning Test – LLT)

A Helytanulási Teszt (Bucks et al., 2000) a téri hosszú távú tanulás vizsgálatának elismert, széleskörben validált módszere. A teszt eredeti változatát Bucks és Willison (1997) dolgozták ki, akik a tesztben leírt feladatok segítségével el tudták különíteni a demenciában szenvedő és az egészséges idős vizsgálati személyeket, ezen túl pedig a teszt tanulási profilja alapján a demenciában szenvedő betegeket meghatározott alcsoportokra tudták felosztani. Az egyes próbákban mutatott teljesítmény alapján kalkulálható a tanulási görbe, amely fontos indikátora lehet a téri tanulási deficitnek. A felismerési és felidézési teljesítmény összehasonlítása további lényeges információkat szolgáltathat. Magyar nyelvű klinikai adatok találhatóak Racsomány és munkatársai (2007) tanulmányában.

### 2. Kritikus kérdések az emlékezeti zavarok vizsgálatánál

Az emlékezeti zavarok vizsgálatánál a diagnosztikai eszközöket úgy kell megválasztanunk, hogy választ kapjunk a következő kérdésekre:

1. Időben rövid vagy kiterjedt-e az amnézia?
2. Eltérő színvonalú-e az önéletrajzi események és világ működésével kapcsolatos szemantikai tudás előhívásának képessége?
3. Kimutatható-e különbség a személyes és publikus emlékek felidézésének képességében?
4. Lényeges a személyes és publikus emlékek károsodásának pontos időgrádiensének megállapítása.

## 2.1. Önéletrajzi Emlékezeti Interjú

### (The Autobiographical Memory Interview – AMI)

Az AMI-t az önéletrajzi emlékek felidézésében előforduló időgrádiással jellemezhető zavarok diagnosztikájára alkották meg Kopelman és munkatársai (1989).

Az interjú legnagyobb erénye, hogy segítségével külön lehet elemezni az önéletrajzi emlékek két külön aspektusát: az önéletrajzi események és a személyes életünkhöz kapcsolódó szemantikus tények felidézésének képességét, három nagyobb életszakaszból.

## 3. Az átmeneti információ fenntartásának képessége és a kontrollált viselkedés

Az átmeneti információfenntartással kapcsolatban a következő alapvető kérdéseket kell tisztázni:

1. Milyen modalitásokra terjed ki a kapacitás csökkenése?
2. Eltérő színvonalon károsodott-e a verbális, a téri, és a vizuális memória puffer rendszer?
3. Milyen a viszony a memória pufferek kapacitáscsökkenése és a hosszú távú tanulási képességek között?

### 3.1. Számterjedelmi teszt

A legelterjedtebb verbális munkamemória feladatot, a számterjedelmi tesztet, eredetileg Jacobs dolgozta ki 1887-ben, iskolai tanulók emlékezeti képességének vizsgálatára és az elmúlt több, mint száz évben ez a feladat vált a rövid távú emlékezeti képesség legfőbb vizsgálómódszerevé (lásd Racsmány, 2004). A közelmúltban a magyar számterjedelmi teszt két párhuzamos változatát és magyar normatív adatokat közöltek Racsmány és munkatársai (2005).

### 3.2. Az álszó ismétlési teszt (Nonword repetition test)

Az álszó ismétlési tesztben olyan, egyre hosszabb értelmetlen szavakat kell megismételni, amelyek fonológiája, fonotaktikai struktúrája megegyezik a vizsgálati személy anyanyelvében fellélhető szerkezetekkel. Jóllehet az álszó ismétlési teszt standardizált változatát csak 1994-ben hozták létre (Gathercole et al., 1994), az értelmetlen szavak megismételésének képességét már jóval korábban alkalmazták a fejlődépszichológiai vizsgálatokban.

Racsmány és munkatársai (2005) mindezeket figyelembe véve a magyar álszó tesztet úgy konstruálta meg, hogy felnőtt vizsgálatokra is alkalmas legyen.

### 3.3. A Corsi-kockák feladat

A téri munkamemória funkciók talán legismertebb neuropszichológiai vizsgálóeljárása. Corsi-kockák feladatban a vizsgálatvezető egymás után megérint néhányat az előtte elhelyezkedő kilenc kockából, amelyet a szemben ülő vizsgálati személynek ugyanabban a sorrendben kell megérintenie. A vizsgálati személy téri munkamemória terjedelmét a legtöbb helyesen reprodukált téri pozíció fogja jelenteni. A tesztnek a neuropszichológiai gyakorlatban négyféle változata terjedt el, amelyek a kockák elrendezésében térnek el egymástól. Racsmány és munkatársai (2007) a közelmúltban közöltek magyar fejlődési normatív adatokat a teszt két párhuzamos feladatsorával együtt.

## 4. A tervezés és belátás károsodásának neuropszichológiai diagnosztikája

A prefrontális kéreg sérülésének vagy érintettségének vezető tünetei a viselkedési rigiditás, az elterelhetőség, a perszeveráció, a flexibilis tervezés és kivitelezés zavarai, és az új helyzetekkel való megküzdés terén jelentkező problémák terminusaiban ragadhatóak meg. A beteg nehezen fókuszálja figyelmét egy célfeladatra, ugyanakkor nehezen válik le egy adott szituációról vagy viselkedési stratégiáról és vált át egy új tervezési elvre. A végrehajtó kontroll tesztjei és azok helyes értelmezése a neuropszichológiai diagnosztika egyik központi mozzanata, ezen keresztül érthetőek meg a célirányos viselkedés organizációs zavarainak háttérmechanizmusai.

### 4.1. Wisconsin Kártyaválogatási Teszt (Wisconsin Card Sorting Test, WCST, Heaton és munkatársai, 1993)

A frontális lebeny sérülésével kapcsolatos zavarok legismertebb vizsgálóeljárása. A teszt 128 színes kártyából áll, amelyeken színes geometriai formák láthatóak. Az ábrák három dimenzió (szín, forma, szám) mentén variálódhatnak. A vizsgálati személy előtt négy mintakártya van és ezekhez kell megfelelő szabályt a vizsgálati személynek saját magának kell felfedeznie, a vizsgálatvezető pozitív vagy negatív visszajelzései alapján. A tesztfelvétel meghatározott pontjain a vizsgálatvezető megváltoztatja a csoportosítási szabályt, amire a vizsgálati személynek a visszajelzésekből kell rájónnie. A teszt számos mutatóval szolgál, így a tanulási képességről, a szempontváltás hajlékonyságáról és a domináns válaszok gátlásának képességéről ad informatív mutatókat.

### 4.2. Iowa Szerencsejáték Feladat (Iowa Gambling Task, Bechara és munkatársai, 1997)

A jutalom- és büntetésérzékenység nemzetközileg legismertebb diagnosztikai eszköze. A vizsgálati személy előtt négy kártyacsomag fekszik, amelyekből két csomag nagy lehetséges nyereményt, de ritka jelentős veszteséget, míg a másik két csomag kisebb nyereményeket, ugyanakkor mérsékelt veszteséget tartalmaz. A választási stratégiák alapján részletes képet kaphatunk a vizsgálati személy büntetés valamint jutalomérzékenységéről.

Az előadáson bemutatandó tesztek helyes használata részletes kognitív profil kialakítására ad lehetőséget. Az eredmények alapján nemcsak az egyes alcsoportok elkülönítése lehetséges, de világos képet alkothatunk róla, hogy a betegnek a közeljövőben milyen hétköznapi problémákkal kell szembenéznie, és milyen rehabilitációs intervencióra nyílik lehetőség.

### Irodalom

- Bechara AH, Damasio H, Tranel D, Damasio AR. (1997) *deciding advantageously before knowing the advantageous strategy, Science, 275, 1293-1295.*
- Bucks RS, Willison JR, Byrne LMT. (2000) *Location Learning Test. Thames Valley Test Company, Bury St Edmunds.*

Kopelman MD, Wilson BA, Baddeley AD. (1989) *The autobiographical memory interview: A new assessment of autobiographical and personal semantic memory in amnesic patients. Journal of Clinical Experimental Psychology, 11, 724-744.*

Racsomány M, Albu M, Lukács Á, Pléh Cs. (2007) *A téri emlékezet vizsgálati módszerei: fejlődési és neuropszichológiai adatok. In: Racsomány, M. (Szerk.) A fejlődés zavarai és diagnosztikai módszerei. Akadémiai Kiadó, 11-40.*

Racsomány M, Kónya A. (1998) *A Rivermead Viselkedéses Memória Teszt Magyar Változat. Thames Valley Test Company. 1998.*

Racsomány M, Lukács Á, Németh D, Pléh Cs. (2005) *A verbális munkamemória magyar nyelvű vizsgálóeljárásai. Magyar Pszichológiai Szemle, 4, 479-505.*

Wilson BA, Cockburn J, & Baddeley AD. (1985) *The Rivermead Behavioural Memory Test. Thames Valley Test Company, Bury St Edmunds.*

## Jogi kérdések a klinikai pszichológiában és a pszichoterápiában Betegjogi és adatvédelmi szempontok

The Legal Guide for Practicing Clinical Psychology and Psychotherapy respects of the patient's right and of the confidentiality of personal data

Urbán Éva<sup>1</sup> – Kelényi Zoltán<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Szent Ferenc Rehabilitációs Kórház, Pszichoterápiás Rehabilitációs Osztály, Miskolc

<sup>2</sup> Kelényi Ügyvédi Iroda, Dunakeszi

**Kulcsszavak:** betegjogok, az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga, az orvosi titoktartáshoz való jog, egészségügyi adatvédelem

**Keywords:** *patient's rights, patient has the right of access to his or her clinical file and medical data, right to secrecy, protection of personal medical data*

„A törvény ismerete még nem egyenlő annak megértésével, a megértés még nem jelenti az alkalmazni tudást, az alkalmazni tudás még nem egyenlő a mindennapi rutinba való illesztéssel”

### A klinikai pszichológia és pszichoterápia, mint egészségügyi tevékenység általános törvényi meghatározottsága

A klinikai pszichológia és a pszichoterápia az egészségügyi szakmakódjegyzékben szereplő egészségügyi szakma, gyakorlása működési engedélyhez kötött.

A klinikai pszichológus tevékenysége az egészségügyi törvény 103. § (2) meghatározása szerint, a lelki egészség megőrzésére és helyreállítására, a lelki zavarok megállapítására, vizsgálatára és okainak feltárására, egyes betegségek diagnosztizálásához szükséges pszichodiagnosztikai vizsgálatok végzésére, valamint a lelki zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekciójára irányul. A klinikai szakpszichológus munkája során köteles orvosi konzultációt igénybe venni minden esetben, amikor a beteg állapota vagy állapotának védelme indokolja

A 11/1997. (V. 28.) NM rendelet meghatározásában a nemkonvencionális gyógyító eljárásokon alapuló pszichoterápiás tevékenységet, illetve módszereket, pszichiáter szakorvos és pszichoterápiás klinikai képesítéssel rendelkező orvos, klinikai szakpszichológus végezheti. Az Orvosi Eljárások Nemzetközi Osztályozása (OENO) alapján alapszichoterápiás beavatkozásra jogosult a klinikai szakpszichológus és pszichiáter, pszichoterápia, szakpszichoterápia végzése pszichoterápiás szakvizsgálóhoz kötött. Fontos tudni, hogy a pszichoterápia megkezdése előtt orvosi vizsgálat szükséges.

Az egészségügyi törvények szektorsemlegesek, tehát a vonatkozó jogszabályi előírásokat egészségügyi ellátás valamennyi területén és szintjén be kell tartani, függetlenül attól, hogy az egészségügyi ellátó állami intézmény, magánvállalkozás, vagy egyes rendszerben működik, tehát csak a működtetői jogokat gyakorolja magán cég.

Mind az egészségügyi szolgáltatók, mind maguk az egészségügyi beavatkozást végzők jogi felelősséggel tartoznak tevékenységükért. Az utóbbiak felelőssége etikai oldalát, az egészségügyi dolgozók rendtartásáról szóló rendelet határozza meg, amely kiemelt figyelmet szentel a betegjogi és adatvédelmi előírásoknak, így azok megsértése egyben etikai vétséget is jelent.

### Betegjogok az egészségügyi törvényben

Az alapvető emberi jogok az egészségügyi törvény keretében, mint betegjogok kerültek megfogalmazásra. Mindazon jogosultságok összességét jelentik, melyek az egészségügyi ellátás során, az azt igénybevevő személyt megilletik, függetlenül attól, betegsége miatt vagy más okból – szűrés, megelőzés miatt – kerül kapcsolatba az egészségügyi ellátással.

Az egészségügyi törvény a következő betegjogokat nevesíti:

- A megfelelő szintű egészségügyi ellátáshoz való jog
- Az emberi méltóság tiszteletben tartásához való jog
- A kapcsolattartás joga
- Az intézmény elhagyásának a joga
- A tájékoztatáshoz való jog
- Az önrendelkezéshez való jog
- Az ellátás visszautasításának joga
- Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga
- Az orvosi titoktartáshoz való jog

Fokozottabb kiszolgáltatottságuk okán speciális szabályozás érvényes a pszichiátriai betegekre. A törvényi meghatározás alapján pszichiátriai beteg, akinél a kezelőorvos a Betegségek Nemzetközi Osztályozása (BNO) X. Revíziója szerinti Mentális és Viselkedészavar (F00-F99), illetve szándékos önártalom (X60-X84) diagnózisát állítja fel.

### **Egészségügyi adatvédelem: a dokumentációs kötelezettség, és a dokumentációba való betekintés valamint az orvosi titoktartáshoz való jog összefüggései**

A szakma sajátossága okán a klinikai pszichológia és a pszichoterápia területén különösen nehezen kezelhető kérdés a dokumentációba való betekintés joga és a titoktartás joga, amely jog megtartotta a hagyományos elnevezést "orvosi titoktartás", ám mára a fogalom jóval szélesebb jelentésű, s értelmezésünkben szorosan kapcsolódik az egészségügyi adatvédelem kérdésköréhez.

Így előadásomban ezt a három témakört emelem ki az e területen érvényes sokrétű jogi szabályozások közül.

#### **Az egészségügyi (itt klinikai pszichológiai és pszichoterápiás) dokumentáció**

Az ellátás folyamatát megfelelően tükröző egészségügyi dokumentáció vezetése az egészségügyi ellátó kötelessége.

Egészségügyi dokumentációnak tekinthető minden, az egészségügyi szolgáltatás során az egészségügyi dolgozó tudomására jutó, a beteg kezelésével kapcsolatos egészségügyi és személyazonosító adatokat tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától.

A törvény meghatározza a beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatok pontos körét is, ami a klinikai pszichológia és pszichoterápia során készült egészségügyi dokumentációra egyaránt érvényes.

Fontos szabály, hogy az egészségügyi dokumentációt az egészségügyi szolgáltató kezeli, s köteles megőrizni a törvényben előírt módon és ideig, de a benne foglalt adatok felett a beteg rendelkezik kizárólagos módon. Lényeges, ha a beteg kéri azt, jogosult a róla készült egészségügyi dokumentációt korlátozás nélkül megismerni, s szükség esetén az egészségügyi ellátó köteles másolatot adni arról.

Jó tudni, az egészségügyi dolgozó neve közérdekből nyilvános adat, tehát a másolat megtagadásának oka nem lehet, hogy rajta van a nevünk az egészségügyi dokumentáción.

Minderről köteles az ellátó tájékoztatni is a beteget, hiszen csak akkor tud élni jogaival, ha ismeri azokat.

#### **A dokumentációba való betekintés korlátozásának jogi feltétele**

A pszichiátriai beteg esetében kivételesen korlátozható a beteg egészségügyi dokumentáció megismeréséhez való joga, ha alapos okkal feltételezhető, hogy gyógyulását nagymértékben veszélyeztetné, vagy más személy személyiségi jogait sértené az egészségügyi dokumentáció megismerése.

A korlátozás elrendelésére *kizárólag orvos jogosult*, de csak abban az esetben, ha a dokumentációba való betekintéssel közvetlen ok-okozati összefüggésben erősen valószínűsít

hető a beteg állapotának nagy mértékű romlása. Ez esetben, a beteg dokumentációjában rögzíteni kell, pontosan milyen konkrét egészségügyi hátrányt okozhat a beteg számára a dokumentációba való betekintés. Rögzíteni kell a korlátozás tényét, idejét, előre látható tartamát, s bevezetése után folyamatosan vizsgálni kell annak indokoltságát, hogy továbbra is fent kell-e tartani, mivel az elrendelésben megfogalmazott ok megszűnésével a korlátozást is haladéktalanul meg kell szüntetni.

Látható tehát, hogy a bevett szakmai gyakorlattal ellentétben klinikai pszichológusok nem tagadhatják meg a dokumentációba való betekintést, de az orvosok számára is igen keskeny ez a mezsgye.

A z egészségügyi dokumentációt illetően a legtöbb probléma a szakterületen abból is adódik, hogy a szakemberek kitérjesztően értelmezve a személyes adatok körét és tartalmát, a beteg egészségügyi dokumentációját is a saját személyes adatainak tekintik, törvényi szempontból megkérdőjelezhető szakmai gyakorlatot teremtve ezáltal.

Külön veszem e problémakör tárgyalásában a klinikai pszichológia beavatkozási területét és a pszichoterápiát.

#### **A beteg dokumentációba való betekintése jogának praktikus következményei a pszichodiagnosztikai munka során**

A törvényi meghatározás alapján a klinikai pszichológus (és a pszichiáter) kompetencia körébe tartozik a pszichodiagnosztikai eljárások végzése.

A különböző vizsgálati eljárások alkalmazása során nem keletkezik senki másnak személyes adata, egészségügyi adata, egészségügyi személyes adata, csak a vizsgáltkán.

A páciensnek joga van bármely vele készült pszichodiagnosztikai eljárás teljes jegyzőkönyvébe való betekintésre, arról másolat kérésére, beleértve a projektív eljárásokat is. Ez utóbiáknál, sem (!) a pszichológus adata a jegyzőkönyv, annak értékelése s a tesztmutatók alapján elkészített szakértői vélemény.

A pszichodiagnosztikai eljárások végzése során is kötelessége a klinikai pszichológusnak tájékoztatni a beteget, mi-ért is készül vele az eljárás, tehát mi a klinikai kérdés, s mi az elvégzendő diagnosztikai beavatkozás lényege. Fontos, hogyha beleegyezett a teszt klinikai kérdés formájában megfogalmazott céljával a páciens, lehetőség szerint csak oly mértékig vizsgáljuk személyiségét, s állítsuk össze a szakvéleményünket, ameddig a klinikai kérdés határa tartott.

Joga van a betegnek kiegészítést, illetve a dokumentáció korrekcióját kérni, ha nem ért egyet annak tartalmával, ha úgy érzi, hogy személyiségét sértő megfogalmazások vannak benne. Természetesen ezek a kérdések szorosan összefüggnek a beteg tájékoztatási, önrendelkezési s méltósághoz való jogával, valamint az egyes pszichodiagnosztikai eljárások indikációjának, s a vizsgálat előkészítésének, végzésének, s a szakvélemény készítésének technikai, módszertani kérdéseivel. Sokrétűsége okán a téma részletes elemzése meghaladja az előadás kereteit.

#### **A dokumentációba való betekintés, mint betegjog praktikus következményei a pszichoterápiás rutinban**

A pszichoterápia területén is igen kényes kérdés a beteg dokumentációba való betekintési joga. Csakúgy, mint a pszichodiagnosztikai eljárásoknál, a pszichoterápiás dokumentá-

ció megismerése esetén is féltjük a beteget a feljegyzések okozta esetleges iatrogén ártalomtól – jogosan. Különösen érvényes ez az áttétel dolgozó terápiák esetében.

Általános az a gyakorlat, hogy a pszichoterápiás dokumentáció alatt azon feljegyzéseket értik a terapeuták, amit a beteg mondott, s a saját feljegyzéseiket a saját személyes adataiknak. Emlékezzünk vissza, hogy a törvényi verdikt szerint az egészségügyi dokumentációnak olyannak kell lennie, amely a valóságnak megfelelően tükrözi az ellátás folyamatát.

*Az ellátás folyamatát, s nem pusztán a páciens állapotát vagy megnyilvánulásait.*

A pszichoterápiás ellátás folyamatát a diagnózis, az indikáció, és a terápia szintje és formája, módszere, a terápiás szerződés mibenléte és terápiás folyamat részletes elemzése alkotja. Beletartozik a terapeuta terápiás terve, intervenciói, helyzet értelmezése, a terápia lezárásával kapcsolatos összefoglalás, ha már ott tart a gyógyító kezelés. Itt is fő szabály, hogy a dokumentációba való betekintést csak orvos korlátozhatja, s az orvos is csak a fent már részletezett törvényi előírások alapján.

Komoly kihívás a hazai pszichoterápiás scéna számára, amely mind a mai napig adós az érvényes előírásokhoz igazított általános és módszerspecifikus pszichoterápiás dokumentációs protokollok kidolgozásával, illetve a törvény-mint keretszakma általi betartásának terápiás kapcsolati következményei áttekintésével, a mindennapok gyakorlatába való beillesztésével.

### Egészségügyi adat, orvosi titoktartás tartalma

A dokumentációba való betekintés joga, az orvosi titoktartáshoz való jog, s az egészségügyi adatvédelem az információs önrendelkezési jogból, mint alkotmányos alapjogból eredeztethető, ami azt jelenti, hogy mindenki jogosult rendelkezni személyes adatainak kezeléséről.

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 3§ (a). alapján *egészségügyi állapotra vonatkozó adatokról* beszélünk az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, illetve az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, illetve az egészségügyi ellátó hálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképzett vagy származtatott adat, továbbá az előzőekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adatok esetén. Összekapcsolva ezeket a személyazonosító adatokkal keletkezik az egészségügyi személyes adat.

Ezen adatok az adatvédelmi törvény értelmében különleges adatnak minősülnek, amelyeket fokozottabban kell védeni. Tulajdonképpen ezen adatok alkotják az egészségügyi dokumentáció tartalmát, ugyanakkor fontos azt megjegyezni, hogy mit tekintünk egészségügyi személyes adatoknak, az nem a keletkezés helyétől függ, hanem az adat tartalmától.

Ismételten visszatérve az egészségügyi adat törvényi meghatározására, látható, hogy *bármely pszichológiai beavatkozás* során keletkezett adatok egészségügyi adatoknak minősülnek.

Az orvosi titoktartás körébe tartozik minden, a megbetegedés körülményeivel és a vizsgálattal, illetve a gyógykezeléssel kapcsolatban megtudott, a betegre vonatkozó adat. Lényeges, hogy az elnevezéssel ellentétben nem az orvos-ese-

tünkben a pszichológus-, tulajdona titok, hanem a betegé. Jó tudni ugyanakkor azt is, a titoktartás követelménye egészségügyi személyzet minden más tagjára is érvényes.

Az orvosi titoktartás nem vonatkozik a betegtársra, de a polgári jog általános titokvédelmi szabályai őt is kötik, és azok megszegéséért felelősséggel tartozik. Ez utóbbinak különös jelentősége van szakterületünkön a csoport, mint beavatkozás felhasználása esetén, hogy a tagokat nemcsak a terápiás szerződés szabályai kötik a titoktartásra.

Az orvosi titok körébe tartozó információk harmadik személlyel csak a beteg hozzájárulásával, vagy az egészségügyi adatok kezeléséről szóló törvény által megszabott feltételek megléte esetén közölhetők.

A pszichoterápiás ellátás során keletkező egészségügyi személyes adatok kezelése az átlagosnál is nagyobb figyelmet kíván, hisz azok esetleges illetéktelen megismerése jelentős érdeksérelmet okozhat a páciensnek és környezetének is. Pszichoterápia során oly mélységben ismerjük meg a páciens élet-történetét, intrapszichikus világát, hogy az adatok formájában oly egyedi konfigurációt mutat, mely alapján a személy akkor is felismerhető lehet, ha a személyazonosító adatait nem tesszük hozzá.

### Jogszerű adatkezelésből adódó feladatok a klinikai pszichológiai, pszichoterápiás ellátás során

Az egészségügyi személyes adatok jogszerű adatkezelése passzív és aktív feladatokat is ró a klinikai pszichológusra, pszichoterapeutára.

*Passzív* abban az értelemben, hogy tartózkodnia kell arra illetéktelenek felé bármilyen adatközléstől. Illetéktelenek ez esetben az egészségügyi ellátóhálózaton kívüli szervek és személyek, hozzátartozók (bizonyos kivételekkel), olyan beteg-ellátók, akik az érintett gyógykezelésében, orvosi vizsgálatában vagy a műtétnél nem működtek közre.

Az utóbbi törvényi meghatározás alapján, szemben a napi szakmai gyakorlatunkkal, pusztán a megfelelő végzettség okán nem jogosult bármely klinikai pszichológus betekinteni bármely páciens pszichodiagnosztikai, vagy pszichológiai, pszichoterápiás jegyzőkönyvébe Természetesen, ha a személyazonosító adatok nem szerepelnek a vizsgálati anyagon, akkor lehetséges a konzílium kérése.

*Aktív* feladat pedig, a beteg folyamatos tájékoztatása adataival való rendelkezési lehetőségeiről, az esetleges adattovábbítások jogszerűségének és alanyainak ellenőrzése, olyan adatkezelési rendszer alkalmazása, mely kizárja a jogosulatlan megismerés lehetőségét.

### Az egészségügyi személyes adatok továbbításának kérdései

A klinikai pszichológia szakterületén gyakori kérdés, hogy kinek és milyen formában lehet adatot továbbítani.

Mint már említettük, fő szabály szerint bármilyen adattovábbítás csak a beteg előzetes, írásbeli beleegyezése alapján történhet. Vannak ugyanakkor bizonyos törvényben megfogalmazott kivételek, amikor az előzetes beleegyezés nem szükséges, de a beteg ezekben az esetekben is megtilthatja az adattovábbítást, és erről a lehetőségről minden esetben tájékoztatni kell.

Gyermek és fiatalkorú esetén a törvényes képviselő az, aki a gyermek adatai felett diszponál. Ő az (az esetek zömében a

szülő), akinek joga van a gyermek pszichodiagnosztikai, klinikai pszichológiai és pszichoterápiás dokumentációjába való betekintésre, s dönthet az esetleges adattovábbításról.

Nagykorú esetén az érintett, itt fontos megjegyezni, hogy ez akkor is így van, ha a pszichodiagnosztikai eljárás, vagy a klinikai pszichológiai, pszichoterápiás beavatkozás, nem a kliens, hanem például a munkáltató megbízása alapján történt.

Előfordulhat, hogy hatósági megkeresésre kellene adatot továbbítani. Miután a klinikai pszichológus (a betegellátó) személyi felelősséget visel az egészségügyi személyes adatok jogszerű kezeléséért, így bármely hatóság adatkérése esetén is (!) vizsgálnia kell az adatkezelés jogosultságát és a célhoz kötöttséget Szakvéleményekre is ezen szabályok vonatkoznak.

Hivatásunk gyakorlása során az esetek többségében lélektanilag esékény, fokozottan kiszolgáltatott emberekkel találkozunk. Ezért, s szakmánk hangsúlyozottan humán szemlélettel folytán nagyon fontos, ne megcsontosodott szokásjogaink, adott esetben idejét múlt belső szakma specifikus normarendszereink irányítsák beavatkozásainkat, hanem pácienseink törvényben lefektetett jogai, amelyek betartása a mi kötelezettségünk.

Amit szakmánk számára pszichoterápiás szinten „a kerektek” jelentenek, azt társadalmi szinten a törvényeink.

#### Felhasznált jogszabályok

1992. évi LXIII. Törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról  
 1997. évi CLIV. Törvény az egészségügyi ellátásról  
 1997. évi XLVII. Törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről  
 2003. évi LXXXIV. Törvény az egészségügyi tevékenység végzésének egyes kérdéseiről  
 2007. évi LXXII. Törvény az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról  
 96/2003. (VII. 15.) Korm. rendelet az egészségügyi szolgáltatás gyakorlásának általános feltételeiről, valamint a működési engedélyezési eljárásról

- 40/1997. (III. 5.) Korm. Rendelet a természetgyógyászati tevékenységről  
 45/2007. (III. 20.) Kormány rendelet az egészségügyben dolgozók alap- és működési nyilvántartásának vezetéséről  
 11/1997. (V. 28.) NM rendelet a természetgyógyászati tevékenység gyakorlásának egyes kérdéseiről  
 30/1999 (VII. 16.) EüM rendelet az orvosok, a fogorvosok, a gyógyszerészek, valamint a klinikai szakpszichológusok alapnyilvántartásáról és működési nyilvántartásáról, valamint a működési nyilvántartásban nem szereplő személyek tevékenységének engedélyezéséről  
 66/1999. (XII. 25.) EüM rendelet a szakorvos, szakfogorvos, szakgyógyász és klinikai szakpszichológus szakképesítés megszerzéséről  
 52/2003 (VIII.22.) ESzCsM rendelet az orvosok, fogorvosok, gyógyszerészek és klinikai szakpszichológusok folyamatos továbbképzéséről az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről  
 2/2004. (XI. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szolgáltatók és működési engedélyük nyilvántartásáról, valamint az egészségügyi szakmai jegyzékről  
 18/2007. (IV. 17.) EüM rendelet az egészségügyi szakképesítéssel rendelkező személyek alap- és működési nyilvántartásáról, valamint a működési nyilvántartásban nem szereplő személyek tevékenységének engedélyezéséről  
 30/2007. (VI. 22.) EüM rendelet az egészségügyi dolgozók rendtartásáról

#### Felhasznált szakirodalom

- Kelényi Z. (2005): Adat-és titokvédelem az egészségügyben” Informatika és Menedzsment az Egészségügyben, 2005. IV. éf. 2. szám  
 Kelényi Z.(2006): Kötelező titoktartás és beteg tájékoztatás” Magyar Orvos 2006/10. szám  
 Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe (SZEK). Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete  
 Szőnyi G, Fürdei J. (2000): A pszichoterápia Tankönyve, Medicina, Budapest



# M E G J E L E N T !

Fülöp Vilmos szerkesztésében:

## Az immunológia időszerű kérdései a humánreprodukciónban

[www.semmelweiskiado.hu](http://www.semmelweiskiado.hu)

internet könyvruház  
210-4408  
info@semmelweiskiado.hu

4000 Ft

csak

## Kognitív terápia: standard és sémaközpontú módszerek

### Cognitive Therapy: Standard and Schema-focussed Methods

#### Perczel Forintos Dóra

Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia

**Kulcsszavak:** az információ feldolgozási paradigma, kognitív torzítások, a kognitív viselkedésterápia fő jellemzői, konceptualizálás, átstrukturálás, sématerápia

**Keywords:** *information processing paradigm, cognitive distortions, cognitive-behaviour psychotherapy, conceptualisation, restructuring, schema-focussed therapy*

#### A kognitív viselkedésterápia definíciója

A kognitív pszichológia szerint a mentális megbetegedés elsősorban információfeldolgozási probléma, amelynek következménye az affektív zavar és amelyben szerepet játszanak viselkedéses és biokémiai folyamatok is, szoros kölcsönhatásban egymással.

A kognitív viselkedésterápia aktív, strukturált, viszonylag rövid, időhatáros terápia pszichiátriai megbetegedések (pl. depresszió, szorongás, fóbiák, traumák, kényszerbetegség, pszichoszomatikus zavarok stb.) kezelésében, mely a gyakran kognitív torzításokat magukban foglaló pszichológiai zavarok megismeréséből fejlődött és amelynek elméleti hátterét az képezi, hogy a viselkedést és az émoiókat nagymértékben befolyásolja, hogy a személy hogyan strukturálja önmaga számára a világot” (Beck és mtsai, 1979; Perczel Forintos, 2006).

#### A mentális betegségek kognitív modellje

**1. Az információ-feldolgozási paradigma** (Beck, 1976; Weishaar, 1993; Salkovskis, 1996). Beck szerint az emberi viselkedés leírható fenomenológiai alapon: az észlelés és élményfeldolgozás nem passzív, hanem aktív folyamat, a személy kogníciói (gondolatai, képzei) a belső és a külső ingerek szintézise nyomán alakulnak ki. Így a személy gondolatai és képzei (kogníciói) alapul szolgálnak ahhoz, hogy megértsük érzelmeit és viselkedését és megfordítva, az érzelmeiket és a viselkedést befolyásolja, hogy az illető hogyan értelmezi az eseményeket. Beck szerint nem maga a helyzet határozza meg a személy viszonyulását, hanem a helyzetnek tulajdonított jelentés, hiszen ugyanazon esemény különböző jelentéssel bírhat a különböző egyének számára. Szorongásos állapotok jellegzetesen veszély tartalmú kogníciókkal jellemezhetők, míg depresszióban a veszteségélmények dominálják a képet. Így pánikzavarban általában azonnali fizikai katasztrófára, megsemmisülésre (pl. infarktus), hipochondriában a távoli jövőben bekövetkező veszélyre (pl. daganatos betegség), szociális szorongásban a társas helyzetekben megnyilvánuló veszélyre (pl. kiközösítés, elutasítás) vonatkoznak a kogníciók, amelyekhez heves szorongás társul.

**2. A kognitív struktúra hierarchiája.** A helyzetek személyes jelentése alkotja a kognitív struktúrát, amely hierarchikusan szerveződött és egyes rétegei eltérnek egymástól stabilitásban és a tudatosságban. Ezek:

- **tudatos, akaratlagos gondolatok:** teljes mértékben hozzáférhető (Weishaar, 1993; J.Beck, 1995)
- **automatikus gondolatok** – nem tudatosak, de gyakorlással viszonylag könnyen hozzáférhető a tudatelttes tartományból;
- **másodlagos hiedelmek, attitűdök és szabályok** egy szinttel mélyebben helyezkednek el, s a tudatosság számára alig megközelíthető;
- **alapsémák:** általában tudattalanok és csak hosszas munkával fedhető fel.

Az **automatikus gondolatok** akaratlanok, önkéntelenül, automatikusan futnak át a fejünkön (Beck, 1979; J.Beck, 1995). További jellemzőjük, hogy könnyen habituálódnak, magától értetődőnek tűnnek a személy számára, torzítottak, szubjektívek, intrapszichésék. Tartalmukban egyéniek, közvetlenül kapcsolódnak az adott emocionális válaszhoz, de hamar tovatűnnek, talán mert formailag sűrítettek és az attitűdökhöz kapcsolódnak. Témájukban ismétlődőek s külső vagy belső ingerek egyaránt kiválthatják őket.

Egy szinttel mélyebben található a **másodlagos hiedelmek**, amelyek tulajdonképpen **attitűdök és szabályok**. Egy adott helyzetben a személy mögöttes, rejtett hiedelmei befolyásolják a helyzet percepcióját. Amennyiben egy attitűd túlzó módon nyilvánul meg és ezáltal megzavarja a személy működését, diszfunkcionális attitűdökről beszélünk (pl. perfekcionizmus, kényszeresség, stb).

A kognitív struktúra mélyén helyezkednek el az **alapsémák**, melyek a személynek önmagáról, másokról illetve a világról kialakított legalapvetőbb viszonyulásait tükrözik. Ezek merev, túláltalánosított formájú negatív vagy pozitív tartalmú állítások (alapkonstrukciók), melyeket a személy abszolút igazságként kezel. Két csoportra oszthatók: adaptív (pl. értékes vagyok, jó vagyok) és maladaptív sémákra (pl. „értéktelen vagyok”, „rossz vagyok”). A maladaptív alapsémák tartalmilag további két fő kategóriába sorolhatók: tehetetlenség és szeretetlenség (J.Beck, 1995). A másodlagos hiedelmek és az alaphiedelmek kisgyermekkoról fogva alakulnak ki, tartalmuk sok esetben latens marad, amíg valamilyen jelentős életesemény nem aktiválja őket (Beck, 1976; Perris, 1988; J. Beck, 1995)

**3. Kognitív torzítások.** Ezek az információfeldolgozás folyamatában megjelenő jellegzetességek, tkp. szűrők, amelyek akaratlan érvényesülése a beteg gondolkodásában torzítják az információ feldolgozását (Burns, 1980). Ennek következtében a páciens a helyzetet lényegesen negatívabban értékeli,

mint az valójában s ez negatív emocionális állapot kialakulásához vezethet. Felsorolászerűen a következők: minden vagy semmi típusú gondolkodás, túláltalánosítás, negatív szűrés, pozitívumok ignorálása, elhamarkodott következtetések, érzelmi logika, címkézés, kell típusú állítások és perszonalizáció (részletesen kifejtve ld.: Tringer, 1991; Vajda, 1991, Perczel Forintos, 2006).

**A kognitív viselkedésterápia jellemzői**

Mint minden más pszichoterápiában, itt is alapvető a non-specifikus elemek érvényesülése (kivéve a non-direktivitást) és a jól működő terápiás szövetség kialakítása.

A kognitív viselkedésterápia strukturált pszichoterápiás módszer, jellemzője, hogy

1. cél-, és problémaorientált,
2. a jelenre és problémákat fenntartó folyamatok megértésére irányul (a múltat a problémák kialakulásának megértéséhez használja fel),
3. koherens kognitív modellen alapul,
4. időhatáros, strukturált módszer, melynek során a beteg megtanulja negatív gondolatait felismerni, értékelni és megválaszolni.
5. edukatív jellegű azaz tanuláson, készségelsajátításon alapul: felkészíti a beteget arra, hogy megtanuljon megbirkózni a nehézségekkel,
6. együttműködő, egyenrangú kapcsolat kialakítására törekszik a beteggel,
7. direktív, aktív terapeuta magatartást feltételez
8. hangsúlyt fektet a visszaesések megelőzésére.

A kognitív viselkedésterápia gerincét a konceptualizálás képezi (ld. alább) s széles terápiás eszköztár áll a terapeuta rendelkezésére a diszfunkcionális gondolatok, az érzelmek és a viselkedés megváltozásának elősegítésére, de maga a kezelés semmiképpen sem mechanikusan használható technikák gyűjteménye.

**A kognitív viselkedésterápia fő módszerei**

Beck számos újítást vezetett be a terápia folyamatába és klinikai alkalmazásába, melyek közé (Weishaar, 1993) tartozik a konceptualizálás, a kollaboratív empirizmus, a szókra-tészi dialógus, az irányított önfeltárás és a kognitív átstrukturálás.

**A konceptualizálás** a terápiás folyamat döntő fontosságú része. Ez nem más, mint a beteg egyéni problémájának a kognitív modellben való értelmezése, mely magában foglalja a meghatározó korai vagy traumatikus életeseményeket, a hatá-sukra kialakuló sémákat és alaphiedelmeket, a disz-funkcionális attitűdöket és megküzdési stratégiákat, a beteg-séget (problémaviselkedést) közvetlenül megelőző kritikus élményeket valamint a jelentésadási tendenciáknak az ismeretét. A terapeuta számára világos kell, hogy legyen,

1. a páciens milyen jelentést tulajdonít a tüneteknek
2. melyek a problémát előidéző és fenntartó tényezők, valamint
3. a páciens hogyan próbál megbirkózni az adott helyzettel, betegséggel (1.ábra).



1.ábra: A szorongásos megbetegedések kognitív modellje (J. Beck nyomán, 1995 Perczel Forintos, 2006)

**Gyakori tévhiedelem** a kognitív terápiával szemben, hogy nem foglalkozik a páciens életének múltbeli eseményeivel. A konceptualizálás lényege épp az, hogy ezeket fontos háttértényezőnek (sérülékenységeknek) tekinti az aktuális problematika kialakulásában. A hangsúly azonban nem ezek minél részletesebb explorálásán, hanem a diszfunkcionális (torzított) élményfeldolgozás átértékelésén van, melynek célja adaptívabb működés elérése a jelenben.

**Kollaboratív empirizmus.** Ez azt jelenti, hogy a terapeuta a beteget olyan személynek tekinti, aki szakértő a saját problémájában és akinek beszámolóját hitelesnek fogadja el. Együttműködnek a probléma konceptualizálásában, a kognitív torzítások azonosításában és a kogníciók tartalmának empirikus



vizsgálatában. A beteg kognícióit hipotéziseknek tekintik, melyek a helyzet egy lehetséges értelmezését adják és empirikusan megvizsgálják, vajon a jelentés az aktuális helyzetből adódik-e vagy pedig esetleg korábbi élményekből, függetlenül az aktuális ingerkonstellációtól (ez utóbbi esetben a jelentés elszakadt a konkrét helyzettől és sok esetben diszfunkcionálisnak tekinthető). „Nézzük csak, milyen bizonyítékunk van arra, hogy ostobának tartják?” „Milyen jelekből gondolja, mire alapozza ezt?” „Mit gondol, milyen torzítások érvényesülnek az adott helyzetben?” A terapeuta aktív résztvevője az ülésnek; kérdésekkel segíti a páciens munkáját, melyek a terápiás eszköztár lényeges kellékei.

**Szókratészi dialógus** a terapeuta azon kérdezős stílusa, mely a kognitív változás és átstrukturálás előidézésére irányul. A szókratészi kérdésben a terapeuta értelmezés helyett kérdésekkel vezeti rá a beteget az összefüggések felismerésére illetve arra, hogy önmaga értékelje át problémás helyzetét és adaptívabb viszonyulási lehetőségeket.

**Az irányított önfeltárás során** a terapeuta kérdésekkel segíti a beteget az önreflexiós folyamatban, hogy felismerje az összefüggéseket egyrészt saját pszichés működése (gondolatai, érzései, viselkedése és testi működése) és a környezet között, másrészt gondolkodásának diszfunkcionális, szenvedést okozó jellegét.

**Kognitív átstrukturálás.** Kognitív viselkedésterápiában a kognitív, az emocionális és viselkedéses változást előidéző **fő hatásmechanizmus** a kollaboratív terápiás kapcsolatban megvalósított **kognitív átstrukturálás**. Ennek során a páciens megtanulja felismerni és átértékelni negatív gondolatait és kognitív torzításait (kezdetben a terapeuta segítségével, később önállóan) valamint azt, hogy reálisabban, kevésbé fenyegetőnek lássa helyzetét (*1. táblázat*).

Amennyiben ez nem lehetséges, mert valóban nagyon súlyos problémával áll szemben (pl. gyász, munkanélküliség, stb.), akkor együttesen végiggondolják, hogy milyen megküzdési stratégiák vagy problémamegoldási módok alkalmazhatók. A kognitív átstrukturálás (árértékelés, „átkeretezés”) nem a negatív gondolkodás kicserélése pozitív gondolkodással, hanem arra törekszünk, hogy a negatívisztikus, torzított szemléletmód reálisabbá vagy adekvátábbá váljon, ami adott esetben pozitív gondolkodást is jelent, de nem feltétlenül. A lényeg a reálisabb, nem pedig a mindenképpen pozitív hozzáállás kialakítása.

A kognitív technikák segítségével a rejtett hiedelmek és viszonyulások felismerhetővé válnak, intenzitásuk és gyakoriságuk csökken, aktivációs küszöbük nő. A tanult coping stratégiák az előfordulás gyakoriságával megerősödnek és stabilizálódnak, noha a változás tempója egyénenként különböző lehet.

**A terápia időhatáros jellege.** A kognitív viselkedésterápia célja az, hogy érdemi segítséget nyújtson a betegeknek relatíve rövid idő alatt. A hatékonyságvizsgálatok alapján úgy tűnik, hogy szignifikáns pozitív változás érhető el 12 hét alatt 20 ülésben unipoláris depresszió esetén, 5 ülés után pánik betegségben, 14 ülésben szociális fóbia esetén (Weishaar, 1993). Más kontrollált és randomizált vizsgálatok pl. a pánik betegségről (Clark D. 1996), a szociális fóbiáról (Heimberg és mtsai, 1990), a táplálkozási zavarokról (Garner és mtsai, 1993) vagy a gyógyszerfüggőségről (Woody és mtsai, 1983) ugyancsak megerősítik a kognitív viselkedésterápia eredményességét.

## Újítások

A kognitív viselkedésterápia fontos megkülönböztető vonása a terápiás beszélgetés relatíve standard struktúrája (Beck, 1991). Ez az ülés kezdetén **menetrend felállításából** áll az aznap megbeszélendő témákról, a házi feladatok áttekintéséből és az aktuális probléma kognitív elemzéséből. A **házi feladatok** célja az, hogy a terápiában tanultakat a mindennapokban is elkezdje alkalmazni a beteg; ezeket az ülések között kell elkészíteni s megbeszélésük a terápia integráns részét képezi. Házi feladat lehet az automatikus gondolatok monitorozása, viselkedési kísérletek elvégzése (pl. vélt elutasítás hatásának megfigyelése, fejfájás intenzitás hullámzásának megfigyelése). **Visszajelzések** kérése és adása informálja a terapeutát, hogy a beteg mennyire értette meg az ülésen elhangzottakat, történt-e félreértés és hogy mennyire találta a beszélgetést relevánsnak saját problémája szempontjából. **Gondolatnapló vezetésével** monitorozhatja a páciens negatív gondolatait, s a terápia előrehaladásával egyre önállóbbá válik a szorongást keltő vagy fenyegető helyzetek átértékelésében.

## A sémaközpontú kognitív terápia kialakulása

A személyiségzavarok kezelésénél nyilvánvalóvá vált, hogy a standard kognitív terápia módszerei kiegészítésre szorulnak: nem elegendő az automatikus gondolatok szintjén intervenálni, hanem az azokat aktiváló alapsémák szintjére kell koncentrálni. Young, a módszer kidolgozója az alábbiakban foglalta össze a sémaközpontú terápia fő jellemzőit (Young, 1985; Beck és Freeman, 1990).

1. Integratív megközelítés a személyiségzavarok és krónikus depresszió kezelésére.
2. A kognitív, viselkedéses, interperszonális és kísérleti technikák kombinációja.
3. Nagyobb hangsúly a terápiás kapcsolaton.
4. Nagyobb hangsúly az emóciókon (képzelet, szerepjáték szerepe).
5. Nagyobb hangsúly a kora gyermekkori életeseményeken, azok reprezentációján és a személyiségfejlődési folyamatokon.
6. Fókuszálás a korai maladaptív sémákra.

## A korai maladaptív séma definíciója

Valamely széles, átfogó téma a személyiségnek önmagával vagy másokkal való kapcsolatáról, amely gyermekkorban fejlődött ki és folyamatosan alakult az élet folyamán. Lényeges jellemzője, hogy a szülőkkel, testvérekkel, kortársakkal kapcsolatos mindennapi gyermekkori árthatalmas élmények nyomán alakulnak ki, összefüggésben a temperamentummal, intenzív indulatkitörésekhez, szélsőséges öndestruktív tendenciákhoz vezethetnek, képesek arra, hogy jelentősen megzavarják az olyan alapszükségleteket, mint autonómia, önkifejezés, kapcsolatteremtés. Nagyon mélyen gyökerező minták, központi szerepük van az önképben.

A maladaptív sémák általában önlegyözők, rendkívül stabilak, ellenállnak a változásnak, erős indulatokat mobilizálnak, amikor a sémát érintő akár mindennapi események vagy valamilyen biológiai állapot aktiválja őket (Young, 2003).

Eredetükről csak feltételezésekkel rendelkezzük: a családi környezet, valószínűleg fizikai, szexuális, verbális bántalmazás, harag ill. agresszió általi fenyegetettség, keményen büntető

1. táblázat

Példa kognitív átstrukturálásra

Helyzet Mit csináltam? Mi járt a fejemben?	Érzés Mit éreztem? Mennyire volt rossz (%)?	Negatív Automatikus Gondolatok Mi futott át a fejemben, mikor rosszul kezdtem érezni magam?	Bizonyíték, hogy ez igaz	Bizonyíték, hogy nem 100%-ig igaz	Kiegyensúlyozottabb, reálisabb gondolat Hogyan válaszolom meg a NAG-ot?	Érzés újra-értékelése Hogyan változott meg az érzésem (%)?
Reggel azzal ébred, hogy nincs munkája, emiatt ágyban marad	Lehangoltság, kilátástalanság 80%	Nem fogok munkát találni, elszegényedünk, éhen halunk (jövendőtmondás és katasztrófizálás)	Nincs munkám.  Recesszió van.	Nem is kerestem még állást. Van jó szakmám, az informatikusok általában el tudnak helyezkedni. Több embert ismerek, aki segíthet.	A depresszióm miatt látom ilyen sötétben a dolgokat – az, hogy recesszió van, nem jelenti feltétlenül azt, hogy nem fogok tudni elhelyezkedni, ki kell használnom a lehetőségeimet.	Lehangoltság,  Kilátástalanság 30%
Eszébe jut felesége műtétje	Sajnálát, szégyen, harag, elkeseredés 70-80%	Felelőtlen volt, nem vigyázott. Tönkre tette a házasságunkat. (katasztrófizálás)	Cigarettazott  Amputáció	Ez a betegség örökletes, nem csak tőle függött az állapota. Él a feleségem, tudjuk jól érezni magunkat együtt	Igaz, hogy a műtétet nem lehet visszacsinálni, de él a feleségem, együtt vagyunk, sokat jelentünk egymásnak.	Sajnálát 30% Harag 20% Elkeseredés 0%
Falásrohamot követő önhánytatás	Szégyen, büntudat 80%	Undorító kövér vagyok	Nem jön rám a tavalyi ruhám Híztam	A súlyom a normál tartományban van. A párom szerint csinos vagyok. Több férfi megnézett az utcán.	Nem vagyok sovány, de ettől még csinos lehetek.	Büntudat 0%, szégyen 0%, megkönnyebbülés 80%

nevelői attitűd nyomán alakulnak ki. Az ignoráló vagy hiányos szülői gondozás, empátia hiánya, valamint a gyermek egyéni igényeit figyelembe nem vevő környezeti hatások játszanak benne döntő szerepet. A nagyfokú emocionalitás biológiai eredetű is lehet.

Young (1985) a sémákat négy nagy tartományba sorolta, amelyek mindegyike fontos szükségletet fejez ki, azonban maladaptív formában is megnyilvánulhat (Unoka, 2004):

1. **autonómia** (dependencia, alárendelődés, sérülékenység, önkontroll elvesztésétől való félelem),
2. **kapcsolódás** (érzelmi depriváció, elhagyatottság, ill. veszteség, bizalmatlanság, szociális izolálódás, ill. elidegenedés),
3. **értékesség** (fogyatékoság, szociális inkompetencia ill. kudarc, büntudat, ill. büntetés, szégyen, ill. gátlásosság), végül
4. **elvárások** (éigérő elvárások, feljogosítottság, ill. elégtelen határok).

A séma-terápia alkalmazása a személyiségzavarok kezelésében integrációs lehetőségnek tekinthető a dinamikus és a kognitív irányzatok számára.

Irodalom:

Beck AT. (1976): *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. International University Press, New York.  
Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G. (1979): *Cognitive Therapy of Depression*. The Guilford Press, New York.  
Beck J. (1995): *Cognitive Therapy: Basics and Beyond*. The Guilford, New York.

Burns D. (1980): *Feeling good*. William Morrow Comp. New York.  
Clark D. (1996): *Panic Disorder: From Theory to Therapy*. In: Salkovskis, P.M. (ed.): *Frontiers of Cognitive Therapy*. 318-344. Guilford Press, New York.  
Dobson K. (1989): *A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy of depression*. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.  
Garner DM, Rockert W, Davis R. (1993): *Comparison of cognitive-behavioural and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa*. *Am. J. of Psychiatry*, 150, 37-46.  
Heimberg RG, Dodge CS, Hope DA. (1990): *Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control*. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1-23.  
Hollon SD. (1990): *Cognitive Therapy and Pharmacotherapy for Depression*. *Psychiatric Annals*, 20, 5:249-257.  
Kopp M, Fóris N. (1994): *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Végeken, Budapest.  
Mórotz K, Perczel Forintos D. (2006): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina, Budapest.  
Salkovskis PM. (2000): *A kognitív terápia térhódítása*. Animula, Budapest.  
Tringer L. (1986): *A depressziók kognitív szemlélete*. *Psychiatria Hungarica*, I/1. 29-38.  
Tringer L. (1993): *Viselkedésterápia – kognitív terápia*. *Psychiatria Hungarica*, VIII/3. 141-150.  
Vajda M. (1991): *A depresszió kognitív viselkedésterápiája*. Végeken, Budapest.  
Weishaar M. (1993): *Aaron T. Beck*. Sage Publications, London.  
Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2003): *Schema Therapy – A Practitioner’s Guide*, The Guilford Press, New York.

## Linehan dialektikus viselkedésterápiája a borderline személyiségzavar kezelésében

### Linehan's Dialectical Behaviour Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder

Perczel Forintos Dóra

Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia

**Kulcsszavak:** borderline személyiségzavar, diagnosztikus kritériumok, érvénytelenítő környezet, emocionális szabályozás zavar, belső figyelem készségek, interperszonális készségfejlesztés, érzelmszabályozási készségek, feszültségtűrési készségek

**Keywords:** *borderline personality disorder, diagnostic criteria, invalidating environment, emotional dysregulation, mindfulness skills, interpersonal skills, emotional dysregulation skills, frustration tolerance skills*

#### A borderline betegek pszichoszociális készségfejlesztésének elméleti alapja

A borderline személyiségzavarban szenvedő (BPD) betegek elárasztják a pszichiátriai rendeléseket és kórházi osztályokat. Általánosan elfogadott, hogy még a potenciálisan hatékony gyógyszeres kezelés mellett is szükség van pszichoterápiára. A dialektikus viselkedésterápia (dialectical behaviour therapy, DBT) széles alapokon nyugvó kognitív-viselkedés terápia, melyet speciálisan borderline betegek számára dolgoztak ki. Ez volt az első, klinikai próbákkal is igazoltan hatékony terápia modalitás ebben a személyiségzavarban (Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon és Heard, 1991; Linehan és Heard, 1993; Linehan, Heard és Armstrong, 1993). A pszichoszociális készségfejlesztés a kezelésnek csak egy része; a DBT, amely hatékonyan bizonyult borderline betegekben, kombinálja az egyéni pszichoterápiát és a készségfejlesztő tréninget.

Az egyéni pszichoterápiát és készségfejlesztést is magában foglaló DBT a borderline személyiségzavar dialektikus és bioszociális megközelítésén alapul.

**A borderline személyiségzavar diagnosztikai kritériumai** (DSM-IV, a diagnózis megállapításához az alábbiak közül minimum öt szükséges)

- **Kapcsolati instabilitás:** kapcsolatokban a túlzott idealizálás és a leértékelés közötti ingadozás
- **Önkárosító impulzivitás:** minimum két területen megjelenő önkárosító impulzivitás a következők közül: költekezés, szexualitás, alkohol-, vagy droghasználat, falási rohamok, felelőtlen autóvezetés, bolti lopás.
- **Érzelmi instabilitás:** az alaphangulat depresszió, irritabilitás vagy szorongás felé való eltolódása, mely néhány óráig, de legfeljebb néhány napig tart.
- **Gyenge önkontroll:** a helyzetnek nem megfelelő heves düh, vagy a düh feletti kontroll hiánya, például gyakori indulathullámzások
- **Öngyilkossági fenyegetőzések,** gesztusok, öncsonkító viselkedés. (ismétlődő rendszerességgel)
- **Identitászavar:** kifejezett és állandósult identitászavar az alábbiak közül legalább két vonatkozásban: önkép, nemi identitás, hosszú távú célok, pályaválasztás, barátok megválasztás, értékrend
- **Krónikus üresség- és unalomérzet.**
- **Távolságtartás:** a valóságos vagy elképzelt elutasítás elkerülése érdekében tett heves erőfeszítések (melyek a

személyközi kapcsolataiban távolságtartásban nyilvánulnak meg, illetve nem tartja meg/nem ápolja hosszabb távon barátságait/kapcsolatait)

#### Dialektikus szemlélet

Ahogy a neve is mutatja, a DBT dialektikus világszemléleten alapul. A dialektikus megközelítés a viselkedésterápiával összefüggésben két dolgot jelent:

- a) a bennünket körülvevő realitás értelmezését.
- b) a klienssel folytatott dialógus érvrendszerét.

*Ad a)* A dialektikus megközelítésnek – legyen szó a külső realitásról vagy az emberi viselkedésről – van három alapelve, melyek fontosak a DBT megértéséhez.

**Első alapelv,** hogy a dinamikus rendszerszemléletekhez hasonlóan, a dialektikus megközelítés is hangsúlyozza, hogy a valóságot csak mint egységes egészet, mint egymással összefüggő részekből állót lehet szemlélni. Így a dialektikus megközelítés a viselkedés nagyobb összefüggésekbe való beágyazottságát vizsgálja, valamint az egyes viselkedési mintákat sem önmagukban, hanem együttesen figyeli. A készségfejlesztő tréning során a terapeutának itt is tekintettel kell lennie a készség-hiányok egymással szoros kapcsolatban álló megjelenésére.

**Második alapelv,** hogy a valóság nem statikus, hanem elmentéses irányú belső erők eredőjeként jön létre. Fontos dialektikus gondolat, hogy minden állítás magában hordozza önnön ellentétét. Ebben a formában a dialektikus megközelítés kompatibilis a pszichopatológia pszichodinamikus konfliktus-modelljével. A borderline kliensekre oly jellemző szélsőséges ill dichotómiás gondolkodás, magatartás és érzelmi állapot úgy fogható fel, mint képtelenség a dialektikus megközelítésre. Ennek a végletességnek három olyan megnyilvánulása van, amely különösen nehezé teszi a pszichoszociális tréning kivitelezését, ezért fontos, hogy a terapeuta szem előtt tartsa ezeket, és segítse a klienst, hogy a továbbhaladás érdekében szintézist alakítson ki.

1. Fontos, hogy a beteg elfogadja magát és ugyanakkor elfogadja a változás szükségességét is. Ez tulajdonképpen minden pszichoterápia alapvető ellentmondása és fontos, hogy a terapeuta felkészülten tudjon foglalkozni ezzel a kérdéssel.

- Fontos, hogy a beteg segítséget kapjon, de ha önállóbb lesz, azáltal esetleg elesik attól, amihez addig hozzájutott.
- Fontos, hogy a beteg megőrizze személyes integritását, a saját ítélőképességébe vetett hitét, ugyanakkor képes legyen elsajátítani olyan új készségeket, amelyekkel csökkentheti szenvedését.

**Harmadik alapelv**, (következik az első kettőből), hogy a valóság sokkal inkább felfogható úgy, mint változás és folyamat, nem pedig úgy, mint tartalom és struktúra. Mivel mind a kliens, mind a környezete állandóan változik, a terápiának nem az a célja, hogy stabil, állandó környezetet alakítson ki, hanem sokkal inkább az, hogy a kliens számára a változás ne jelentsen fenyegetést.

### A borderline személyiségzavar bioszociális elmélete

A bioszociális elmélet legfontosabb állítása, hogy a borderline személyiségben a központi probléma az érzelmszabályozás zavara, amelynek kialakulásában egyaránt szerepe van a biológiai predispozíciónak, a környezeti tényezőknek és ezek egymásra hatásának a személyiségfejlődés során (ezért nevezik bioszociális elméletnek). Az elmélet szerint a borderline klienseknek nehézséget jelent számos, vagy akár mind egyik érzelmi szabályozása. Ezt a szabályozási zavart az *érzelmi sérülékenység* és a maladaptív illetve *elégtelen érzelmi moduláció* okozza.

*Érzelmi sérülékenységnek* nevezi a szerző az emocionális ingerekre való nagyfokú érzékenységet, a rájuk adott igen intenzív reakciót és az emocionális izgalmi szint lassú lecsengetését.

*Az érzelmi moduláció* során az egyén képes

- meggátolni az intenzív affektusok hatására fellépő nem megfelelő viselkedést,
- célirányos (tehát nem indulatvezérelt) cselekvésre,
- az intenzív érzelmi állapot következtében fiziológiásan kialakult izgalmi szint lecsillapítására, valamint
- figyelem koncentrációra intenzív emocionális állapotokban is.

Ebből következik, hogy az érzelmi diszreguláció, amely a borderline személyiségzavarban megfigyelhető, azért jön létre, mert egyfelől az érzelmi válaszokért felelős rendszer túlérzékeny és túlreagáló, másfelől a beteg képtelen a létrejövő erős érzelmek és az azokat kísérő reakciók modulálására. Az érzelmi diszregulációra való hajlam mint olyan, biológiailag megalapozott. Az ember érzelmi szabályozásáért felelős rendkívül összetett rendszer bármely pontján fellépő működési zavar lehet a kezdeti érzelmi sérülékenység és ennek következtében az érzelmi moduláció gyengeségének a biológiai alapja.

### Az „érvénytelenítő” környezet szerepe az érzelmi diszreguláció kialakulásában

Linehan elméletében központi fogalom az ún. „érvénytelenítő környezet”, amely a fent leírt érzelmi diszreguláció kialakulásában központi szerepet játszik. Az ilyen környezet különösen ártalmas az olyan gyermek számára, aki érzelmi-

leg nagy mértékben sérülékeny. Ez azt is jelenti, hogy az érzelmileg sérülékeny, túlreagáló egyén elutasítást válthat ki egy máskülönbben támogatónak mondható környezetből is.

*Az érvénytelenítő környezet meghatározója az a sajátosság, hogy következtelen és inadekvát módon reagál a gyermek személyes tapasztalataira, élményeire* (pl. hiedelmek, gondolatok, érzések, érzelmek). Az érzelmek fenomenológiai, fiziológiai és kognitív komponensei azok a személyes tapasztalások, melyeket az ilyen környezet elutasít. Az optimális családban az egyéni tapasztalások nyilvános elismerésére gyakran kerül sor. Például, ha a gyermek sír, a szülők vigasztalják és megpróbálják kitalálni, mi a baj, (ahelyett, hogy azt mondanák: „Ne legyél már böngömasina!”). Ha a gyermek dühös vagy frusztrált, a családtagok komolyan veszik (ahelyett, hogy figyelmen kívül hagynák). Tehát a gyermek reakcióit érvényesnek és adekvátumnak tekintik, aminek hatására a gyermek képessé válik a saját és mások érzéseinek elkülönítésére.

Ezzel ellentétben az érvénytelenítő környezet azért okoz problémákat, mert az egyén szempontjainak, hiedelmeinek, gondolatainak és érzelmeinek kommunikálására inadekvát módon reagálnak: sokkal intenzívebben vagy ignoráló módon. Ha tartósan fennáll a különbség a gyermek saját tapasztalásai, illetve a környezet által neki tulajdonított vagy tőle elvárt reakciók közt, akkor előáll az a helyzet, amelyben a BPD-re jellemző számos viselkedési zavar beépülhet.

Továbbá, az érvénytelenítő környezet hajlamos arra, hogy hangsúlyt helyezzen az *érzelmek kifejezésének kontrollálására*, elsősorban a negatív érzelmek kifejezésével kapcsolatban. A fájdalom élményét bagatellizálják és a motiváció és az önfegyelm hiányának tekintik, míg az erős pozitív érzelmek illetve a preferenciák kinyilvánítását olyan vonásoknak tulajdonítják, mint az ítélőképesség hiánya, vagy impulzivitás. Az érvénytelenítő környezet sajátossága még ezeken kívül az is, hogy korlátozza a gyermeket abban, hogy igényeket támasszon a környezetével szemben és büntetéssel szabályozza a viselkedését (a szóbeli kritikától a fizikai vagy szexuális abúzusig).

Az érvénytelenítő környezet azzal járul az érzelmi diszreguláció kialakulásához, hogy nem tanítja meg a gyermeket az izgalmi állapot beazonosítására és modulálására, a szenvedés elviselésére illetve arra, hogy a saját érzelmi reakcióiban megbízzon, azokat, mint az események logikus következményeit tekintse. A saját tapasztalások megbízhatatlanságára tanítja a gyermeket az ilyen környezet azáltal is, hogy előírja számára, hogy a többiek reakcióihoz és cselekedeteihez igazodjon, emellett a problémás helyzetek túlszimplifikálásán keresztül megfosztja a gyermeket a realisztikus célok megválasztásának képességétől. Mindezekon túl, mivel a környezet egyfelől bünteti a negatív érzések kifejezését, másfelől inkonzisztens módon csak akkor reagál a gyermek érzelmeinek közlésére, ha azok felfokozottak, a család egy olyan érzelmi kommunikációt tanít, amely az extrém gátlás és az extrém gátlástalanság között ingadozik. Más szavakkal, a család érzelmekre adott reakciói megfosztják a mindennapi érzelmeket kommunikációs funkciójuktól.

*Traumatiszáció, szexuális abúzus.* A fent elemzett biológiai és környezeti tényezők tranzakciója mellett a gyermekkori szexuális abúzusok is szerepet játszanak a borderline személyiségzavar kialakulásában. A kutatók szerint a BPD-ben szenvedő betegeknek kb. 75%-a élt át valamilyen szexuális abúzust, tehát ezt mindenképp specifikusan megelőző faktornak

kell tekinteni. Nem világos azonban, hogy a szexuális trauma önmagában váltja-e ki a borderline viselkedési minták kialakulását, vagy az abúzus és a személyiségzavar egyaránt a nagymértékben diszfunkcionális és érvénytelenítő családi környezet hatására jön létre.

### Az érzelmi szabályozás zavarának kialakulása

A borderline betegek viselkedését úgy modellezhetjük, mint amely érzelmi diszreguláció vagy maladaptív emocionális reguláció hatására jön létre. Az impulzív és különösen a paraszucidális viselkedést felfoghatjuk, mint maladaptív, de nagyon effektív szabályozási stratégiát (például az öngyilkos magatartás nagyon hatékony módszer arra, hogy a beteg segítséget kapjon a környezetéből és ezáltal elkerüljön vagy megváltoztasson egy érzelmileg fájdalmas szituációt).

Az érzelemszabályozás zavara a szelf-élmény kialakulását és fenntartását is akadályozza. Az érzelmi labilitás a viselkedés bejósolhatatlanságához és kognitív inkonzisztenciához vezet, ily módon megzavarja az identitás kialakulását. Ehhez hasonlóan, ha valakinek a helyzetmegítélését mindig tévesnek minősítik, annak egyenes következménye a környezettől való nagyfokú függőség.

A hatékony interperszonális kapcsolatteremtéshez stabil szelf-élményre, az érzelmerkifejezés spontaneitására valamint a feszültség toleranciájára van szükség. Mivel az érzelemszabályozás zavara csökkenti a stabil szelf-élmény és az érzelmi kifejezőképesség kialakulásának valószínűségét, érthető, hogy a borderline klienseknek kaotikus kapcsolataik vannak.

### A kognitív viselkedésterápia módosítása borderline személyiségzavar esetén

A személyiségzavarban szenvedők esetében szükségessé vált a kognitív terápiás módszertan módosítása és az elméleti alap kiszélesítése. A DBT esetén négy olyan problémakör kapott hangsúlyt, melyek ugyan nem voltak újak, de a tradicionális kognitív viselkedésterápiában kisebb figyelem fordult feléjük:

1. hangsúlyozzuk a viselkedés elfogadását és érvényességét az adott pillanatban
2. hangsúlyozzuk a terápia ellen ható viselkedés kezelését mind a beteg, mind a terapeuta részéről
3. hangsúlyozzuk a terápiás kapcsolat jelentőségét, amely kulcsfontosságú
4. hangsúlyozzuk a dialektikus szemlélet fontosságát

### Összefüggés a borderline viselkedésminták és a készségfejlesztő tréning között

A dialektikus viselkedésterápia négy kezelési egységből áll:

1. érzelemszabályozási készségek
2. interperszonális hatékonyság készségek
3. feszültségtűrési készségek
4. „belső figyelem” (meditációs mindfulness) készségek

A BPD kritériumai, amint azt korábban kifejtettük viselkedési, kognitív, emocionális labilitást és szabályozási zavart

tükröznek. Ezek a zavarok öt kategóriába sorolhatók, a DBT-ben négy speciális készségfejlesztő tréning modul pontosan erre az öt kategóriára irányul.

Először is, ahogy korábban szó volt róla, a borderline betegek általában érzelmi labilitással és szabályozási zavarral küzdenek. Érzelmi válaszaik reaktívak és általában problémát jelent számukra a harag és a harag kifejezése, csakúgy mint az időnként fellépő szorongás, depresszió és irritabilitás. Az egyik DBT készségfejlesztési modul az érzelemszabályozás megtanítására irányul.

Másodszor a borderline egyéneknek gyakori az interperszonális diszreguláció. Kapcsolataik rendszerint kaotikusak, intenzívek és nehézségekkel terhelték. Ennek dacára a kliensek gyakran rendkívül nehéznek érzik egy kapcsolat megszakítását, kétségbeesett és túlzott erőfeszítéseket tesznek, hogy a számukra fontos személyek ne hagyják el őket. Másoknál is inkább igaz rájuk, hogy stabil kapcsolatokban jól érzik magukat és szenvednek az instabil kapcsolatokban. Így egy másik DBT modul az interperszonális hatékonyságot tanítja.

Harmadszor, a borderline betegek jellemző, hogy viselkedés-szabályozási zavarai vannak, amit bizonyít szélsőséges és problematikusan impulzív viselkedésük, csakúgy, mint a gyakori önkárosítás, öncsonkítás és öngyilkosság. A DBT úgy kezeli az impulzív és öngyilkos viselkedést, mint maladaptív problémamegoldást, ami azért jön létre, mert a beteg nem képes az emocionális feszültséget elég hosszan tolerálni addig, amíg potenciálisan hatékonyabb megoldást talál ki. Ezért a harmadik DBT modul az feszültségtűrési képességét fejlesztésére irányul.

Negyedszer, igen gyakori az identitászavar, a borderline kliensek arról számolnak be, hogy nem érzékelik önmagukat, ürességet éreznek és nem tudják, kik is ők. Végül stressz hatására átmenetileg nem-pszichotikus kognitív zavarok (depersonalizáció, derealizáció, téveseszmék) alakulhatnak ki. Ennek a két szabályozási zavarnak az enyhítésére az egyik DBT modul alapvető meditációs készségeket tanít, amelyeknek segítségével képesé válik arra, hogy tudatosan reflektáljon önmagára és elkülönítse környezetét és saját maga megnyilvánulásait.

### Az egyéni pszichoterápia és a készségfejlesztés kapcsolata

A DBT a borderline személyiségzavart részben mint motivációs problémát, részben mint a képességek deficitjét fogja fel. Elsősorban arra képtelenek, hogy legátolják maladaptív, hangulatfüggő viselkedésformák megjelenését, illetve aktuális hangulatuktól független magatartást kezdeményezzenek, amely hosszútávú céljaik eléréséhez szükséges. Másodszor, az erős érzelmek és az eredeti érvénytelenítő környezetben elsajátított diszfunkcionális feltevések és hiedelmek az aktuális érvénytelenítő környezet hatásával összeadódva olyan motivációs kontextust alkotnak, amely meggátolja, hogy a személy használja a rendelkezésére álló magatartási készségeket és gyakran erősíti az inadekvát borderline viselkedést.

Ezért a BPD kezelésében a pszichoszociális készségfejlesztést egyéni terápia kíséri, a páciensnek két terapeutája van. Ez a személyiség működésére oly nagymértékben jellemző dichotóm gondolkodás (hasítás) kezelése miatt is fontos (pl. negatív indulatok kezelése), valamint mintát nyújt a páciensnek

arra, hogy a különbségek integrálhatók, együttműködés lehetséges.

Linehan modelljének alapvető vonása, hogy a páciens megnyilvánulásait nem mint manipulatív viselkedést kezeli, hanem végig a személy fejlődési szándékába és változási képességébe vetett hitre támaszkodik. Az egész kezelés arról szól, hogy a kliens és a terapeuta team pozitív, együttműködő kapcsolatot tart fenn, a terápiás kapcsolat fontos vonása, hogy a terapeuta következetesen a kliens oldalán áll.

*Irodalom*

Linehan M. (1993): *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, The Guilford Press, New York.  
Gabbard G, Beck J, Holmes J. (2005): *Oxford Textbook of Psychotherapy*, Oxford University Press. 261-340. old.

## Az öngyilkossági veszélyeztetettség pszichés háttértényezői és a problémamegoldó tréning szerepe

### Suicidality and Problem Solving Therapy

Perczel Forintos Dóra

Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia

**Kulcsszavak:** öngyilkossági veszélyeztetettség, reménytelenség, túláltalánosított önéletrajzi emlékezet, alacsony szintű problémamegoldó képességek

**Keywords:** *suicidality, hopelessness, over generalized autobiographical memory, underdeveloped problem solving skills*

Az öngyilkosság jól ismert *multikauzális jelenség*, amelynek kialakulásában kulturális, szociális, szocioökonómikus, pszichoszociális, intrapszichés és biológiai tényezők játszanak szerepet; ezek részben módosítható, részben nem módosítható rizikófaktorok. Az utóbbi évtizedekben rohamos mértékben fejlődtek és nagy számban láttak napvilágot a módosítható pszichés kockázati tényezőkről szóló vizsgálatok.

A hetvenes években felismerték a depresszió belül a reménytelenség közvetlen kiváltó oki szerepét az öngyilkossági kísérletben, majd a kutatások elvezettek a reménytelenség háttérét képező túláltalánosított önéletrajzi emlékezet valamint az alacsony szintű problémamegoldó képességek területére. E módosítható kockázati tényezők ismerete elengedhetetlen a korszerű szuicid prevenciók kidolgozásához. Hazánkban ez annál is inkább időszerű, mert a *Fekete és Osváth* vezette felmérésből kiderült, hogy Magyarországon igen magas (25%) az egy éven belül megismételt öngyilkossági kísérletek száma és ezt követően – európai összehasonlításban – a magyar betegeknek a legmagasabb a pszichiátriai hospitalizáció aránya. Mivel ennek ellenére gyakran egy éven belül bekövetkezik az újabb szuicid kísérlet, a vizsgálat az adekvát pszichológiai vagy pszichoterápiás beavatkozások szükségességére hívja fel a figyelmet, valamint arra, hogy nem a kórházban eltöltött idő hossza, hanem a kezelés minősége a döntő a visszasesések megelőzésében.

Jelen előadásban a szakirodalom alapján részletesen áttekintjük az öngyilkossági kísérlet bekövetkezésének korábbi és újabb modelljeit, a módosítható kockázati tényezők szerepét és ezzel szoros összefüggésben az ebből adódó terápiás és prevenciók lehetőségeket.

### Az öngyilkosság kognitív háttértényezői

#### 1. A negatív kognitív struktúra

Az öngyilkossági veszélyeztetettség háttérét képező depresszió jól ismert kognitív elméletét Beck neve fémjelzi. Beck & mtsai szerint a depresszió központi eleme a személy negatív információfeldolgozási módja, amelyben kiemelt jelentőségű az ún. kognitív triád megléte, azaz a depressziós személy ismételt negatív módon gondolkodik a világról, önmagáról és a jövőjéről. Kogníciói folyamatosan negatívan látatják a valóságot, önmagát pedig értéktelennek és sebezhetőnek tartja, hangulatát a pesszimizmus határozza meg. Ráadásul öngerjesztő kör foglyává válik: depresszív hangulatban a negatív kogníciók könnyebben hozzáférhetőek, melyek tovább mélyítik a negatív hangulati állapotot, és így reménytelenséghez vezetnek.

#### 2. A reménytelenség

A reménytelenség jelenléte többszörösen beigazolódott depresszív állapotban, de szoros kapcsolatba hozták az öngyilkossági fantáziákkal és gondolatokkal, az ismételt öngyilkossági kísérletekkel és a befejezett öngyilkosságokkal, valamint a búcsúlevelek több mint 90%-ában is megjelenik.

A korrelációs eredményeket túllépve, egy 10 évet felölelő longitudinális vizsgálatban a reménytelenség alapján bejósolható volt a későbbi tényleges, befejezett öngyilkosság, míg önmagában a depresszió nem rendelkezett ilyen prediktív értékkel öngyilkossági fantáziák miatt kórházba kerülő személyek között. Ez azt jelenti, hogy pusztán a depresszió súlyossága nem jelent szuicid veszélyeztetettséget, hiszen pl. pszichotikus állapotban sem a depresszió, hanem a reménytelenség szintje rendelkezik prediktív erővel. Később *Beck és mtsai* ambuláns betegek nagy mintáján is (1958 fő) megismételték ezeket az eredményeket.

A reménytelenséget a jövőperspektíva elvesztésével jellemezhető, háttérben kétfajta információfeldolgozási deficitet tártak fel a kutatások: a túláltalánosított emlékezeti tárolást ill. a problémamegoldó képességek alacsony szintjét.

### 3. Túláltalánosított emlékezeti tárolás

Az elmúlt két évtizedben számos bizonyíték gyűlt össze, miszerint depressziós ill. öngyilkosságot megkísérelt személyek konkrét emléket próbálva felidézni, megakadnak és nem képesek erre: úgy tűnik, hogy összegzős tehát egyfajta túláltalánosított emlékezeti tárolással jellemezhetők.

*Evans & mtsai* vizsgálata hasonló eredményre vezetett: az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek az illetett kontrollcsoportéhoz képest szignifikánsan több túláltalánosított emlékképet idéztek fel, valamint kevesebb és kevésbé hatékony problémamegoldási stratégiát találtak náluk. E kutatók empirikus bizonyítékkal is szolgálnak a már *Beck* által felvetett gondolatra, miszerint a túláltalánosított emléknymok és a problémamegoldás szintje között kapcsolat lehet. *Evans & mtsai* feltételezése szerint a probléma megfogalmazása, csak úgy, mint alternatív megoldások kitalálása a „memória-adatbázishoz” való megfelelő hozzáférése múlik, amely azonban nehézséget jelent – az eredmények szerint – az öngyilkosságot megkísérelt személyeknek. Ezért a kutatók a konkrét élmények felidézésére irányuló terápiás technikákat javasolják. Így például kiemelik a kognitív viselkedésterápia naplővezetési feladatának az előnyét, mivel a problémahelyzetek leírása elősegíti az adott esemény pontos kódolását, ezáltal csökkenti a jövőbeni túláltalánosított előhívás esélyét, ilyképpen szerepe lehet a reménytelenség és az öngyilkossági kísérlet megelőzésében.

A túláltalánosított tárolás egyik oka lehet, hogy az események specifikus részleteinek újbóli felidézése erős, negatív érzésekkel kapcsolódhatott össze. Ezt az elképzelést támogatják azok a vizsgálatok, amelyek szerint a túláltalánosítás mind normál mind klinikai populációban azokra a személyekre jellemző, akiket életük során valamilyen megrázkódtatás ért, különösképpen szexuális vagy fizikai bántalmazás. Így a túláltalánosítás, azaz bizonyos élményekhez való nehezített hozzáférés, egyfajta védekezés lehet a traumatikus emlékekkel szemben.

*Pollock & Williams* öngyilkossági kísérletet elkövetett személyeket hasonlított össze illetett normál és beteg kontrollcsoporttal. Eredményeik megerősítették korábbi tapasztalataikat, hogy a kísérleti csoport tagjai kevesebb és kevésbé hatékony releváns lépést soroltak fel a szociális problémamegoldást mérő MEPS-tesztben, valamint kevesebb konkrét emléknymot említettek meg az önéletrajzi emlékezet vizsgálata során, mint a kontroll alanyok. A személyek nem tudnak felidézni olyan eseményeket a múltjukból.

### 4. A problémamegoldási képesség vizsgálata öngyilkosságot megkísérelt személyeknél

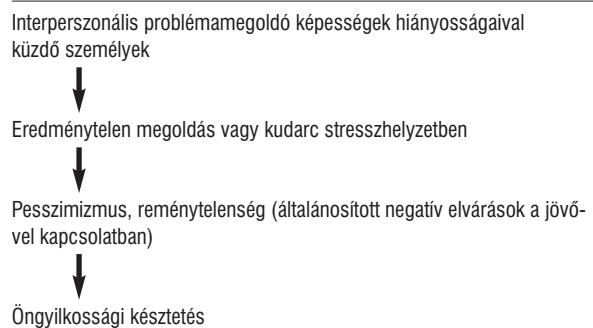
Az eddigiekkel szoros összefüggésben a kutatások negyedik irányvonala a problémamegoldó képesség jellegzetességeire irányult, és már a hatvanas években felmerült gondolatot folytatta, miszerint ennek sérülése összefüggésben lehet az öngyilkossági veszélyeztetettséggel.

*Sadowski & Kelley* kutatása a Social Problem Solving Inventory-vel (SPSI) szintén a problémamegoldás folyamatának szakaszairól szolgált információkkal. Serdülőkkel végzett vizs-

gálatukban az öngyilkosságot megkísérelt és a betegkontroll csoport az egészségesekhez képest minden dimenzióban rosszabban teljesített: a problémaorientáció, a probléma-meghatározás, alternatívák generálása, a döntéshozatal és a megvalósítás terén egyaránt.

*Reinecke & mtsai* serdülőknél vizsgálták a szociális problémamegoldás, a hangulat és az öngyilkossági hajlam összefüggéseit. Arra a következtetésre jutottak, hogy az említett tényezők kölcsönhatásban állnak egymással, vagyis az öngyilkosságot megkísérlő páciensek alacsony problémamegoldó képességekkel rendelkeznek, és megfordítva: akiknek nehézségeik vannak a szociális problémamegoldás terén, veszélyeztetettek az öngyilkosság szempontjából. Ez azonban nem közvetlen, kétoldalú kapcsolat, hanem a hangulatnak (depresszió, szorongás, reménytelenség) közvetítő szerepe van. Továbbá, a problémamegoldó képességeket a hangulat is befolyásolja: depressziós hangulatban kevesebb megoldást adnak az emberek. Negatív problémaorientáció esetén a személyek hajlamosak elkerülő viselkedéssel reagálni, ami rossz hangulathoz, reménytelenséghez, szorongáshoz vezethet, ami egyben nagyobb szuicid kockázatot jelent. A negatív problémaorientáció volt a legerősebb kapcsolatban a szuicid kísérlettel, míg a pozitív problémaorientáció kifejezetten fontos a jó hangulat fenntartásában.

Az eddig bemutatott vizsgálatok jól illeszkednek a reménytelenség már korábban kidolgozott „*stressz-diathezis*” modelljébe, amely a következőképp foglalja össze a folyamatot (1. ábra):



1. ábra. A reménytelenség „*stressz-diathezis*” modellje (Schotte és Clum nyomán)

Végül legújabban *Pollock & Williams* öngyilkosságot megkísérelt személyeket hasonlítottak össze pszichiátriai és normál kontrollcsoporttal aktív versus passzív problémamegoldás, ill. **problémamegoldásuk hatékonysága** mentén, s azt vizsgálták, hogy mindezek az idő elteltével a hangulatváltozás függvényében módosulnak-e. A kísérleti csoport szignifikánsan kevesebb és alacsonyabb színvonalú problémamegoldó lépést említett, mint a két kontrollcsoport.

Összefoglalva, az itt bemutatott kutatások meggyőzően mutatják, hogy a problémamegoldó képesség hiányosságai jelentős szerepet játszanak az öngyilkossági veszélyeztetettségben. Mivel a problémamegoldó képesség fejleszthető, tehát a módosítható kockázati tényezők közé tartozik, a fentiek alapján az öngyilkosság primer, szekunder és terciér prevenciójában egyaránt kiemelt hangsúlyt kell kapnia.

## Problémamegoldás

Az eddigiekből logikusan következik, hogy a személy problémamegoldó képességeinek kudarca döntő szerepet játszik az öngyilkossági veszélyeztetettségben, ezért a nyolcvanas évektől kezdve a szuicid prevencióban erre nagy hangsúlyt fektettek. *D'Zurilla & Nezu* nevéhez fűződik a „problémamegoldó terápia” módszertanának kidolgozása, noha az öngyilkosság komplex jelensége nem kezelhető pusztán problémamegoldó tréninggel. Másfelől azonban fontos eszköz a gyors segítségnyújtásra; a klinikai kutatások és a bizonyítékokon alapuló gyógyító eljárások eredményei azt mutatják, hogy a személy problémamegoldó képességének fejlesztése jelentős mértékben csökkentheti az öngyilkosság kockázatát. Az alábbi táblázatban látható a problémamegoldó tréning helye a szuicid prevencióban.

A problémamegoldó tréning helye a szuicid prevencióban:

1. sürgősségi ellátás elérhetősége
2. problémamegoldó készségek tanítása
3. kombinált terápia, intenzív affektív és kognitív címkézésel, kiemelt hangsúly a negatív érzések elviselésének megtanításán

## A problémamegoldó tréning

A problémamegoldó tréning (PMT) a problémamegoldó készség fejlesztésére kidolgozott jól felépített, logikus, viszonylag rövid idő alatt elsajátítható, többszörösen igazolt módszer, amely a kilencvenes években terjedt el. Általában rövid, 8-12 ülésből álló eljárásról van szó, amely az általános problémakezelési és problémamegoldó készség fejlesztésére irányul.

A PMT a pszichiátriában, a szociális munka terén, a háziorvosi rendszerben és a tanácsadás területén egyaránt felhasználható a problémák igen széles körében a döntési helyzetektől a házassági vagy más kapcsolati nehézségeken keresztül egészen akár a tanulmányi problémák, fogyatékoságok kezeléséig, stb.. Eredményesen alkalmazható mind gyenge, mind pedig átmenetileg (például egy betegség következtében) sé-

rült problémamegoldó képességgel rendelkező személyeknél, életkortól függetlenül, de a személy mindenkori mentális színvonalához adaptálva (gyerekkorban, időskorban). Széles körű alkalmazhatósága ellenére a pszichiátriában csak a nyolcvanas években ismerték fel jelentőségét, eleinte főként pszichológusok használták. *D'Zurilla és Goldfried*, később *D'Zurilla és Nezu* tettek kísérletet a problémamegoldás lépéseinek feltárására, majd a krízisintervenció fejlődésével fordult az érdeklődés a problémamegoldó tréningek felé.

A problémamegoldó tréning céljai a következők:

1. segítségnyújtás a pácienseknek abban, hogy felismerjék a rossz hangulatuk hátterében álló problémákat;
2. az erőforrások felismerésének elősegítése;
3. szisztematikus módszer megtanítása, amellyel aktuális problémáikat megoldhatják;
4. a problémák feletti kontroll érzésének bátorítása;
5. jövőbeli problémakezelési módszerek tanítása.

A problémamegoldás lépései:

1. Problémák listája, komplex problémák lebontása kisebb egységekre.
2. A legfontosabb probléma kiválasztása.
3. Célok meghatározása.
4. Szükséges lépések kidolgozása a cél elérése érdekében (ez egyben modellt nyújt a betegnek arra, hogyan lehet a homályos „nagy” problémákat kisebb, könnyebben megoldható részekre bontani).
5. Az első lépéshez szükséges feladatok pontos meghatározása. Mi az első lépés? Honnan fogja tudni a páciens, hogy sikerült elvégeznie az első lépést?
6. Végezze el a páciens az első lépést.
7. A haladás és a jelentkező nehézségek áttekintése a következő ülésen, értékelés, visszajelzés.

Bővebb irodalom

*Perczel Forintos D. (2008): Öngyilkosság-megelőzés és problémamegoldás (szerk.) Psychiatria Hungarica XXIII. évf. 2008/1 tematikus szám*



Egyed Miklós:

# A vasanyagcsere és betegségei

[www.semmelweiskiado.hu](http://www.semmelweiskiado.hu)

internet könyvruház  
210-4408  
info@semmelweiskiado.hu

Ssemmelweis Kiadó



## A resztoratív igazságszolgáltatás szemléletének alkalmazása

### The application of Restorative Justice's philosophy

Negrea Vídia

Közösségi Szolgáltatások Alapítványa Magyarország

**Kulcsszavak:** 'Idozat-elkövető-közösség, resztoratív konferencia, jóvátétel

**Keywords:** *Victim-offender-community, Restorative conference, Repairing harm*

A fiatalok által elkövetett bűncselekmények és az iskolai erőszak megelőzése, kezelése, tágabb értelemben az egyre komplexebb társadalmi konfliktusok hatékony feloldásának igénye szükségessé tette világszerte a problémamegoldó és humánus vitarendezési módszerek kidolgozását és interdiszciplináris alkalmazását.

Az előadás ismertetni kíván egy új, ún. resztoratív konfliktuskezelési és közösségépítési irányzatot, amit az itthoni pszichológusok leginkább a gyermek- és fiatalok reszocializációja kapcsán alkalmazhatnak.

A 80-as években, felismerve a hagyományos intézményi rendszer elégtelenségét, a világ különböző pontjain és területein kriminológusok és jogalkotók elkezdtek kidolgozni az igazságszolgáltatás azon irányzatát, amely a megtorlástól a helyreállítás felé mozdította el a normasértésekre adott válaszokat. Ennek következtében elfogadottá vált az a felfogás, hogy a büntetőjogi szankcióknak retributív (megtorló), preventív és *resztoratív* (helyreállító) célokot kell szolgálnia.

Az új irányzat gyökere olyan ősi folyamatokhoz nyúlik vissza, amit például benszülött ausztrálok, vagy egyes kanadai és amerikai indián csoportok évszázadok óta alkalmaznak problémák megoldására. Ezekben összehívják a bűnelkövetőt és az áldozatot családjukkal, közvetlen környezetükkel együtt nemcsak ítélezési célból, hanem elősegítve az áldozat és az elkövető rehabilitációját. A sérelmet okozó eset megbeszélésével segítenek az áldozat kárának megtérítésében és a lelki egyensúlyának helyreállításában, de gondoskodnak az elkövető felelősségvállalásáról, a társadalomba való visszailleszkedéséről is. Emellett az érzelmek kifejezése mentén történő megbeszélés biztosítja az érintett személyek traumatikus élményeinek feldolgozását és az áldozati stigma feloldását.

Ilyen csoportos konfliktuskezelési hagyományokat vettek figyelembe világszerte a kriminológusok akkor, amikor a resztoratív (helyreállító és jóvátételre fókuszáló) nevezett modelleket dolgozták ki a büntetőeljárás alternatívájaként vagy alternatív büntetésként (Wright, 1989).

Különböző technikák alakultak ki világszerte aszerint, hogy az eljárás milyen módon vonja be a közös munkában a három érintett csoportot: (fiatalok) elkövetők, áldozatok és közösségek (McCold, 2000) valamint aszerint, hogy ki szervezi és vezeti a megbeszélést, illetve hogy mely témaköröket célozzák meg.

Leggyakrabban a resztoratív eljárások fogalom alatt az alábbiakat értjük:

- Mediációs modellek (közösségi mediáció, áldozat-elkövető békítő program, áldozat-elkövető mediáció)
- Kör-modellek (*többnyire öslakos közösségekben alkalmazott*: békítő körök, ítélő körök, és gyógyító körök).

- Konferencia modellek (családi döntéshozó csoport konferenciák és közösségi vagy áldozat- elkövető közötti jóvátételi csoport konferenciák )

### Mi a resztoratív szemlélet lényege?

E nézet szerint a normaszegő viselkedés vagy a bűncselekmény egy interperszonális konfliktus, amely zavart, károkat és sérelmeket okoz az emberi kapcsolatokban, és az a konfliktus az érintettekhez, azaz a „konfliktusok tulajdonosaihoz” visszakerülve oldható csak fel (Christie, 1977).

A bűncselekmény így tehát nem más, mint az emberek és emberi kapcsolatok megsértése (Zehr, 1990), ezért az igazságszolgáltatásnak ki kell terjednie mindezen *sérelmek helyrehozására és a sebek begyógyítására* tett kísérletre (Bazemore és Walgrave, 1999), és a további káros cselekmények megelőzésére (Marshall, 1996). Ezért, a normasértésre adott méltányos vagy igazságos válaszból a kontroll és a támogatás egyidejű jelenléte szükséges (Wachtel, 1997)

Eszközei szempontjából a resztoratív eljárások pszichológiai jellege vitathatatlan: csoportdinamikai folyamatokba vonja be a konfliktusok érintettjeit annak meghatározásában, hogy milyen érzelmi szükségletek mentén lehetne rendbe hozni a tett elkövetésével okozott sérelmet, és miként lehet az antagonisztikus érzelmi állapotokból a feloldás és elfogadás felé haladni annak érdekében, hogy biztonságos és megelégedettséget nyújtó megoldásokhoz jussanak el.

A resztoratív szemlélet sajátossága a kérdéses technikában szemléltethető:

Megtorló szemlélet	Helyreállító szemlélet
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Milyen szabályszegés történt?</li> <li>• Ki tette?</li> <li>• Miért tette?</li> <li>• Mit érdemel?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kit érintett?</li> <li>• Hogyan érintette?</li> <li>• Mire van szükségünk?</li> <li>• Kinek – mit kell tenni?</li> </ul>

A helyreállító kérdéses mód a konfliktusok problémaorientált megoldásához vezet azáltal, hogy a szereplők lehetőséget kapnak a sérelmet okozó viselkedés egyéni átélésének a feltárására, amely egyéni szükségleteket, és így egyéni megoldások kidolgozását tesz lehetővé. A tett következményeivel való szembesítés az elkövetőben szegyenérzetet kelthet, aminek feloldása két pólus között mozog: a kirekesztés vagy a csoporthoz való tartózkodás. A büntetés enyhítheti a büntudatot, de hangsúlyozza a szegyent, amely újabb bűnre készítet (Gillan 1996). Azonban ha a szembesítés során a tett – negatív hatásai miatt – kerül elutasításra és nem a cselekvő személye, akkor

az elkövető felismerve a hozzátartozók támogatását és a helyreállítás lehetőségét, aktív szerepet tud vállalni a kár jóvátételében. Ilyen körülmények között a stigmatizáló szegény helyében egy ún. *reintegratív szegény* (Braithwaite, 1989) motiválja az elkövetőt arra, hogy döntéseivel változtassa meg a jövőbeni cselekmények másokra gyakorolt érzelmi hatásait (Nathanson, 1992) és „írja át” tette következményeit.

Lényegében a resztoratív eljárásokban a hangsúlyt az áldozatnak okozott sérelem és szükségletek elismerésére tevődik, ami miatt az elkövetőt arra ösztönzik, hogy felelősséget vállaljon a károk helyreállításában valamint változtasson jövőbeni döntéseiben, annak érdekében, hogy visszanyerje a közösség támogatását és elfogadását megbélyegzés nélkül. (Az *Égő Hidak* című dokumentumfilmmel szeretném ezt illusztrálni.)

A resztoratív szemlélet igazságügyi területen kívüli alkalmazhatóságát először 1986-ban Új-Zéland Népjóléti Minisztériumának kísérleteiként próbálták ki gyerekvédelmi célú csoportok működtetésével. Ezekben azért hívtak össze családokat és azok támogatóit, hogy bevonják őket a gyermekeik gondozásáról és védelméről szóló döntéshozási folyamatba (Hassal 1996). Az eljárás hatékonyságának köszönhetően Családi csoportkonferencia elnevezéssel (Family Group Conferencing) törvényi szintre emelték, annak érdekében, hogy a gyerekvédelmet multidiszciplináris szakember csoport és család közötti együttműködésben valósuljon meg, támogatva a szülők és más családcsoportok bevonását a gondoskodás és védelem eseteiben a számukra megfelelő megoldások kialakításába, a krízis helyzetek megoldásába és minimalizáljába a családon kívüli elhelyezéseket (Hardin 1996). Ezt a technikát egyes Eu-

rópai országok (Hollandia, Anglia, Svédország) is alkalmazzák a gyermekek veszélyeztetettségének megszüntetése érdekében, de fellelhetőek olyan kísérletek is (pl. Magyarországon a mi szervezésünkben), amelyek a családi döntéshozó csoportkonferencia modellt alkalmazzák a fiatal vagy felnőtt elítéltek börtönből történő szabaduláskor a családdal való kapcsolatok ismételt felépítése és a társadalomba való integráció céljából.

A nemzetközi gyakorlatban – nálunk még csak civil kezdeményezések révén – a resztoratív igazságszolgáltatás egyes elemei és hatásmechanizmusai minden olyan területet érintenek, ahol konfliktusokkal találkozunk, így az oktatási-, nevelési-, fejlesztési- és közösségi munkát is.

Az elmúlt év során budapesti iskolák nehezen kezelhető osztályaival eredményeket érünk el a diákok, tanárok és szülők bevonásával végzett konfliktuskezelő és közösségépítő resztoratív szemlélet alapú foglalkozásainkkal. A 12-15 hetes intervenció következtében változás következik be az iskola légkörében, amelyek a tanár – tanár, tanár – diák és diákok közötti *kapcsolatok javulásában*, az osztály és a nevelőtestület *felelősségvállaló és gondoskodó közösségé* formálásában és a *konfliktusok destruktív előfordulásának csökkenésében* jelennek meg.

*Információ és módszertani cikkek*

[www.iirp.org](http://www.iirp.org); [www.euforumrj.org](http://www.euforumrj.org)

## Fájdalomszindrómák diagnosztikája és kezelése

### Diagnostic Procedures and Treatment of Chronic Pain Syndrome

Császár Noémi

KRE BTK Pszichológiai Intézet, Személyiség- és Klinikai Pszichológiai Tanszék

**Kulcsszavak:** krónikus fájdalom, komplex diagnosztika és terápia, hatékonyság

**Keywords:** *chronic pain, complex evaluation and treatment of pain, effectiveness*

A fájdalom esszenciálisan egyéni élmény, amely megoszthatatlan, átadhatatlan. Noha a klinikai kutatók fájdalom kérdőíveket készítenek, mégis tudatában vannak, hogy a fájdalomélmény bármely leírása pontatlan, és szubjektív elemektől nem mentes. Ennek következtében a fájdalomra vonatkozó abszolút objektív mérőeszközt lehetetlen készíteni.

A fájdalom által nyújtott információ jótékony hatását bizonyítják a fájdalomérzést nem megfelelően vagy egyáltalán nem érző személyekkel kapcsolatos megfigyelések és vizsgálatok (Hilgard és Hilgard<sup>1</sup>, 1975, továbbá Melzack<sup>2</sup>, 1977). A jelenséget **fájdalom-aszimbóliának** nevezzük, és az életet is fenyegető betegséggé kell kezelnünk, hiszen az ilyen személyek súlyos károkat is okozhatnak önmaguknak anélkül, hogy azt éreznék.

**Az International Association for the Study of Pain (IASP) hivatalos definíciója** szerint a fájdalom: „**egy kellemtelen szenzoros és emocionális élmény, amely összefügg**

**aktuális vagy potenciális sérüléssel, vagy azok keretében leírható**” (Merskey és Bogduk<sup>3</sup>, 1994, 210 oldal).

A páciensek egyes szám első személyű („first person view”) kijelentésekkel írják le a problémájukat (pl. „fáj, kellemtelen, zavarja a munkámat, talán súlyos betegségem van... stb.”), míg a kezelő többségében szakmai optikából („third person view”) próbálja interpretálni az elmondottakat. Különösen következményes, ha az elhangzó panaszoknak a klinikai leletekkel való egybevetése („third person view”) kudarcot szenved. Ekkor ugyanis morálisan gyanúsító koncepciók kerülnek be a beszélgetésbe, hogy a magyarázathány helyét kitöltse. Ilyen pl., amikor az orvos azt mondja „ez csak elképzelés”, „a baj az Ön fejében van”, vagy „ez csak pszichés”. Ahogy Sullivan<sup>4</sup> (1999) fogalmazza, ezek a klinikai fájdalom (azaz a szenvedés) megbélyegző változatai, ahol az egyes szám egyes személyű állítások nem kapnak megerősítést a megfigyelői (I. szám 3. személyű) oldalról.

Jelenleg az az általános medicinális szemlélet, hogy a fájdalomviselkedés mellett és mögött organikus elváltozásoknak kell lenniük, és ezek jobbára strukturális változások vagy sérülések keresése irányába terelik a kezelő személyt.

A fájdalom klinikai neurofiziológiai módszerei (pl. EMG, PET, SPECT stb.) is többségében csak a kutató laboratóriumokban használatosak. Ily módon elsikkad a szubjektum hitelessége, és megindul a kölcsönös egymásra mutogatás, a bűnbakkeresés ördögi köre. **A fájdalomviselkedésben, azaz a személyes beszámolókból felszínre kerülő információk értéke azonos egy pozitív röntgen lelettel**, amiképpen Turk<sup>5</sup> (1993) írásának címe is megfogalmazta: „Access the Person, not Just the Pain” („A személyt vizsgálj, ne csak a fájdalmat). Különösen igaz ez a klinikai fájdalom esetében.

A fájdalmat különböző dimenziók mentén különíthetjük el (Field és Swam<sup>6</sup>, 2008.):

1. Idő: akut, krónikus, epizodikus.
2. Mechanizmusa alapján: nociceptív, neuropátiás, központi idegrendszeri
3. Milyen betegség okozza: pl. ízületi gyulladás, diabetes keltette neuropátiás fájdalom, stb.
4. Anatómiai hely: pl. derék, nyak, fej, térd, zsigeri fájdalom stb.

Az IASP klasszifikációs rendszere<sup>2</sup> a tartós, idült fájdalom 3 fajtáját különíti el:

1. **zsigeri és ér- eredetű fájdalmak** (pl. myocardialis infarctus, angina pectoris, aorta aneurizma, postmastectomiás fájdalom, esophagitis, Crohn betegség vagy éppen vastagbél rák, krónikus nyombél betegségek okozta fájdalmak)
2. **ismert etiológiájú neurológiai, reumatológiai fogászati és gerinc betegségek okozta fájdalmak** (pl. rheumatoid arthritis, fantomvégtag fájdalom, töréses, gyulladásos vagy csontanyagcsere zavarral összefüggő gerincfájdalmak, postherpeszes neuralgia, trigeminus neuralgia, a brachialis plexus kémiai irritációja vagy tumora, stb.)
3. **ismeretlen etiológiájú fájdalmak** (pl. primér dysmenorrhoea, irritabilis colon sy., tensiós fejfájás, migrén, cluster fejfájás, izomtensziós eredetű fájdalmak, posztraumás fájdalmak, cervikogen fejfájás, occipitális neuralgia, krónikus hát- és derékfájdalmak, spinalis stenosis, discogen fájdalom, sacrioliliacalis kizsületi fájdalom, stb.)

**Megkülönböztetünk akut, és krónikus fájdalmat.** Az akut fájdalom a kiváltó, többségében jól meghatározható okok megszűntével enyhül. Nem így a fennmaradó, oldódni nem akaró szenvedéssel. A **krónikus fájdalom** (függetlenül attól, hogy milyen arányban vesznek benne részt nociceptív és neuropátiás elemek) zavarja a normál életvezetés működését és a személy az általános egészségi állapotát is. Gyakran együtt jár a munkahely elvesztésével, anyagi gondokkal, a kapcsolatok, a személyes identitás, az önértékelés csökkenésével.

A krónikus fájdalom szindróma (KFS) egy **bio-pszichoszociális folyamat, nem egy állapot**, amely ezáltal **nem az akut fájdalom krónicizálódásából** jön létre. **Az időtényező nem releváns faktor** a krónikus fájdalom szindrómában. Az elfogadott 6 hónapos időtartam-határ csak „ügyrendi javas-

lat”, valós diagnosztikus hozama nincs. Magyarországon ez ugyan már szakirodalomban is rögzítésre került (Császár és mtsai, 1997)<sup>7</sup>, ennek ellenére ma is aktuális kiemelnünk, hogy a krónikus fájdalom szindróma **minőségileg más**, mint az akut, többségében nociceptív fájdalom.

Éppen a **pszichoszociális tényezők** azok, amelyek ennek a minőségi különbségnek a hátterét magyarázzák. Breivik és mtsai<sup>8</sup> 2006-os európai felmérése szerint, amelyben 15 országból 43.394 beteg vett részt, a KFS a betegeknek átlagosan 7 éve tartott, és legfőbb panaszként az alvászavarral (56%), reménytelenséggel (43%) és a depresszióval (21%) volt jellemezhető. A betegek 69%-a függött gyógyszerektől, miközben 30%-uk találta úgy, hogy nincs jó kezében, orvosa nem tud rajta segíteni és 50%-uk úgy ítélte meg, hogy többé nem lesz képes munkába állni. Hasonló eredményeket hozott Röss és mtsai (2006)<sup>9</sup>  **hazai felmérése** is. A magyar lakosság több, mint 1/3-a szenved 3 hónapnál tartósabb fájdalomtól. A magyar KFS betegek átlagosan évente 9-szer fordulnak orvoshoz e panasszal. A magasabb életkorúak, alacsonyabb végzettségűek, a nők és az egyedülállók veszélyeztetettebbek.

**Összefoglalva: krónikus fájdalom szindrómával állunk szemben, ha**

1. **ez a panasz a központi**, minden mást maga elé rendelő a beteg életében, és **a fájdalom súlyos mértékű**;
2. **a szomatikus okok** és a tünetek **nem kellőképpen** magyarázzák, és a szenzoros vonások atipikusak, a panaszok lefutása nem felel meg az anatómiai viszonyoknak;
3. a pszichológiai distressz: **a levertség, vitális kimerültség, katasztrófizálás**, negatív attitűd és elvárások, **a szorongás és a depresszió, továbbá az alvás és libidóproblémák az életvezetést zavaró mértékű** öltenek;
4. kialakul **gyógyszerfüggés** (fájdalomcsillapító-, altató-, nyugtatófüggés);
5. az **életvitel beszűkült** (az otthoni és a professzionális munka, továbbá a hobbytevékenység örömtelenné, monotonná vált, esetleg munkaképtelenség állt elő, vagy a betegszerep szervült);
6. **fennállnak kezeletlen, általában fájdalom panaszt is okozó vagy fokozó neurovegetatív panaszok** (pl. nőgyógyászati, cardiális, stb. problémák);
7. **az egészségügyi ellátás igénybevétele fokozódott**

Ezzel szemben:

1. sem önmagában a szomatikus jellemzőknek,
2. sem a beteg által végzett tevékenységnek (tudniillik pl. hogy megerőltető fizikai munkát végez) nincs számottevő korrelációja a fájdalom idültté válásával.

Ha pedig már hetek, sőt hónapok óta fennáll a fájdalom, kapcsolódik hozzá

- „sikertelen” orvosi beavatkozások sora,
- a beteg munkaképtelen, betegszerepbe izolálódása, rokkanttá válás
- és következményes lelki megterhelések: súlyosbodó depresszió és szorongás,
- és végül az idegrendszer fájdalom-iránti érzékenységének fokozódása, az ún. **centrális szenzitivizáció** (Jayson MI, 1994, idézi Komoly S. 2004)<sup>10</sup> is.

A kialakuló **klinikai állapotképet** a szomatikus státusnál jobban jellemzi a betegek **diszfunkcionális attitűdje** („rajtam nem lehet segíteni”), **módosuló testképe** („beteg a gerincem”), **beszűkülő élete** („napi 20 órát fekszenek”) és a kapcsolódó zavarok (szorongás, depresszió) jellegzetességei. Fentiek ellenére a krónikus fájdalom szindróma **nem pszichiátriai zavar**, mert a pszichoszociális tényezők az idültté válással csak magas együtt járást mutatnak, de nem kauzálisan függenek össze.

Máig nincsen feltárva, hogy mely specifikus pszichoszociális tényezők és milyen mechanizmusokon át képesek egyeseknél mentális zavarokat, másoknál KFS-t eredményezni.

A KFS fennmaradásában és létrejöttében a **biológiai háttértényezők** vonatkozásában az allodinia és a hiperalgéria áll (Macrae és Bruce, 2008)<sup>11</sup> A neurális plaszticitás következtében nemcsak a gerincvelői szinten jön létre változás, hanem magasabb szinteken is. A szenzoros kéreg újratérképeződik (remapping) a differenciáció a deafferentáció után. Ez történik végtag amputáció után is, és vélhetően előáll általában minden műtét után is. Ez a fantomfájdalomnak is a biológiai háttere. A plaszticitás magyarázza azt a mechanizmust, melyet a KFS-ban jellemző szerotonerg alulműködés kiváltotta centrális szenzitizáció jellemmez.

Központi idegrendszeri változások kísérik a neuropátiás fájdalmat okozó idegsérüléseket is. „Felhangosodik” tehát a jelzőrendszer a sérülést követően a receptor küszöbök csökkenése és a központi idegrendszeri változások miatt. Ennek evolúciós következménye, hogy az élőlénynek többet kell pihenni, meg kell óvni magát az újabb sérüléstől, és lehetővé kell tennie a gyógyulását. Ha ez elmarad, akkor az érzékenyített állapot nem múlik el. Hogy ez miért van, azt nem tudjuk, de állatkísérletek igazolják, hogy a **hosszú távú emlékezet és a krónikus fájdalom szoros kapcsolatban áll**. Többféle okból is a krónikus fájdalom „**mint felejtési képtelenség**” is felfogható. A „fájdalom emlék” pedig bármilyen egyéb, nem specifikus inger által is előhívható, mint amilyen bármely pszichoszociális stresszor. Más szinten közelítve a nem felejtődő „fájdalom emlék” érzelmi, kapcsolati (eredendően köteléki) traumatizációval is összefügg, és a stresszor által kiváltott helyzetben aktiválódó neurovegetatív válaszminta (fájdalom, szorongás), mint implicit emlékezeti nyom is konceptualizálható.

Mindebből jelen gyakorlat számára azt kell kiemelnünk, hogy a **krónikus fájdalom szindróma diagnosztizálása során a pszichoszociális (kiváltó és fenntartó) tényezők tisztázása nem adjuváns, hanem esszenciális kérdés**. A fájdalombeteg vizsgálatára **komplex kérdőívek alkalmazása javasolt** (Field, Swarm, 2008)<sup>6</sup>. Ezeknek tartalmazniuk kell (1) **fájdalommérő skálát**, (2) **kognitív jellemzőket** (pl. coping stílus, katasztrófizálás mértéke) mérő skálát, (3) **pszichés állapot mérő skálákat** (pl. szorongás, depresszió, etil v. gyógyszerfüggés, stb.), (4) napi aktivitást mérő skálákat, (5) **családi és munkahelyi viszonyokat** mérő skálákat. *Orvosi beavatkozásokat megelőzően a komplex állapotfelmérés elengedhetetlen, mivel azok sikere e tényezők függvényében változik.*

Ha pedig feltárjuk és tisztázzuk a pszichoszociális tényezőket, akkor a **terápiának** is rá kell irányulnia.

A KFS komplex kezelésében **elengedhetetlen terápiás célok** a következők:

1. **Fájdalomcsökkentési technikák tanítása** (pl. relaxáció, imagináció, meditáció)
2. **Fájdalommal való megküzdési technikák tanítása** (pl. napi aktivitások, kommunikációs készségek)
3. **Diszfunkcionális és negatív attitűdök megváltoztatása** (pl. tehetetlenség, reményvesztettség, negatív jövő projekció)
4. **Családi kapcsolatok javítása, családi játszmák leállítás** a családtagok bevonásával (pl. a betegség mint szociális érték csökkentése)
5. **Értelmes életcélok és aktivitások kialakítása** (az élet értelmének, a személyes indítékoknak a fellelése)
6. **Társas támasz és szociális képességek javítása** (kapcsolatkezelési és megtartási potenciál fejlesztése)

**Mely módszerek tekinthetők hatékonyan a KFS kezelésében?** A kezelési hatékonyság mutatója definíciós problémákkal teli. A krónikus fájdalom kezelésében általában használt **sikerességi kritériumok**: a fizikai állapot, orvos-látogatások száma, ápolási napok száma, a munkába állás aránya, a gyógyszer fogyasztás mértéke, a napi aktivitási szint változása, a fájdalom intenzitás változása, a pszichológiai státusz változása, stb. Szigorúan nézve a publikációk alig 29%-a alkalmaz megfelelő kimeneti hatékonysági tényezőket, mérőket, és az után követési vizsgálatok sokszor csak az eredetileg kezelt 30%-án alapulnak, mivel nagy a lemorzsolódás. Ha az ún. „rossz eset forgatókönyvét” (worst case scenario-t) használjuk, tehát a terápiából kimaradtakat, és az után-követéskor nem elérhetőket is levonjuk a hatékonyságból, akkor longitudinálisan csak **30-70%-os a siker arány**, ahol átlagosan 30% a visszaesés, 35% a lemorzsolódás aránya, bármely módszerről vagy gyógyszerről is essék szó (Turk, Rudy, Sorkin, 1993)<sup>12</sup>. Általánosan bizonyított az is, hogy **szinte bármely módszer** (vagy gyógyszer) releváns szintű **hatékonyságot mutat** KFS esetén **a kezelés első hat hetében** (ezt hívjuk terápiás mézeseteknek), de szignifikáns hatáscsökkenést mutat hosszanti elemzésben. Az a szakmai konszenzus, hogy egységesen **akkor beszélünk sikeres fájdalomkezelésről, ha a betegek fájdalma a kezdeti szint 50%-ra redukálódik**. (Meldrum, 1999)<sup>13</sup>. Valójában ennél nagyobb elvárás nem is reális a KFS esetén. **Egyre több tudományos bizonyíték támasztja alá, hogy a terápiás siker előrejelzői zömében pszichológiaiak, miközben a terápiás kudarc okai is pszichológiaiak.** (Lebovits, 2008)<sup>14</sup>

Így a krónikus fájdalom szindróma **kezelését korszerűen csak** pszichiátriai és pszichológiai ellátást is bevonó **team tudja biztosítani**, kapcsolódva a neurológus, aneszteziológus, ortopéd szakorvos, reumatológus, stb. munkájához.

A szakirodalom szerint **hatékony módszerek** az alábbiak és kombinációik (Shellerud, 2008)<sup>15</sup>: **gyógyszeres kezelés** (pl. opioidok, triciklikus antidepresszánsok, SNRI-k, non-szteroidok, antikongulzív szerek, izomlazítók, kortiko-szteroidok, **mozgás** (pl. jóga, pilates, gyógytorna), **munkába visszaállító programok** ( a bio-pszicho-szociális modell alapján megalkotott eljárás: az autonómia és a munkaképesség visszaállítása), **pszichoterápiák** (pl. **kognitív viselkedés terápia, relaxáció, és biofeedback, autogén tréning és hipnoterápia**). Utóbbiak gyógyszerekkel vetélkedő hatékonysága tenziós fejfájás, krónikus hátfájás, neuropátiás fájdalmak és egyéb KFS esetében is sokoldalúan bizonyított (Morley és mtsai, 1999, Morley és Eccleston, 2008)<sup>16,17</sup>. **Nem kellően bizonyított a**

hatékonyság ugyanakkor az injekciós kúrák, a **komplementer és alternatív medicina (KAM): homeopátia, TENS, manuál terápia, masszázs** és egyéb, széles körben alkalmazott gyógymódok esetén. Az **akupunktúra az egyetlen**, kellő tudományossággal vizsgált hatékonyságú KAM terápia: az endogén opiát produktivitás fokozásával és a szerotonin szint növelésén keresztül fejti ki hatását.

A KFS kezelése éppen az érintettek nagy száma és a jelenség bio-pszicho-szociális jellege miatt társadalmi kérdés is. Hazai tanulmányok is igazolják (pl. Röss és mtsai, 2006)<sup>9</sup>, hogy a szubjektív egészségi állapot az objektív szomatikus státustól függetlenül is meghatározója a későbbi morbiditásnak és mortalitásnak. A **KFS-ben szenvedő betegek fájdalomindexe önmagában bejósolja szignifikánsan rosszabb szubjektív egészségi állapotukat**, ezért nem pusztán pszichológiai, de ösztársadalmi feladat a probléma mihamarabbi kezelése. A hazai gyakorlatot immár egyensúlyba kell hozni a tudományos evidenciák alapján javasolt komplex betegellátási modellel.

### Források

- Hilgard ER, Hilgard JR. (1975) *Hypnosis in the Relief of Pain*. William Kaufmann, Inc. Los Altos, California.
- Merskey H, Bogduk N. (1994) *Classification of Chronic Pain Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. 2nd ed. IASP Press. Seattle.
- Melzack R. (1977) *A fájdalom rejtélye*. Gondolat. Budapest.
- Sullivan M. (1999) *Between First-Person and Third-Person Accounts of Pain in Clinical Medicine*. In: *Pain 1999 – An Updated Review*. Refresher Course Syllabus. IASP Press. Seattle. (p. 499-509).
- Turk DC. (1993) *Access the Person, Not Just the Pain*. In: *Pain. Clinical Updates*. 1 (3)
- Field BJ, Swann RA. (2008) *Chronic Pain. Advances in Psychotherapy. Evidence based practice*. Vol. 11. Hogrefe and Huber Publishers. Washington.
- Császár N, Tóth Z. (1997) *A különféle etiológiájú gerincbetegségek ellátásához kapcsolódó pszichológiai illetve pszichiátriai tevékenységek szakmai protokollja*. In: Bagdy E. (1997). (szerk). *A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja*. Animula Egyesület. Budapest. (p. 88-105).
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V. et al (2006) *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment*. In: *European Journal of Pain*. 2006.10:287-333.
- Röss K, Berghammer R, Túry F. (2006) *A krónikus fájdalom és az életminőség*. In: Kopp, M. Skrabsky, Á. (szerk) *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó. Budapest. 516-531.
- Komoly S. (2004) *Az antidepresszánsok szerepe a fájdalom kezelésében*. IME. II. évfolyam. 10.szám. (p.16-17)
- Macrea W, Bruce J. (2008) *Chronic Pain After Surgery*. In: Wilson PR, Watson PJ, Haithornthwaite JA, Jensen TS. (ed) (2008) *Clinical Pain Management II*. Edition, 2. ed. *Chronic Pain*. Hodder Arnold UK. p. 405-414.
- Turk DC, Rudi TE, Sorkin, B.A. (1993) *Neglected topics in chronic pain treatment outcome studies: determination of success*. *Pain* 53. 93: 3-16.
- Meldrum ML. (1999) *Each Patient His Own Control: James Hardy and Henry Beecher on the Problem of Pain Measurement*. In: *American Pain Society Bulletin*. Vol. 9. No. 1. Jan/Febr. 1999.
- Lebovits AH. (2008) *The psychological assessment of pain in patients with chronic pain*. In: Wilson PR, Watson PJ, Haithornthwaite JA, Jensen TS. (ed) (2008) *Clinical Pain Management II*. Edition, 2. ed. *Chronic Pain*. Hodder Arnold UK. p. 122-132.
- Shellerud RA. (2008) *Chronic Back Pain*. In: Wilson PR, Watson PJ, Haithornthwaite JA, Jensen TS. (ed) (2008) *Clinical Pain Management II*. Edition, 2. ed. *Chronic Pain*. Hodder Arnold UK. p. 501-517.
- Morley S, Eccleston C, Williams A. (1999) *Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials of cognitive behaviour therapy and behaviour therapy for chronic pain in adults, excluding headache*. *Pain*, 80, 1-13.
- Morley S, Eccleston C. (2008) *Cognitive-behaviour therapy for chronic pain in adults*. In: Wilson PR, Watson PJ, Haithornthwaite JA, Jensen TS. (ed) (2008) *Clinical Pain Management II*. Edition, 2. ed. *Chronic Pain*. Hodder Arnold UK. p. 292-303.



**Aszalós Zsuzsa:**

# KRÓNIKUS FÁRADTSÁG szindróma

470 Ft  
csak

[www.semmelweiskiado.hu](http://www.semmelweiskiado.hu)

Internet könyvruház  
210-4408  
[info@semmelweiskiado.hu](mailto:info@semmelweiskiado.hu)

## Az onkopszichológia legújabb eredményei

### The latest issues of oncopsychology

Riskó Ágnes

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

**Kulcsszavak:** daganatos betegek, pszichoszociális tényezők, onkopszichológia

**Keywords:** cancer patients, psychosocial factors, oncopsychology

#### Az onkopszichológia meghatározása

Az onkopszichológia az onkológia, a klinikai pszichológia, a pszichiátria, a szociológia és a rehabilitáció területén dolgozó szakemberek együttműködésének következtében kialakult új tudományág. A betegek onkoterápiája (műtét, sugár- és gyógyszeres kezelések, csontvelő transzplantáció), és az ezzel egy időben elkezdett, egyénre alakított szomato-pszichoszociális rehabilitációja holisztikus szemléletű multidiszciplináris tevékenységgé bővítette az onkológiai kezelőcsoport tagjainak működését. Az onkológiai csapatban ma már sokan dolgoznak együtt: onkológusok, nővérek, klinikai szakpszichológusok, pszichiáterek, neurológusok, asszisztensek, gyógytornászok, dietetikusok, logopédusok, foniáterek, gondozó lelkesek, szociális munkások és önkéntes segítők. Jelentős tapasztalatokat nyerünk a betegektől és hozzátartozóiktól is, akiket a bővülő multidiszciplináris onkológiai munkacsoport tagjainak tekinthetünk.

Az onkopszichológia terepén dolgozók elsősorban a *rosszindulatú daganatos betegségben szenvedők aktív, vagy tüneti kezelésének pszichoszociális kísérőjelenségeivel, azok kezelésével* foglalkoznak két fő területen:

1. A megállapított betegség közlésének, kezelésének, majd gondozásának hatásai a beteg, a hozzátartozók és a beavatkozásokat végző szakemberek testi és lelkiállapotára, működésére (pszichoszociális dimenzió)
2. A lelki, a kognitív, a magatartási és a szocioökonómiai, valamint a kulturális sajátosságok szerepe a daganatos betegségek megelőzésében, kialakulásában, kezelésének végig vitelében és a sikeres túlélésben (pszichobiológiai dimenzió).

A legfontosabb *feladatok* az onkopszichológia területén a következők:

- Az onkoterápiában részesülő *daganatos betegek pszichoszociális szűrése*, amelynek elvégzését, a tennivalók megoldását az adott onkológiai osztályon dolgozó mentálhigiénés szakember tudja igazán humánusan és gazdaságosan megvalósítani.
- A pszichoszociális beavatkozásban együttműködő daganatos betegek életútjának, személyiségének és életmódjának alapos megismerése segítséget nyújthat a daganatos betegségek megelőzésében *szerepet játszó pszichoszociális támpontok (döntési helyzetekben a valóság tekintetbe vétele, az esetleges kockázat keresés feladása, az egészség életmód kialakítása és fenntartása) kidolgozásában.*
- Az összetett onkoterápia célkitűzései közé már bekerült a betegség lefolyásának bármely stádiumában lévő beteg

pszichoszociális jól-létének (*életminőség*) biztosítása, szükség esetén valamely onkopszichológiai *oktatás, tanácsadás, és/vagy pszichoterápia* alkalmazásával.

- Folyamatosan szükséges tanulmányoznunk és felhasználnunk azokat a pszichológiai, pszichiátriai, magatartási és szociális *tényezőket*, amelyeknek bizonyítottan szerepük van a *sikeres túlélésben*.
- Az onkopszichológia területén dolgozó szakemberek az onkológusok, a nővérek és más egészségügyi munkatársak *onkopszichológiai képzésével* igyekeznek a gyakori *lelki kiégés* megelőzését, felismerését, komplex kezelését biztosítani.

#### A daganatos betegség kezeléséhez történő sikeres alkalmazkodás fő pszichoszociális tényezői

A daganatos betegséghez és kezeléséhez – beleértve a folyamatba az orvosi ellenőrzést is – történő sikeres alkalmazkodást társadalmi tényezők, a beteg személyiségében és életútjában rejlő faktorok, és a rákbetegség és kezelésének bizonyos sajátosságai egyaránt befolyásolhatják.

1. *Társadalmi tényezők:* még mindig tapasztaljuk a rákbetegség negatív mítoszait, az alaptalan hiedelmeket, és az előítéleteknek a betegekre kivetíthető tartományát. Valószínűleg a rosszindulatú daganatos betegségek diagnosztizálásának gyakori elhallgatása, „a rákbetegség egyenlő a halállal” nézet sokakban még mindig elevenen él. A betegséghez kapcsolódó tájékozatlanság, félelem, előítéletek és a kezelések miatt kialakuló átmeneti, sajátos változások (megváltozott testkép és testfunkciók, intellektuális gátlás, stb.) tapasztalása miatt a daganatos betegek még tovább stigmatizálódhatnak.
2. *A daganatos betegek személyiségével* kapcsolatos összetevők: egyre több bizonyíték szól amellett, hogy a megbetegedett ember korábbi életútja (pl. biztonságos érzelmi kapcsolati rendszerben élt, nincs szenvedélybetegsége), személyiségének érettsége (pl. túri a bizonytalanságot, a veszteséget, rugalmas, van élet-, és halálfilozófiája), egyéni megküzdési módja és teherbíró emberi kapcsolatainak működése a szükséges alkalmazkodás legjobb előrejelzői. Jelentősége van annak is, hogy az adott beteg éppen melyik életszakaszában van, hiszen a sajátos életkori sajátosságok (pl. serdülőkori válság, klimaktériummal együtt járó hangulati labilitás, időskori depresszió) interferálhatnak az egészség elvesztése miatt kirobbant lelki krízissel. Az „*elég jó*” alkalmazkodást *nehezítő tényezők:* családi/társadalmi elszigeteltség, hátrányos társa-

dalmi/gazdasági helyzet, szენvedélybetegség jelenléte, aktuális, vagy rendezetlen érzelmi veszteség, merev megküzdési mód, megoldhatatlannak érzett, idült stresszt okozó ingerek (pl. anyagi gondok, munkanélküliség, emberi konfliktusok) jelenléte és a daganatos betegségek kezelésével kapcsolatos kedvezőtlen tapasztalatok.

3. *A daganatos betegség bizonyos sajátosságai:* az alkalmazkodás szempontjából jelentősége lehet annak is, hogy a daganatos betegség melyik testrészben alakul ki. Például az emlőben, a herében, vagy a prosztatában kialakult daganat a szexuális kapcsolat érzelmi részére negatív hatással lehet. A betegséggel együtt járó *fizikai tünetek*, így a nem megfelelően uralt fájdalom, a kezelés csillapíthatatlannak bizonyuló mellékhatásai nagyban megterhelhetik, olykor túlterhelhetik a beteg alkalmazkodóképességét.

### A daganatos betegek csoportosítása a pszichoszociális támogatás szempontjából

A betegség kezelésének kezdeti szakaszában (6-8 hét) a kisebb-nagyobb mértékű félelem, aggodalom, feszültség és szomorúság a váratlan, nagymértékű stresszre adott normális reakciónak tekintendő, ami általában nem igényel azonnal pszichoszociális beavatkozást. Az onkológiai pszichológiai ismeretek úttörője, *J. C. Holland* a daganatos betegeket csoportokba sorolja. Felosztásában abból indul ki, hogy az adott beteg gyógyulási esélyének lehetősége alapján különböző megküzdési módokra és különböző pszichoszociális intervenciókra lehet szükség.

1. *Az aktív, feltehetően kuratív (gyógyulási esélyt adó) kezelésben részesülők:* az ebbe a csoportba tartozó betegek általában agresszív (nagy dózisu, kifejezett mellékhatásokkal járó) onkoterápiában részesülnek, mert gyógyulási kilátásaik kedvezők. A kezeléssel együtt járó, fokozott/halmozódó stressz és az általában kellemetlen mellékhatások uralása érdekében különböző pszichoszociális beavatkozásokat alkalmazhatnak a szakemberek. Napjainkban a következő módszerek érhetők el: pszichoterápiás célzatú gyógytorna, relaxáció, meditáció, beteg/hozzátartozó pszichoeducáció, érzelmi-kapcsolati nehézségek megoldása érdekében történő tanácsadás, egyéni-, vagy csoportos pszichoterápia, önszervező csoportban való részvétel. Minél korábban, motiváltságra alapozhatóan és szakszerűen történik az egyénre alakított pszichoszociális intervenció, annál humánusabb, hatékonyabb és gazdaságosabb a segítségadás.
2. *Sikeresen túlélők csoportja:* az ide tartozó betegek onkológiai kezelésük eredményeként tartósan, akár életük végéig tünetmentessé válhatnak. A visszaesés lehetősége életminőségüket –személyiségüktől függően– negatívan befolyásolhatja. Ugyanis a betegség kiújulásától, a visszaeséstől való félelem szorongást, feszültséget, depresszív tünetképzést, önértékelési problémát, kapcsolati krízist, szexuális problémákat, munkavégzéssel kapcsolatos bizonytalanságérzetet facilitálhat. A sikeres túlélőknek különösen meg kell fontolniuk döntéseiket a dohányzással, az alkoholfogyasztással, a drog-használattal, az egészségtelen táplálkozással,

az elhízással, a mozgásszegény életmóddal és a napozással kapcsolatban. A sikeresen túlélő, krónikus daganatos betegek leggyakoribb lelki nehézségei: szorongás, depresszió, krónikus fáradtság, kondicionálódott mellékhatások, PTSD, szexuális zavarok. Lelki és pszichoszomatikus tünetek a hozzátartozók 15-40%-nál is megjelenhetnek. Az előbb említett pszichoszociális módszerek hatékonyan alkalmazhatók.

3. *Onkogén hordozók, pozitív tumor markerrel rendelkezők, illetve a stationer állapotban lévő (megállapított daganatos betegség, szükséges a szoros onkológiai megfigyelés, de nem indokolt onkoterápia alkalmazása) emberek csoportja:* azok a személyek, akiknek családjában halmozottan fordul elő rosszindulatú daganatos betegség, és akikben genetikai vizsgálat igazolja, hogy szervezetükben jelen van az onkogén, speciális figyelmet és rendelkezésre állást igényelnek az onkopszichológia területén dolgozó szakemberektől is. Az onkogenetika gyorsan fejlődő terület, az ez irányú hazai onkopszichológiai tapasztalat még kevés. Általánosságban azt mondhatjuk, hogy az adott egyén személyiségétől függ, hogy hogyan reagál az onkogénnel kapcsolatos pozitív vizsgálati eredményre. Az utánkötő vizsgálatok azt igazolják, hogy egy évvel a gén-teszt eredményének közlése után, függetlenül attól, hogy az pozitív, vagy negatív e, a vizsgálati személyek fontosabbnak tartják a biztos tudást, mint a bizonytalanság fentmaradását. Közülük vannak, akik szorongásaik miatt az indokoltnál gyakrabban kérnek onkológiai vizsgálatot, rákszűrést, és ritkán pszichológiai intervenciót. Azok, akiknek tumor markere (PSA, CEA, stb.) pozitív, illetve a daganatos betegségük szempontjából stationer állapotban lévő személyek is fokozottan negatív érzelmi állapottal jellemezhető élethelyzetben kénytelenek élni, mert klinikailag nem igazolható, de a közeli, vagy távoli jövőben várható a betegség manifesztálódása. Ezekben az esetekben is indokolt a megfelelő, személyre alakított pszichoszociális intervenció felajánlása a szituációhoz történő sikeresebb alkalmazkodás érdekében.
4. *A palliatív kezelésben részesülők, majd végállapotba került betegek csoportja:* nehéz és fájdalmas helyzet minden résztvevő számára (beteg, hozzátartozó, kezelőorvos, pszichológus, nővér, stb.), amikor meg kell beszélni, hogy a kuratív kezelés folytatása már nem lehetséges, és az illető betegnél át kell térni a tüneti kezelés alkalmazására. Ebben a szakaszban a pszichoszociális beavatkozások fő célja a beteg és hozzátartozói szorongásainak és depressziós tüneteinek enyhítése. A test és a lélek egysége miatt a gyakori fájdalom, fáradtság, esetleg delírium orvosi és pszichológiai kezelést is igényel. Különösen fontos a beteg és hozzátartozói közötti kapcsolat erősítése, az étellel/halállal kapcsolatos filozófiai kérdések megválaszolásának támogatása és a spirituális igények egyénre alakított kielégítése.

### A daganatos betegek leggyakoribb pszichológiai, pszichiátriai zavarai

1. *szorongás:* helyzettől függő, onkológiai kezelés következményeként kialakuló, premorbide létező, felerősödő szorongás

2. *depresszió*: diagnosztizálása speciális szakértelmet igényel, mert a depresszió szomatikus tünetei és a daganatos betegség testi jelei sok esetben hasonlóak (fáradékonyság, gyengeség, koncentrációs nehézségek, stb.). A bentfekvéssel kezelt daganatos betegek 25-50%-nál állapítható meg klinikai depresszió, az ambulánsan kezelt járóbetegek közül 25%-uknál valószínű.
3. *delírium*: kezelés mellékhatásai, szeptikus állapot, stb. miatt alakulhat ki. Előrehaladott betegségben, a terminális állapotban a betegek több mint 75%-nál fordul elő. Pszichofarmakológiai kezelés hatékony.

### Az onkológiai pszichoszociális intervenciók formái

1. az adott intézmény *megfelelő tárgyi környezete és barátságos, támogató érzelmi légköre* növelheti a betegek biztonságérzetét, könnyítheti alkalmazkodását
2. *Nem verbális pszichoszociális beavatkozások*: figyelem, ráhangolódás, bátorítás, empátia, pszichoterápiás célzatú mozgásterápia, kreatív terápia.
3. *Verbális pszichoszociális intervenciók*: páciens/hozzá tartozó pszichoedukáció, érzelmileg is támogató tanácsadás, egyéni pszichoterápia, pár/családterápia, csoportterápia.
4. Pszichofarmakonok alkalmazására az egész betegségfolyamat során szükség lehet. A pszichiáter és klinikai pszichológus közötti együttműködés alapvető.

### A pszichoszociális intervenciók lehetséges pozitív hatásai

1. az önerőből urallhatatlannak érzett stressz csökkentése, megküzdő képesség erősödése
2. akaratlanul fokozódott lelki védekezések csökkentése, valóságérzékelés megszilárdítása
3. alkalmazkodóképesség, együttműködés javulása
4. életminőség javulása
5. kedvező pszichoneuroimmunológiai változások
6. pszichológiai/pszichiátriai tünetek megelőzése/kezelése

Korábban csoport-pszichoterápia formájában alkalmazott pszichoszociális intervencióval bizonyítani igyekeztek, hogy az érzelmek kifejezése hozzájárul a túlélési időtartam meghosszabbodásához. Mint JC. Holland felhívja a figyelmet, újabb kutatások azt igazolták, hogy a különböző pszichoszociális beavatkozások nincsenek hatással a túlélés időtartamára.

### Az onkológiai pszichoszociális intervenciók alkalmazásának szakmai feltételei

1. multidiszciplináris összetételű, flexibilis onkológiai csapat, nyílt és folyamatos kommunikáció
2. megfelelő tárgyi környezet és munkaszervezés, onkopszichológiai képzés és szupervízió elérhetősége
3. együttműködésre alkalmas, onkológiai team tagként dolgozó klinikai szakpszichológus/pszichiáter.

#### Irodalom:

- Chamberlain J, Moss S.: *Evaluation of Cancer Screening*. Springer. London, 1996
- Demográfiai Évkönyv 2005 Központi Statisztikai Hivatal, Budapest
- Döbrössy L.: *Megelőzés az alapellátásban. Mi a teendő?* Medicina Kiadó, Budapest, 2004
- Holland, J. C., Rowland, J. H. (eds.): *Psychooncology*. Oxford Univ Press, New York, Oxford, 1998
- Holland JC.: *Lesson in Psycho-oncology*. J. of BUON 7:187-194, 2002
- Horti J, Riskó Á. (szerk.): *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Medicina Kiadó, Budapest, 2006
- Kásler M.: *Az onkológiai rehabilitáció feladatai*. Rehabilitáció, 17: 3-4, 2, 2007
- Kopper L, Jeney L.: *Onkológia: a géntől a betegágyig*. Medicina Kiadó, Budapest, 2005
- Oláh E.: *Molekuláris genetikai szűrővizsgálatok javallata és korlátai az onkológiában*. Focus Medicinæ, 2003, 2, 33
- Riskó Á.: *A test, a lélek és a daganat*. Animula, Budapest, 1999
- Riskó Á.: *Pszichés támogatás*. In: *Tabularium Oncologiae*. 45-47- Főszerk.: Eckhardt S., Melania, Budapest, 2002
- Riskó Á.: *Daganatos betegek pszichodiagnosztikai szűrésének sajátosságai*. In: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. 257-61. Szerk. Horti J, Riskó Á. Medicina, Budapest, 2006
- Riskó Á.: *Az onkológiai betegek lelki rehabilitációja*. *Rehabilitáció 17 (3-4): 34-39*, 2007
- Salmon P.: *Psychology of Medicine and Surgery*. John Wiley and Sons Ltd. New York, 2000
- Silber M.: *Mellrákos a feleségem*. Reader's Digest Kiadó, Budapest, 2005
- Susánszky É, Riskó Á.: *Élet a betegség után*. *Sikeresen kezelt rosszindulatú daganatos betegek életminőségének vizsgálata*. In: 477-485 *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Szerk. Kopp M, Kovács M. Semmelweis Kiadó, Budapest, 2006



## Klinikai zavarok és mentalizációs deficit – A kötődéseméleti perspektíva

### Clinical disorders and deficits of mentalization – The Attachment Theory Perspective

Hámori Eszter

Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Pszichológiai Intézet

**Kulcsszavak:** kötődés, mentalizáció, fejlődési zavar, dezorganizált viselkedés

**Keywords:** attachment, mentalization, developmental disorders, desorganized behavior

#### Bevezető – a kötődésemélet

A kötődésemélet John Bolwby, angol pszichiáter, pszichoanalitikus nevéhez fűződik, aki az 50-es években új, az etológia eredményeire, a rendszerelméletre és a kognitív fejlődés-  
lélektanra alapozott koncepciót vázolt fel az korai anya-gyerek kapcsolat természetéről és működéséről. Feltételezte, hogy a kötődés egy cél-orientált, biológiailag megalapozott viselkedéses rendszer, amelynek önálló, a túlélést szolgáló motivációs bázisa van. A rendszer célja, hogy azokat a viselkedéseket szabályozza, amelyek az elsődleges gondozóval, azaz a kötődési személlyel való közelséget fokozzák, olyan helyzetekben, amikor a csecsemő külső veszélyt, vagy belső stresszjelzéseket érzékel, mint amilyen a fájdalom, a fáradtság, vagy a gondozó személytől való szeparáció. Pszichés szempontból a kötődési rendszer a biztonság keresését, és ezen keresztül az érzelmi szabályozás kialakulását szolgálja.

A kötődési rendszer Bolwby (1980) szerint egy diadikus, pszicho-biológiai regulációs rendszer, amelyben kezdetben az anya tölti be a csecsemő számára a feszültség- és érzelem szabályozó szerepét. Csak fokozatosan, a folyamatos kölcsönös interakciók nyomán alakul ki az érzelmi szabályozás belső, fiziológiai és pszichés mechanizmusa, illetve ennek mentális reprezentációja, az ún. Belső Munka Modell (BMM). Az én és a másik kapcsolatát leképező, kb. egy éves korra kialakuló BMM vezérli a csecsemőt, később a gyermeket, ill. a felnőttet a saját érzelmi-affektív szabályozás és a másokkal való intim kapcsolat létrehozása képességének a terén.

Az Ainsworth (Ainsworth és mtsai, 1978) által kifejlesztett ún. Idegen Helyzetben egy éves csecsemők anyjuktól való rövid szeparációra adott reakciói alapján három fő kötődési típust írtak le. A **biztonságosan** kötődő csecsemők elkeseredtek az anya távozására, azonban visszatértek könnyen megnyugtathatók voltak és visszatértek a játékhoz. A **szorongó-elkerülő** viselkedést mutató csecsemők semmi jelét nem adták a szeparáció keltette stressznek, fiziológiai mutatóik azonban magas stresszhatást bizonyítottak. A **szorongó-ambivalens** csecsemők extrém módon kiborultak, és az anya visszatértekor sem lehetett őket megnyugtani. Main és kollegái (Main és Solomon, 1986) később egy negyedik típust is felismertek. Az ún. **dezorganizált** viselkedésű csecsemők a szeparáció hatására bizarr, sztereotip viselkedéseket és a disszociatív állapotokhoz hasonló reakciókat produkáltak.

Annak vizsgálatára, hogy vajon a csecsemőkori kötődési típusok felnőttkorban is megjelennek-e, Main és munkatársai (1990) dolgoztak ki egy félig-strukturált mélyinterjút, (Felnőtt **Kötődési Interjú**), amelyben a gyermekkori kötődés élmé-

nyeiről, és a kötődési személyekhez való érzelmi viszonyulásról kérdeztek emlékeket. Az élménybeszámolók narratív el-  
emzése során a csecsemő kötődési viselkedéséhez hasonló kategóriákat azonosítottak felnőtteknél. Érdekes módon felnőttek esetében a kötődési kapcsolat mintáját nem elsősorban a korai kapcsolati traumák megléte és mennyisége határozta meg, hanem az a mód, ahogyan a felnőtt ezekről a traumákról beszámolt. A korai traumák emléket koherens, integrált, érzelmileg feldolgozott élményekként elbeszélő felnőttek kötődési mintája biztonságosnak bizonyult, míg a korai kötődési élményeket inkoherensen, érzelmileg inkonzisztensen elbeszélő felnőtteknél a szorongó kötődés különböző típusait jelentek meg. Fonagy és munkatársai (Fonagy, Steele és Steele, 1991) első gyermekükkel várandós anyák kötődési stílusa, és ezután megszületett gyermekük egy éves kori kötődési mintája között szoros együttjárást tapasztaltak, ami alátámasztja azt a feltevést, hogy a kötődési minták szülőről gyermekekre átörökíthetnek.

Bolwby nagy jelentőséget tulajdonított a szülő *tényleges* viselkedésének abban, hogy a csecsemő milyen kötődési mintázatot alakít ki. A csecsemő szükségleteire és vészjelzéseire kielégítően és megnyugtatóan reagáló gondozó esetén a gyermek énjét koherensnek, egésznek és értékesnek éli át. Elutasító, vagy bántalmazó gondozó személy mellett a gyermek az elutasított, értéktelen én élményét alakítja ki. Ha a korai kapcsolat bizonyos aspektusai túl fájdalmasak vagy traumatikusak a gyerek számára – mint pl. szülői bántalmazás esetén –, akkor a pszichés homeosztázis fenntartásába, illetve ennek reprezentációs készletébe olyan szorongáskezelő mechanizmusok épülnek be, amelynek segítségével a kapcsolat fájdalmas aspektusai kizárhatóak a tudatosságból, mégis, fenntartható a törekény biztonság élménye, és a gondozóval való közelség keresése.

#### Kötődés és pszichopatológia

A kötődés és a pszichopatológia kapcsolatának kutatásait két megfigyelés inspirálta: Main és munkatársai (1990) megfigyelése az egy éves kori dezorganizált kötődésről, valamint a Felnőtt Kötődési Interjú kötődés-specifikus emlékeinek egy újfajta elemzése, a „reflektív funkció”, vagy más néven a mentalizációs készség mutatójának kidolgozása (Fonagy és mtsai, 1991). Ez utóbbi segítségével a felnőtt mentalizációs készségének meglétét, vagy e funkció sérülését tudták megállapítani a kötődés-specifikus élmények elbeszélése során. Olyan emlékezési, pszichés védekezési és figyelmi stratégiabeli sajátosságokat ismertek fel, amelyek – elsősorban a dezorganizált kötődésre jellemzően – sokban mutattak hasonlóságot az én-

fejlődés súlyosabb zavaraira jellemző kognitív és védekező stratégiákkal.

A csecsemőkori dezorganizált kötődés megfigyelése nyomán Bowlby (1980) eredeti leírása és elképzelése a gyermekkori gyászról, annak patológiás formáiról, és kötődési kapcsolatra gyakorolt hatásáról kezdték érthetőbbé tenni a súlyos felnőttkori depressziók hátterében zajló korai kapcsolati aspektusokat. Számos kutatás igazolta a gyermekkori bántalmazás és szexuális zaklatás kötődési kapcsolatra és a későbbi patológiás én-szerveződésre gyakorolt ártalmas hatását.

Target (1998) borderline személyiségzavarban szenvedő betegek kötődési interjúiban szignifikánsan nagyobb arányban azonosította a szorongó-ambivalens kötődési típust, valamint a dezorganizált kötődésre jellemző disszociatív traumaelmény-kezelési módot. Liotti és munkacsoportja (Liotti, 1992) borderline betegeknél szintén azonosították az érzelmi-regulációs minták dezorganizált kötődésre jellemző patológiás szerveződését.

A 90-es évektől egyre több kötődés-specifikus mérőeszköz került kidolgozásra (kötődési kérdőívek, megfigyelési módszerek, projektív tesztek, stb.), amelyek segítségével lehetővé vált a gyermek-, serdülő- és felnőttkori kötődési minták biztonságos, illetve attól eltérő típusainak azonosítása, és bizonyos klinikai zavarokkal történő összefüggésének felismerése.

Hesse és Main (2000) eredménye szerint az egy éves kori dezorganizált kötődés már 6 éves korra prediktálta a diszruptív, agresszív magatartászavarok megjelenését, valamint a disszociatív zavarok gyermek- és serdülőkorai nagyobb arányú előfordulását. Clarke és munkatársai (2002) ADHD zavarában szenvedő 5-10 éves gyermekeknél azonosították a szorongó/ambivalens kötődés e csoportra jellemző típusát, amely az érzelmeik kifejezésének alulkontrollálásában és a stresszhelyzetekben mutatott viselkedésgátlás hiányában jelent meg. West és munkatársai (1999) öngyilkosságot megkísérelt serdülők csoportjánál egy kötődés-specifikus kérdőív segítségével kapták azt az eredményt, hogy a fiatalok a kötődés személyt elérhetetlennek érezték, és stresszhelyzetekben az egyedül maradás élményét élték át, ami a szorongó-elkerülő kötődési mintára utalt.

A legújabb kutatások eredményeinek összefoglalása azt mutatja (Chicchetti, Cohen, 2006), hogy az externalizáló zavarok többsége a szorongó/ambivalens kötődés valamely típusába tartozik, míg az internalizáló zavarok túlnyomó részére a szorongó/elkerülő kötődési típus változatai jellemzőek. Úgy tűnik azonban, hogy önmagában a szorongó kötődés e két altípusa nem feltétlenül jelzi előre az adott klinikai zavar megjelenését. Mindkét esetben az adott kötődési típushoz adódó dezorganizált kötődési jegyek azok, amelyek jelentősen hozzájárulhatnak az adott specifikus klinikai kép kialakulásához és a tüneti kép sajátosságaihoz. Mindez felveti a kérdést, hogy a dezorganizált kötődési jegyek milyen patomechanizmus révén érvényesítik hatásukat.

### **A dezorganizált kötődés („D típus”) és a disszociatív tünetek**

A szorongó/dezorganizált kötődési viselkedésre – ellentétben a szorongó kötődés többi típusával – az jellemző, hogy a szülőtől való szeparáció stresszhelyzetében a csecsemő kö-

tődési személyre irányuló közelségkereső stratégiája teljesen összeomlik (Main és Solomon, 1986). A gondozó jelenlétében bizarr viselkedéseket produkál, és a disszociatív tünetekhez hasonló állapotba kerül. Main és Hesse (1990) e viselkedés hátterében olyan kötődési mintát feltételezett, amelynek során a csecsemő stresszhelyzetben egyszerre közeledne a gondozó személyhez, hogy biztonságot kapjon tőle, ugyanakkor jelenléte fenyegető is a számára, ami a menekülést indítaná el benne. A kutatások alátámasztják a szülői bántalmazó viselkedés különféle formáit e kötődési viselkedés kialakulásának hátterében.

Fontos felismerés volt azonban, hogy a szülői bántalmazás hiányában is megjelenhet a „D” típus. Ennek hátterében a szülő saját, megoldatlan, kötődés-specifikus traumáinak működésbe lépését találták. Nevezetesen azt, hogy a csecsemő bizonyos stresszjelzései esetén az anya saját traumájához kapcsolódó félelme aktiválódik, saját rémülete, érzelmi uralja a helyzetet, és a csecsemővel való érzelmi kontaktusa megszűnik. Ebben a helyzetben az ösztönös reakció a csecsemő részéről a megnyugtató keresését jelentené, ugyanakkor, mivel a gondozó érzelmi nem hozzáférhető, ezért az egyetlen stratégia, amely számára ezekben a pillanatokban marad, a tudatosság lehasítása, más néven a disszociáció, amellyel eléri, hogy „ki-lépjen” abból a fenyegető helyzetből, amelyből menekülni nem tud.

Putnam (2006) az ilyen kötődési háttérrel létrejövő, a későbbi gyermek-, serdülő- és felnőttkorban megjelenő disszociatív tünetek különféle típusaival (disszociatív amnézia, deperzonalizáció, stb.) kapcsolatos klinikai kutatásokat elemezte. A kutatások arra utalnak, hogy ezek a tünetek az én-szerveződés különféle patológiáinak létrejöttéhez járulhatnak hozzá, és súlyosságuktól függően eredményezhetnek depresszív, vagy szorongásos problémákat, személyiség zavarokat (disszociatív, borderline), illetve pszichotikus élményszerveződést.

E zavarok hátterében a kötődéseméleti keret tehát nagy szerepet juttat a kötődési személy stresszt szabályozó képessége átmeneti zavarának. Stresszhelyzetben a kapcsolat dezorganizálódik, az érzelmeik veszélyesek és nem reflektálhatóak, így nem tudnak koherens részévé válni a személyiség szerveződésének.

### **Mentalizáció és kötődés**

Az érzelmi szabályozás stresszhelyzetben tapasztalt anyai deficitje – amely a traumaátadás folyamatát a kötődéseméleti kereteken belül tette érthetővé – inspirálta azokat a kutatásokat, amelyek az anyai reflektivitás, vagy mentalizációs készség sajátosságainak vizsgálatát célozták meg (Fonagy és mtsai, 1991; 1998; Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002). A mentalizáció, vagy más néven reflektív munkamód olyan alapvető emberi készség, amelynek segítségével az ember mások gondolatait, érzéseit, vélekedését, vágyait próbálja megérteni, és értelmezni, abból a célból, hogy a másik viselkedése bejósolható, anticipálható legyen (Fonagy, 2003). E készség kialakulása biológiai és konstitucionális feltételekhez kötött. Ezt támasztják alá az autisztikus zavarban szenvedők eredményei, akik e képesség súlyos deficitjét mutatják.

Kedvező konstitucionális feltételek mellett a készség kialakulása nagymértékben függ a szülő reflektív, mentalizáló munkamódjának érettségétől, azaz attól, hogy miként tudja mások

és legelső sorban csecsemője érzelmeit, gondolatit, vágyait, olvasni és értelmezni. Számos kutatás bizonyítja a fejlett reflektív és „gondolatolvasási” készség a biztonságos kötődés kapcsolatát, valamint hosszú távú hatásait a későbbi társas, érzelmi, és kognitív fejlődésre. Saját kutatásunkban az anya gazdag mentalizációs készsége a komoly fejlődési rizikóval született koraszülöttek biztonságos kötődésének kialakulásával kapcsolódott össze (Hámori, 2005).

A mentalizációs készség szorosan összefügg a kötődés típusainak alakulásával, mivel ennek fejlettsége teszi lehetővé az érzelmeik tükrözését és megoszthatóságát (Gergely, Watson, 1998), ezen keresztül a lelki valóság koherenciájának fejlődését, és az integrált én-élmény kialakulását.

### Mentalizációs deficit és pszichopatológia

Gergely (Gergely és Watson, 1998) a szülői érzelm-tükrözés deviáns módjainak azonosítása során összefüggésbe hozta azokat a borderline patológia kialakulásában szerepet játszó sajátos anyai hozzáállással. A csecsemő veszélyjelzéseire az anya maga is rémültté válik, ezért a gyermek érzelmeit nem tudja olyan módon visszatükrözni, „jelölni”, amely a megnyugtató anyai viselkedést közvetítené a csecsemő számára. Ehelyett a gyermek az anya arcán rémületet lát, így saját rémült érzését képtelen lesz megkülönböztetni anyja rémületétől. Stresszével egyedül marad, szabályozni azt nem tudja, hiszen ezek az érzések nem válhatnak megnevezhetővé, „reflektálhatóvá”. Bouchard és munkatársai (2008) felnőtt klinika zavarok átfogó kutatása során – a Felnőtt Kötődési Interjú módszerét használva – azt találták, hogy a fejlettebb mentalizációs készség – azaz a kötődési élményekhez kapcsolódó érzelmek reflektált elbeszélése – a II. tengely zavarai esetében a klinikai kép kedvezőbb voltával és enyhébb tüneti képpel jártak együtt.

A mentalizációs deficit átmeneti, vagy tartós problémái nemcsak a személyiség különféle súlyosságú zavaraihoz fedezhetőek fel, bár jelenlétük stabilitásuknál fogva ezeknél a zavaroknál okozzák a legsúlyosabb problémát a kezelés szempontjából is (Target, 1998). Azoknál a zavaroknál, ahol a disszociatív tünetek kiemelkedő szerepet játszanak/játszhatnak a klinikai kép alakításában, szintén megfigyelhető a mentalizációs készség átmeneti vagy tartós „gátlása”, például szexuális bántalmazottság esetén, ahol az elszoruló nem tud a saját, és mások érzelmeiről gondolkodni (Target, 1998). Szintén mentalizációs deficitre utal a társas okozás és következménye kapcsolatának meg-nemértése, érthetlensége, például diszruptív magatartászavar esetén, amikor a gyerek nem tudja megteremteni a kapcsolatot a „ha megütöm, akkor fájdalmat érez” összefüggés között (Hámori, 2001). A valóság és a fantázia átmeneti keveredése, és a disszociatív állapotokban a másik szándékainak „torzítása” szintén megfigyelhető bizonyos gyermekkori szorongásos zavarok esetén, mint amilyen a pávor nocturnus, vagy az extrém szeparációs szorongás (Hámori, 2000).

### Mentalizációs deficit és terápiás technika

Azoknál a klinikai zavaroknál, ahol a mentalizációs deficit megjelenik, minden esetben a szimbolikus funkció zavara is észlelhető kisebb, vagy nagyobb mértékben. Az érzelmeik,

indulatok, a fantáziák, mivel valóságosként átéltek, nem tudnak részévé válni a pszichés valóság „olyan mintha” vetületének. Több szerző javasolja ezeknél az eseteknél a „játékos hozzáállás” révén a mentalizáció képességének elősegítését (Target, 1998), illetve a szimbolikus reprezentáció építésének facilitálását a terápiás kapcsolat kontextusában (Sugarman, 2006). Az én-idegen, reflektálhatatlan élmények visszatükrözése és verbalizációja szintén részét képezheti a gyógyítás folyamatának mind gyermekek, mind pedig felnőttek esetében (Hámori, 2000). A terápiás folyamat csak lépésről lépésre haladhat, és többnyire hosszú idő kell ahhoz, hogy az adott zavarban szenvedő a számára elfogadhatatlan, reflektálhatatlan élményeket is beépíthesse énjébe, hogy ezáltal annak folyamatosságát, koherenciáját megtapasztalhassa.

### Irodalom

- Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. (1978) *Patterns of attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum
- Bowlby J. (1959) *Separation Anxiety*. *International Journal of Psychoanalysis*, XLI, 1-25.
- Bowlby J. (1980) *Attachment and Loss, Vol. 3: Loss, sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Bouchard M, Target M, Lecours S, Fonagy P, Tremblay L, Schachter A., Stein H. (2008) *Mentalization in Adult Attachment Narratives: Reflective Functioning, Mental States, and Affect Elaboration Compared*. *Psychoanalytic Psychology*, 25, 47-66.
- Cicchetti D., Cohen DJ. (2006) (Eds.) *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, Disorder and Adaptation*. John Wiley and Sons, Inc.
- Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Johndon S, Stiefel I. (2002) *Attention Deficit Hyperactivity Disorder is associated with attachment insecurity*. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7(2) 179-198.
- Fonagy P, Steele H, Steele M. (1991) *Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age*. *Child Development* 62, 891-905.
- Fonagy P, Steele H, Moran G, Steele M, Higgitt A. (1991) *The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*. *Infant Mental Health Journal*, 13, 200-217.
- Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. (2002) *Mentalization, Affect-regulation, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy P. (2003) *A kötődés generációs átvitele – egy új elmélet*. *Thalassa*, 14, 83-106.
- Gergely G, Watson JS. (1998) *A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje*. *Thalassa*, 9, 56-105.
- Hámori E. (2000) „Idegen test” a terápiás térben – a szeparációs szorongás háttere és feldolgozása rövidterápiákban. In: Bokor László (szerk.) *Pszichoanalízis és analitikus pszichoterápiák*. Animula, Budapest, 2000. 53-62.o.
- Hámori E. (2001) *A „halott anya életben tartása” – az énszerveződés viszontagságai a korai kapcsolati traumatizáció tükrében*. *Pszichoterápia, Vol. X. No. 4.* 233-240.

- Hámori E. (2005) *Koraszülöttség és az anya-gyerek kapcsolat kezdete – Buktatók és korrekív lehetőségek a korai kapcsolat fejlődésében.* Pázmány Kiadó, 2005.
- Hesse E, Main M. (2000) *Disorganized infant, child and adult attachment: Collapse in behavior and attentional strategies.* *Journal of American Psychoanalytical Association*, 1097-1127.
- Liotti G. (1992) *Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders.* *Dissociation*, 4, 196-204.
- Main M, Solomon J. (1986) *Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern.* In.: T. Brazelton, M, Yogman (Eds.): *Affective Development in Infancy.* Westport, CT: Ablex. (95-124.)
- Main M, Hesse E. (1990) *Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening behavior the linking mechanism?* In.: MT. Greenberg, D. Cicchetti, E. Cummings (szerk.): *Attachment in the preschool years: Theory, Research and Intervention.* John D. and C. T. McArthur Foundation. (161-182.)
- Putnam FW. (2006) *Dissociative disorders.* In.: Cicchetti D, Cohen DJ. (Eds.) *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, Disorder and Adaptation.* John Wiley and Sons, Inc. 657-696.
- Sugarman A. (2006) *Mentalization, insightfulness, and telepathic action: The importance of mental organization.* *International Journal of Psycho-Analysis*, 87, 965-987.
- Target M. (1998) *A kötődés reprezentációja súlyos személyiségzavarban szenvedőbetegeknél: szempontok a terápiás gyakorlathoz.* *Thalassa*, (9), 1998, 1: 3-4. 44-56.
- West M, Spreng S, Rose S, Adam K. (1999) *Relationship between attachment-felt security and history of suicidal behaviours in clinical adolescents.* *Canadian Journal of Psychiatry*, 44, 578-582.

## A gyermekkori depresszió és szorongásos zavarok pszichoterápiája

Vetró Ágnes

Szegedi Tudományegyetem Gyermek és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Számos jól dokumentált epidemiológiai tanulmány bizonyítja, hogy a depressziós és a szorongásos zavarok a leggyakoribb gyermekkori pszichiátriai betegségek közé tartoznak, s így pszichoterápiájuk megismerése és alkalmazása elengedhetetlen a pszichoterápiával foglalkozók számára.

A tudományos kutatás és a mindennapi gyakorlat egyaránt azt mutatja, hogy a Kognitív- Behavior Terápia (továbbiakban CBT) bizonyítékokon alapuló multimodális multidiszciplináris alkalmazása hatékony terápiás módszer a gyermekek és serdülők internalizációs problémáinak a kezelésében (March and Wells 2003).

A kognitív-behavior szempontú eset-formulációt követően a terapeuta a terápiás technikát általában flexibilisen alkalmazza a beteg érdekében. Ugyanakkor a felszíni különbségek ellenére minden CBT technika megegyezik öt mutatóban:

1. A tudományos klinikai modellhez való ragaszkodás, ami által a választott kezelés az eddig begyűlt bizonyítékokon alapulva előrevetíti a hatékonyságot.
2. A tünetek idiografikus megbecslése (funkcionális analízis), ami figyelembe veszi a megcélzott viselkedés helyzetből fakadó, kognitív, érzelmi és viselkedésbeli aspektusait, amelyek kiváltották, vagy fenntartják az érdeklődés központjába került tünetet.
3. A pszichoedukáció hangsúlyozása
4. Problémaspecifikus kezelési stratégia kidolgozása az aggodalomra okot adó tünet enyhítésére, megszüntetésére
5. A kezelés végén relapszus prevenció és generalizációs tréning.

Például, ha a kognitív átstrukturálás vagy az ingerelárasztás módszerét alkalmazzuk egy szorongásos zavar terápiájá-

ban, arra serkentjük a gondolkodást és viselkedést, hogy az a nem megfelelő félelemhez való hozzászokást vagy a kioltást elősegítse. A depresszió CBT-je ehhez hasonlóan direkt konfrontáltat a maladaptív depressziós kogníciókkal (tehetetlenség, reménytelenség, ellenségeskedés) és azt célozza meg, hogy a viselkedés szintjén a kellemes kapcsolatok helyreállíthatódnak, legyenek azok intrapszichés, interperszonális, iskolai vagy spirituális jellegűek. Mint az evidence based terápiákat általában, nagy mennyiségű tudományos szakirodalom támasztja alá a hatékonyságukat, és kézikönyvek segítik a gyakorlati terapeutákat az egyes specifikus problémakörök megoldásában (Compton, S. N és mtsai 2004).

Ilyen kézikönyv és munkafüzet van forgalomban hazánkban a gyermekkori depresszió és a szorongásos zavarok kezelésére.

### A gyermekkori depresszió kognitív behavior terápiája

**PASCET – Az elsődleges és másodlagos kontroll erősítése**  
*John R. Weisz, Phoebe S. Moore, Michale Southam-Gerow, Vanessa Robin Weersing, Sylvia M. Valeri, Carolyn A. McCarty*  
*University of California Los Angeles*

Az elsődleges és másodlagos kontroll erősítésére kidolgozott program (Primary and Secondary Control Enhancement Training – PASCET) depresszió kezelésére alkalmas, strukturált módszer. A program 8-15 éves gyerekek és serdülők egyéni pszichoterápiájára alkalmas. A terápiás ülések és a házi feladatok anyaga a gyermek- és serdülőkorai depresszió kutatásokkal alátámasztott kognitív és viselkedésbeli jellegzetességeire, ill. az észlelt kontroll és megküzdés kétlépcsős modelljére épít.

Az utóbbi modellek megfelelően a terápia során a gyerekek megtanulják, hogy hangulatukat az elsődleges kontroll (vagyis hogy az objektív körülményeket a kívánságaiknak megfelelően alakítsák) ill. a másodlagos kontroll (vagyis hogy magukon – pl. az elvárásaikon, az értelmezéseiken – változtassanak úgy, hogy jobban alkalmazkodjanak az objektív körülményekhez, így befolyásolva azok szubjektív hatását) gyakorlására alkalmas készségek elsajátítása révén tartásuk kézben. A program 10 strukturált, kézikönyvben meghatározott ülésből áll, amelyet néhány (1-4) személyre szabott ülés követ.

Az utolsó 1-4 ülés során a gyermek

- a neki legjobban bevált PASCET megküzdési stratégiákat gyakorolja ill.
- a terapeutával közösen tervet készít a PASCET stratégiák alkalmazására terápia befejezését követő időszakban.

A gyermek számára szerkesztett **TESZ és GONDOL Munkafüzet** segítségével a gyermek az ülések alatt és otthon gyakorlandó feladatokat szemléletes strukturált formában kapja meg.

Az egyéni pszichoterápiát a szülőkkel való kapcsolattartás egészíti ki, amely három formában történik:

1. Minden ülés végén a szülő (vagy mindkét szülő) bejön a szobába és egy ötperces **összefoglaló konferencia** során az aktuális ülés főbb pontjait megbeszéljük (kivéve azokat a dolgokat, amelyeket a páciens nem akar megosztani a szüleiével). A terapeuta elmondja a szülőnek is a gyermek házi feladatát, és bátorítja a szülőt, hogy segítse gyermekét a házi feladat elvégzésében, és végül a fenti összes információt tartalmazó segédanyagot átadjuk a szülőnek.
2. A terapeuta a gyermek kezelésének kezdetén, közepén és végén egyéni ülésben foglalkozik a szülővel, amelynek során elmagyarázza a programot és kikéri a szülő véleményét a gyermek depressziójáról és otthoni hangulatáról és magatartásáról.
3. A terapeuta egy **családlátogatást** is tart, amelynek során megismerkedik a gyermek családjával és környezetével. Egy **iskolalátogatásra** is sor kerül, amelynek során a terapeuta megismerkedik a gyermek tanárával és meghallgatja a tanár a gyerekekről és iskolai és közösségi viselkedéséről alkotott véleményét.

A terapeuta egyéni ülések, a szülővel való megbeszélés, a családlátogatás és az iskolalátogatás során szerzett tapasztalatai segítségével az adott gyerekekről egy formulációt készít, amelyet folyamatosan újraértékel és kiegészít. Ennek tartalmaznia kell a gyermek és élethelyzete koherens, egységes leírását, hangsúlyt fektetve a depressziója természetére és magatartásbeli megnyilvánulásaira, a PASCET protokoll megküzdési stratégiái közül azokra, amelyek személy szerint neki valószínűleg különösen hasznosak lehetnek, és arra, hogy az adott gyermek életének körülményei és keretei között hogyan lehet a leghatékonyabban alkalmazni ezeket a stratégiákat. A terapeuta formulációja és a gyermek és a szülő(k) visszajelzései alakítják ki az utolsó 1-4 ülés menetét és házi feladatait.

A PASCET program megértéséhez érteni kell a program két alappilléret, a depresszió készség-gondolat modelljét és a változás elsődleges és másodlagos kontrollon alapuló modelljét. Fontos ezenkívül a kezelés „szerszámoszláda”-szerű felépítésének megértése.

## A szorongásos zavarok kognitív behavior terápiaja

A **Merész Macska** kézikönyv a gyermekkori szorongásos zavarok kezelésére kidolgozott 16 ülés program leírását tartalmazza. A program bizonyítottan hatékony viselkedésterápiás elemeket (pl. expozíció, relaxálás, szerepjáték) foglal magába, és foglalkozik a páciensek szorongásában szerepet játszó kognitív információfeldolgozással is.

## A Merész Macska program 6 komponense

**Pszichoedukáció** – segít a gyermekeknek és családoknak megérteni hogy a szorongás abnormis szintje tanulódik, fenn tartja valami, és kezeléssel elmúlhat. A gyermek kap egy jegyzetfüzetet és a munkafüzetéből tanulási technikákat sajátít el.

**Szomatikus menedzselő technikák:** mivel testünk arra van kondicionálva, hogy olyan külső ingerek hatására melyeket fenyegetőnek vagy félelmetesnek tart meneküléssel vagy elkerüléssel (harc vagy menekülés) válaszoljon, a gyermeket relaxációs technikára tanítjuk, hogy enyhítsük ezt a reakciót.

**Kognitív átstrukturálás** – a gyerek vagy serdülő a félelemkeltő helyzetekkel való elbánásnak új módjait tanulja meg, megvizsgálva, felfedve, a szorongást kiváltó gondolatokat. Ebbe a komponensbe az alábbi technikák tartoznak: az automatikus gondolatok (AG) felismerése, megbeszélni ezeket a negatív AG-eket, naplóban monitorizálni a gondolatokat.

**FÉLSZ terv** – mely egy négylépcsős, szorongással való megküzdésre alkalmas terv (lásd később).

**Probléma megoldás** – a gyermek megtanulja felismerni valódi problémáit, kilistázza azokat, és az egyes specifikus problémák megoldására cselekvési tervet dolgoz ki.

**Inger expozíció:** a félelmetes helyzettel való szisztematikus fokozatos konfrontáltatás. Ez történhet **vezetett imaginációval:** a terapeuta lépésről lépésre vezeti és konfrontáltatja a gyermeket a vizuálisan elképzelt félelemkeltő helyzettel. **Szimbolizmus:** képek, más segédanyagok használata **Szimuláció** révén: a félelmetes helyzet eljátszása vagy in vivo **Fokozatos ingerexpozíció:** ha például a gyerek fél a kutyától, előbb lehet mutatni (szimbolizmus), majd elképzelné a vele való találkozást (imagináció) majd végül in vivo a kutya megközelítése, végül esetleg megsimogatása. **Válasz prevenció:** a félelemkeltő helyzetből a menekülés lehetetlenné tétele. A gyermek bátorítása, hogy tegye ki magát gondolatban, a valóságban félelemkeltő helyzeteknek, hogy megtapasztalhatta, hogy ezekkel kapcsolatos félelmei irreálisak, vagy eltűzöttak. A válasz prevenció technika különösen kényszerbetegeknél hatékony terápiás intervenció.

**Relapszus megelőzés** – a beteg utánkövetése, hogy a kezelési célok fennmaradjanak. Ezt terápiás napló vezettetésével érhetjük el, melyben a gyermek a folyamatok javulást, kihívást jelentő vagy stresszt provokáló gondolatait jegyzi le.

A Merész Macska program olyan új információkat tartalmaz, melyek segítségével a gyermek megtanul megbirkózni azokkal a helyzetekkel, melyek korábban félelmet, szorongást generáltak benne.

A program célja röviden az, hogy a gyerekek és a fiatal serdülők felismerjék a szorongás jeleit, és ilyen esetekben kezdjék el alkalmazni a tanult szorongáskezelő stratégiákat. A szorongás kialakulásában szerepet játszó kognitív folyamatok felismerése, a szorongás csökkentésére alkalmas kognitív stratégiák

giák tanítása, a relaxálás és a különböző gyakorlatok egymásra épülő sorrendben találhatók meg a kézikönyvben. A programban a következő általános stratégiákra helyeztük a fő hangsúlyt:

- a megküzdés modellálása
- a szorongás kialakulásában szerepet játszó „én”-nel kapcsolatos kogníciók felismerése és módosítása
- szorongást kiváltó helyzeteknek való expozíció
- szerepjátékok
- jutalmazás
- házi feladatok
- affektív edukáció
- a szorongáskor fellépő testi reakciók és kogníciók észlelése
- relaxálás
- a gyakorlatok és a házi feladatok fokozatos egymásra építése
- az elsajátított készségek gyakorlása egyre nagyobb szorongást kiváltó helyzetekben
- a gyermek által kitalált reklám kidolgozása és elkészítése

Az itt leírt stratégiák elsajátítását a **Merész Macska Munkafüzet** (Kendall, 1992) segíti. A munkafüzet a terápiával konzisztens feladatokat tartalmaz.

A terápia két szakaszra oszlik. Az első nyolc ülés a terápiás szakasz, a második nyolc ülés pedig gyakorlás (expozíció). A harmadik és a negyedik ülés között sor kerül egy találkozóra a terapeuta és a szülő (vagy a gyermek számára jelentős személy ill. személyek) között.

A terápia során a fogalmak és a készségek a könnyűtől a nehéz felé haladó sorrendben következnek egymás után. A terapeuta az új készségek bemutatásakor a megküzdés modelljét nyújtja – nem csak magát a készséget mutatja be, hanem a felmerülő nehézségeket és az azok megoldására alkalmas stratégiákat is demonstrálja. Minden új helyzetben először a terapeuta demonstrációjára kerül sor. A gyermek ezután szerepjátékot játszik a terapeutával, amelyben a szerepeket cserélgetve alkalmazzák az új stratégiát (ld. Ollendick és Cerny, 1981). Végül pedig a gyermek egyedül gyakorolja a szerepjátékban az éppen tanult készséget. Minden ülésen belül és végig a program folyamán a szorongás szintje egyre erősebb: először mindig problémamentes, szorongással nem járó helyzetek kerülnek sorra, és ezt követik a fokozódó szorongással járó szituációk. A házi feladatok az ülésen átvett készség megerősítését szolgálják; ezeket otthon kell elvégezni.

A program során a gyermek számos fontos stratégiát sajátít majd el. Ezek közül az első a különböző érzéseket kísérő testi reakciók észlelése, amelyet a szorongásra specifikus reakciók felismerésének megtanítása követ. A terapeuta kézikönyvvel párhuzamos feladatokat a Merész Macska Munkafüzet tartalmazza. A gyermek megtanulja, hogy ezeknek a testi reakcióknak a segítségével ismerje fel a szorongás megjelenését. A szorongó gyerekek nem rendelkeznek érzelmeik befolyásolására alkalmas készségekkel (Southam-Gerow és Kendall, 1999), ezért a terápia érinti ezt a területet. A következő stratégia, amelyet a gyermek megtanul, a szorongás során jelentkező gondolatok („self-talk”) felismerése és az ezekre a gondolatokra való. Fontosak a helyzettel kapcsolatos elvárások és félelmek, ill. az is, hogy a gyermek saját magát milyen szerepben látja az adott helyzetben. Ezt a stratégiát üres szövegbuborékkal ellátott képregény-szerű képsorozatok segítségével tanítjuk meg; a buborékokat a gyermekkel közösen töltjük ki. A harmadik elsa-

játítandó készség a szorongásos kogníciók adaptív gondolatokká alakítása, ill. hatékony tervek kialakítása a szorongással való megküzdésre. A negyedik stratégia az érzelmeik és a teljesítmény értékelése és a részleges sikerért is járó jutalmazás.

Ezt a négy alapvető koncepciót egy négylépcsős, szorongással való megküzdésre alkalmas tervben foglaljuk össze. Annak érdekében, hogy a gyermek könnyebben megjegyezze a terv egyes elemeit, két segítséget alkalmazunk: egy rövidítést és egy szimbólumot. A rövidítés a FÉLSZ?, ahol minden betű a terv egyes elemeinek felel meg:

**F**eszült vagy?

**É**rdemes ennyire félni?

**L**ehet valamin változtatni?

**S**zerinted hogy ment? Miért érdemelsz jutalmat?



A szimbólumot az első ülésen mutatjuk meg a gyermeknek: ez egy vastag vonallal áthúzott, félelmet kifejező arc (a nemzetközi „Félni tilos” szimbólum).

A program második szakaszában fokozódó szorongással járó helyzetekben kerül sor a tanult készségek alkalmazására és gyakorlására. Az első szakaszban is alkalmazott tanulási stratégiák kerülnek ezúttal is bevetésre: a modellálás, a szerepjáték és a házi feladatok. A gyakorlás a rendelőben imaginált, stresszmentes helyzetekkel kezdődik. Az egyes gyerekek esetében az expozíció során alkalmazott szituációk az egyénre szabottak; kialakításuk az első néhány ülésen ill. a hatodik ülést követően gyűjtött információk alapján történik. Az ezt követő ülések során az expozíció ismét a rendelőben, imagináció segítségével történik, de ekkor a szituációk már kiválóan bizonyos mértékű stresszt. Az imaginált szituációkat való, *in vivo* gyakorlás követi. A későbbi ülések során az először imaginált, majd valóban átélt helyzetek egyre fokozódó mértékű feszültséget váltanak ki. Végül az utolsó ülésen videóra veszünk egy „reklámot”, amely a szorongás leküzdésének megtanulását népszerűsíti. A reklámot elsősorban a gyermek készíti el, de a terapeuta segíthet neki.

A két program Dr. Nagy Péter vezetésében és szervezésében a Vadaskert Alapítványi Kórházban megismerhető, elsa-  
játítható.

#### Irodalmi hivatkozások

- March J, Wells K. (2003): *Combining medication and psychotherapy*. In: *Pediatric Psychopharmacology: Principles and Practice*, Martin A, Scahill L, Charney DS, Leckman JF, eds. London: Oxford University Press, pp 426–446
- Compton SN, March J, Brent D, Albano A, Weersing R, Curry J.: *Cognitive-Behavioral Psychotherapy for Anxiety and Depressive Disorders in Children and Adolescents: An Evidence-Based Medicine Review* J. Am. Ac. Child Adol Psychiatr 43:930-959 (2004)
- John R. Weisz, Phoebe S, Moore, Michale Southam-Gerow, Vanessa Robin Weersing, Sylvia M. Valeri, Carolyn A. McCarty University of California Los Angeles: *PASCET. Az elsődleges és másodlagos kontroll erősítése* (Szeged, 2006)
- Kendall PC, Hedtke A. Temple University, *Child and Adolescent Anxiety Disorders Clinic: Cognitive-behavior therapy for anxious children: therapist manual, 2nd ed.* ISBN: 1-888805-13-7

## ADHD gyermek- és felnőttkorban

### ADHD in Children and Adults

László Zsuzsa

Fimota Központ

**Kulcsszavak:** diagnózis, terápia, altípusok

**Keywords:** *diagnosis, therapy, subtypes*

Az ADHD az egyik leggyakoribb krónikus gyermekkori zavar. Az iskolás gyerekek 4-12%-át érinti. Ez a neuroviselkedési zavar általában 7 éves kor előtt jelenik meg. Az ADHD-s gyerekeknek nehézséget okoz a viselkedésük kontrollálása az iskolában és más szociális helyzetekben. Gyakran nem képesek a képességeiknek megfelelő tanulmányi eredményt elérni. Klinikailag a gyerekek a hiperaktivitás, impulzivitás és figyelemzavar különböző kombinációit mutathatják, helyzettől és a helyzet követelte önuralomtól függően. Az a gyerek, aki nem tud nyugodtan ülni, igen zavaró lehet az iskolában, míg a figyelmetlen álmodozó esetleg fel sem tűnik. Az impulzív gyerek, aki gondolkodás nélkül cselekszik, fegyelmetlenség tűnik, esetleg agresszívnek, a lassú, lomha gyerek pedig motiválatlannak. Mindegyik az ADHD egyik altípusa is lehet. Miután a tünetek ennyire, az ADHD-t nehéz diagnosztizálni.

#### A DSM-IV három alcsoportot különböztet meg az ADHD-n belül.

##### 1. A hiperaktív-impulzív típusú

gyerekek mintha fel lennének húzva, folyamatos mozgásban vannak, mindent megtapogatnak, mindennel játszanak, ami a figyelmük fókuszába kerül. Képtelenek ülve maradni étkezés, leckeírás vagy meseolvasás alatt. Futnak, másznak, ugrálnak, zörögnek és szüntelenül beszélnek, de képesek koncentrálni. Arányuk kb. 10% az ADHD-n belül.

A hiper tinédzserek vagy felnőttek belülről sokszor érzik magukat nyugtalanoknak. Állandóan el kell foglalniuk magukat, illetve egyszerre sok dolgot csinálnak.

Az impulzivitás azt jelenti, hogy a fókuszba került inger azonnali választ vált ki, a cselekvés minden késleltetés, gondolkodás nélkül kifut, mint egy reflex. Emiatt úgy tűnik, az impulzív gyerekeknek nincs veszélyérzete, és fokozott felügyeletet igényel. Gyakran szenvednek balesetet is, de ezek kimenetele többnyire szerencsés, mert a nagy mozgásokban ügyesek és az egyensúlyérzékelésük is többnyire kiváló. A gondolkodás nélküli reakció a belső ingerekre nézve is igaz. A gyerek azonnal kimondja, ami eszébe jut, és azonnal akarja azt, amire gondol, ily módon képtelen helyzeteket terem. Ha a gondolathoz tartozó cselekvés nem tud azonnal megvalósulni, a gyerekekben az akció feszültsége megreked, és attól kezdve a gondolatától nem tud elszakadni. A szülői panaszok között ezért halljuk gyakran, hogy a gyerek nagyon makacs vagy hogy kényszeresen ismételtet dolgozat.

##### 2. A figyelmetlen típusú

gyerekek nagyon nehéz a figyelmét egy témánál tartani, néhány perc után elunja, amit csinál, kivéve akkor, ha valami felkelti az érdeklődését. Ugyanakkor nagyon nehéz számára

a **szándékos koncentrálás, a feladatok tudatos szervezése és kivitelezése, vagy valaminek a megtanulása.** A házi feladat igazi megpróbáltatás. Elfelejtik fölírni a leckét, elvinni a tankönyvet az iskolába, vagy ha elviszik, akkor nem azt, amit kellene. A házi feladat igazi frusztrációt és stresszt okozó helyzet mind a gyerekeknek, mind a szülőknek. Álmodozónak tűnnek, könnyen összezavarodnak, lassan mozognak, letargikusak. A szóbeli vagy írásbeli utasítást gyakran nem értik meg, munkájukban sok hibát vétének. Ezek a gyerekek többnyire csendesen ülnek, nem zavarnak senkit, nincs is velük probléma. Szünetben gyakran visszahúzódnak, egyedül játszanak. Gyakran nem kerülnek kezelésre, pedig szükségük van rá, éppúgy, mint azoknak, akik az osztály rendjét megzavarják. A lányok között lényegesen gyakoribb ez a forma. Az ADHD-sok között 30-40% az előfordulási arányuk.

##### 3. Kevert típusban

a fent leírt két tünetcsoport együttesen van jelen a gyerek viselkedésében. Ez a leggyakoribb típus, előfordulási aránya 50-60%.

#### Diagnosztikai kritériumok

A viselkedés nem felel meg a gyerek életkorának, 7 éves kora előtt megjelent, legalább 6 hónapja fenn áll, és a gyerek életében legalább két területen okoz funkcióromlást, pl. tanóra, szünet, játszótér, otthon, egyéb közösség stb.

Az a gyerek, aki ugyan mutat néhány tünetet, de az iskolai munkája és a baráti kapcsolatai is rendben vannak, az nem kap ADHD diagnózist, mint ahogy az a motorosan nyugtalan gyerek sem, aki csak a játszótéren rohogál fékezhetetlenül, de egyébként minden más területen jól funkcionál.

A következő kérdésekre kell válaszolni: túlzottak a viselkedési jellemzők, hosszú távúak, pervazívak? Gyakoribbak, mint más, hasonló korú gyerekeknek? Folyamatosan jelen vannak vagy csak mindez csak egy átmeneti élethelyzetre adott válasz? Több helyzetben is előfordulnak? Nem köthetők meghatározott helyzethez, pl. a játszótérhez vagy egy bizonyos tanár órájához?

Minden gyerek lehet időnként nyugtalan, cselekedhet gondolkodás nélkül, néha álmodozhat. Ha azonban a gyerek motorosan nyugtalan, figyelme elterelődő, gyengén koncentrál, impulzív és mindez zavart okoz az iskolában, a szociális kapcsolatokban és az otthoni viselkedésben, akkor ADHD-ra lehet gyanakodni.

#### Az ADHD diagnózisa

Tisztában kell lenni azzal, hogy jelenleg nincs olyan biológiai marker vagy számítógépes teszt, ami a specifikus diag-

1. táblázat

Adele Diamond (2006)  
Az ADHD és az ADD jellemzőinek összehasonlítása

ADHD	ADD
Hiperaktív, mindig mozgásban van, impulzív válaszreakció	Hypoaktív, renyhe és lassú
Elsődleges zavar a viselkedésgátlás	Elsődleges zavar a munkamemória, különösen a hallási folyamat, mert az a munkamemóriához kötött
Gyakran nem elég öntudatos	Túlzottan öntudatos
Szociális problémák, mert túl aszertív és impulzív	Szociális problémák, mert túl passzív, szégyellős, visszahúzó, introvertált
Extrovertált, externáló viselkedés, agresszivitás, engedetlenség, opponálás, sokkal gyakrabban járnak együtt mint az ADD-val	Internizáló viselkedés, mint szorongás vagy depresszió gyakori, hajlamosak szociálisan izolálódni vagy visszahúzódní. Olvasás és nyelvi fejlődési probléma és a fejben számolás nehézsége gyakori.
Jó reakció a methylphenidate-ra (Ritalin)	Kevésbé reagálnak rá
A közepes vagy magas dózis a megfelelőbb	Ha reagál általában az alacsony dózis jó
Gyakrabban dohányoznak (markáns hasonlóság van a neurobiológiai és a pszichés hatásban a nikotin és a methylphenidate-t között)	Az amfetaminra jobban reagálnak az amfetamin a katekolaminok kibocsátására és a visszavételére hat. A DA és NE kibocsátásának hiánya okozza a renyheséget és az underarousalt
A methylphenidate a katekolamin visszavételére hat	Nem annyira elterelhetők, mint amennyire könnyen elunják magukat. Problémájuk inkább motivációs és nem gátlási A kihívás és kockázat beindítja az adrenalin pumpát, ami segít fenntartani a figyelmüket az optimális teljesítményhez Tipikusan szégyenlősek, kockázatvállalók és borzongáskereső
Az elsődleges zavar a striátumban van a fronto-striatal neurális kör érintett a DAT1 gén polimorfizmusa A Dat a striátumhoz köthető és a methylphenidat is a Dat-on hat	A prefrontális kéregben fronto-parietális neurális kör érintett A DRD4 gén kapcsolható hozzá ami a prefrontális kéreghez kapcsolható mert a D4DA receptor itt van és embernél nincs a striátumban

nóvizt lehetővé tenné, ezért nagyon fontos, hogy minden releváns tényezőt felderítsünk, és a megfelelő módon értékeljük.

1. A szülő problémaleírása, részletes anamnézis felvétel
2. A pedagógus, az intézmény problémaleírása a gyermek viselkedéséről, szociális viszonyairól és tanulásáról
3. Standardizált kérdőívek és pontozó skálák
4. Más intézmények, szakemberek által adott vélemény, vizsgálati eredmények összegzése
5. A gyermek problémaleírása
6. A gyermek megfigyelése kétszemélyes helyzetben, esetenként közösségben is (ADHD tünetek, szocializáció foka, szociális érzékenység, személyiség és karakter), nagyobb gyerekeknél saját kitöltésű kérdőívek használata
7. A gyermek fizikális kivizsgálása (érzékszervek épsége, cukor- és pajzsmirigy betegség stb.)
8. A gyermek vizsgálata, tesztelése (IQ, figyelem, impulzivitás, észlelés, munkastílus, érzelmi élet, egyéb szükség szerint, a végrehajtó funkciók vizsgálatára neuropszichológiai tesztek: Stroop Word-Color Asszociation Test, Continuous Performance Test (CPT), Matching Familiar Figures Test, Wisconsin Card Sort Test, Hanoi Toronyteszt )

9. Azoknak az orvosi és pszichoszociális problémáknak a meghatározása, amelyek okozhatják, vagy súlyosbíthatják a gyermek tüneteit
10. A további szükséges vizsgálatok meghatározása (pl. figyelemzavar esetén az absens kizárása)
11. Differenciáldiagnosztika: mentális retardáció, autizmus, mániás epizód, depressziós epizód, szorongásos zavar, CD.

**Diagnosztikai kézikönyvek**

A DSM-IV és a BNO-10 diagnosztikai útmutatója sok szempontból hasonló. A tünetlisták átfedik egymást. A kritériumok a fellépést, az időtartamot és a kizáró okokat tekintve alapvetően azonosak. Mindkettő hangsúlyozza a pervazív jellegét, és a legalább két területen mutatott funkció romlást. Ugyanakkor vannak lényeges különbségek is. A BNO-10 nem engedi meg az altípusokat, ezért csak a kevert típust és a hiperkinetikus zavart ismeri el, értelemszerűen ezzel leszűkíti az ADHD-sok körét.

Másik lényeges különbség, hogy a BNO-10 automatikusan kizárja az ADHD köréből azokat, akiknél depressziós epizód vagy szorongásos zavar áll fenn, míg a DSM- IV megengedi az együtt járást.



### Komorbiditás

Az ADHD-ban szenvedő gyerekek **44%-nak van társult zavara**, a **harmadának van két társult problémája, tízből egynek három társult nehézsége** van (Szatmári 1989). A leggyakoribb társprobléma a **conduct disorder**, az ADHD-sok **negyedénél** fordul elő. Az **opponáló zavar egyharmad részben társul** az ADHD-hoz. A CD és az ODD fele olyan gyakran társul a lányoknál, mint a fiúknál az ADHD mellé. Az ODD és CD az ADHD megfelelő kezelése mellett többnyire megszűnik. Az ADHD-s gyerekek **25%-nál szorongás és depresszió** is jelen van. A szorongás nehezíti az életüket, ugyanakkor segíti is őket abban, hogy az intézményekben jobban működjenek. A **kamaszok harmadánál pedig szomatizációs zavar** is társul. A **bipoláris zavarral** az ADHD kapcsolata nem tisztázott. A ciklikusság helyett a gyerekeknél inkább krónikus hangulatzavar, a feldobottság, a depresszió és az irritabilitás keveréke van jelen. A magas energia szint és a kevés alvás mindkettőben közös.

Snider 2000-ben egy amerikai nemzeti felmérésben az ADHD-sok **22%-nál** talált **LD-t**, elsősorban a figyelemzavar típusúak között. A **Auditory Processing Disorder** (a hallási információ feldolgozásának zavara) az ADHD-s gyerekek **általános problémája**. A figyelemzavar túlsúlyos típusoknál nehézséget jelent a verbális inger megértése és a verbális információra való emlékezés, **miközben** a hallószerv és az idegi ingerületvezetés sértetlen. Tic zavar 27%-ban társul. A **Tourette** kevés ADHD-snak van, de a Tourette-sek többsége ADHD **szindrómás**.

### Az ADHD dinamikus fejlődés elmélete (Sagvolden és mtsai, 2005)

Az ADHD-t ma már egy **cognitív/viselkedés fejlődési** zavarnak tekintjük, ahol minden klinikai kritérium a viselkedésen alapul. A dinamikus fejlődési viselkedésemélet sarkalatos pontja, hogy a változó dopaminerg funkció nem képes a megfelelő módon modulálni a nem dopaminerg (elsődlegesen a glutamát és a GABA) jel továbbítását. A mezolimbikus dopamin csoport alulműködése folytán a viselkedésmegerősítés változó, az előzőleg megerősített viselkedés kioltása elégtelen, mindez késlelteti az averziót és ennek eredményeként a hiperaktivitás megnövekedik az új helyzetekben. Az impulzivitás és az elégtelen figyelemfenntartás növeli a viselkedés variabilitását és a gátlás elmaradását okozza (gátlástalanság). A mezokortikális dopamin csoport alulműködése okozza a figyelmi válasz hiányosságait is (az orientációs válasz elégtelensége, a sérült szakkadikus szemmozgás, a célirányított figyelmi válasz gyengesége) és a szegényes viselkedés tervezést (gyenge végrehajtó funkciók).

A nigrostriális dopamin csoport alulműködése a motoros funkciók romlásáért, az akaratlan szokás-tanulás és memória hiányosságaiért felelős. Ezek a károsodások okozzák a fejlődésbeni késést, ügyetlenséget, a neurológiai finomjeleket és a gyors reakciót igénylő helyzetekben a gátlás kudarcát. Ebben az elméletben a dopamin alulműködés prediszponálja az egyént, és ADHD tünetek a környezettől függően alakulnak. Az ADHD tünetek megjelenése az élet egy adott pontján a tünetek fejlődésére ható pozitív és negatív hatások következtében változik.

Ily módon speciális szükségletet teremt a nevelésben és a szociális kapcsolatokban. A gyógyszerelés némiképp norma-

lizálja a meghatározó dopamin funkciókat és redukálja a speciális szükségleteket.

### Az ADHD etiológiája

Az ADHD **biológiai eredetű** probléma, a környezeti tényezők a súlyosságot és a kimenetet tudják elsősorban befolyásolni. Cigaretta, alkohol, drog, ólom, toxikus építkezési anyagok, festékek, pácok állhatnak a háttérben, míg az agysérülések valószínűsége nagyon csekély.

Étel adalékanyagok és cukor diéta, újra és újra felbukkanó tényező, azonban kontrollált vizsgálatokban nem mutatható ki összefüggés az ADHD-val. Tény azonban, hogy a gyerekek 5%-nak van ételallergiája és egy részüknek lehet ADHD-ja is. (1982 NIH konferencia- konszenzus)

**Örökölhetőség:** az ADHD-s gyerekek közeli családtagjai 25%-nak szintén van ADHD-ja. Az örökölhetőség 75-91% körüli.

A molekuláris genetikai vizsgálatok ma már **több kandidáns gént** is meghatároztak. Ilyen a dopamin transzporter gén, DAT1, és a dopamin receptor DRD4 gén pont- illetve ismétlődő szakasz mutációi.

A jelenlegi kutatások elsősorban a különböző strukturális és funkcionális képpalkotó eljárásokkal PET, SPECT, MRI és elektrofiziológiai vizsgálatokkal próbálják az **anatómiai és neurális különbségeket** feltárni. A problémamegoldás, tervezés, mások viselkedésének megértése, és az impulzus kontroll egyaránt a frontális lebeny funkciója. A prefrontális kéreg alulműködése lehet az oka a végrehajtó funkciók (irányítás és kontrollfunkciók) éretlenségének.

ADHD-sok 3-4%-nál anatómiaiag kisebb a prefrontális lebeny, a bazális ganglion, a temporális szürkeállomány, nukleusz caudatus, és a kisagy. Gyógyszer nélkül emelkedett frontális aktiváció és csökkent striális aktiváció mutatható ki, a metilphenidate ezt az arányt megfordítja, ily módon a választást javítja. A gyógyszeresen kezelt gyerekek fehérallóanyag (fronto-striális) nem különbözött a kontrolltól, míg a nem gyógyszerezett gyerekek fehérallóanyag vékonyabb volt a kontroll csoporthoz képest.

### Kezelés

A nagy mennyiségű kontrollált vizsgálat ma már lehetővé teszi, hogy a kutatók akár ezres nagyságrendű esetszámon végezzenek meta-analíziseket. Ilyen vizsgálatok történtek a Ritalin, a viselkedésterápia és az ún. közösségi rutin ellátás összehasonlítására ADHD-s gyerekeknél. A leghatékonyabb, azaz a legnagyobb és hosszantartó változást a gyógyszeres és viselkedéses terápia kombinációja hozta. Második az önálló gyógyszeres, harmadik az önálló viselkedésterápia és utolsó a rutin ellátás. Az első csoport kevesebb gyógyszer szedett, mint a csak gyógyszerrel kezelt második csoport. Csökkentek a gyerekek szorongása, javult az iskolai teljesítménye, kevesebbet ellenkeztek, és jobb lett a szülő-gyerek kapcsolat, és javulást mutattak a szociális kapcsolatok terén is. A nálunk is forgalomban lévő gyógyszerek:

*Ritalin:* methylphenidate szigorú vizsgálatok: biztonságos, hatékony,

*Ritalin-SR:* 6-8 órát hat

*Concerta:* hosszú hatású, 10-12 órán át ható methylphenidate

*Strattera*: atomoxetine új, nem stimuláns gyógyszer, szelektív noradrenalin reupték gátló, akkor ajánlott, ha a gyermek nem reagál a Ritalinra, vagy ha a szülők ellenzik a Ritalint.

Az ADHD kezelésének másik fő eszköze a kognitív viselkedés terápia, ami a gyerekekkel való munkán túl magában foglalja a szülők és a pedagógusok tájékoztatását a problémáról, a szükséges neveléstechnika átadását, és a változások folyamatos nyomonkövetését.

### Mi történik a nem kezelt esetekkel?

ADHD a pszichológiai képességek komoly fogyatékosága, ami komoly károsodást okozhat az egyénnél, aki ezzel a zavarral küszködik. A fogyatékoság lényege a viselkedés gátlás és a fenntartott figyelem terén mutatott zavar, amit mára már több száz tudományos közlemény, mint tényt mutatott be.

ADHD károsodáshoz vezet a főbb élet területeken, beleértve a szociális kapcsolatokat, oktatás, családi működés, foglalkoztatás, ön-elégedettség, a szociális normák, szabályok és törvények megtartása. Ugyancsak tény, hogy veszélyeztetettebbek a fizikai sérülésekre és a baleseti károsodásokra. Az ADHD nem jóindulatú zavar, pusztító problémákat okozhat. Utánkövető vizsgálatok eredménye szerint: 32-40% kimarad az iskolából, 5-10% nem fejezi be a főiskolát, 50-70%-nak nincs vagy kevés barátja van, 70-80% alulteljesít a munkában, 40-50% kapcsolódik antiszociális akciókhoz, többen dohányoznak és használnak illegális drogokat közülük, mint a normál populációban, 40% a tinédzser terhesség, 16% a nemi betegség, gyorsan vezetnek és többszörös baleseteik vannak, 20-30% depressziós, 18-25% személyiségzavarban is szenved, mint felnőtt. Százféle módon siklik ki az életük.

### Felnőttkori ADHD

Az ADHD 30-70%-ban fennmarad felnőtt korban is. A diagnózishoz fel kell térni a kliens történetét és jelenlegi tüneteit. A Conners-féle pontozó skála a legelterjedtebb. A gyerekkorban nem diagnosztizált ADHD-sok nincsenek tudatában, hogy zavarai az ADHD tünetei. Csupán érzik, hogy képtelenek szervezeten működni, megtartani a munkájukat, fenntartani az édeklődésüket, időben odaérni valahová, általában hatékonyan működni. Professzionális segítséget szorongás, depresszió, hangulat- és érzelmi zavarok miatt keresnek. Az önmagukkal kapcsolatos negatív percepciók következtében önértékelésük és önbecsülésük alacsony.

Kezelésük hasonlóképpen történik, mint a gyerekeknél. Elsősorban pszichostimulánsokkal és másodsorban antidepresszánsokkal.

Fontos, hogy megismerjék saját működés-módjukat (pszichoedukáció) és kognitív-viselkedésterápiás módszerek segítségével hatékony eszközöket találjanak önmaguk megsegítésére.

### Ajánlott irodalom

- NIMH: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (2008):*  
<http://www.nimh.nih.gov/health/publications/adhdcomplete-publication>
- American Academy of Pediatrics and National Initiative for Children's Healthcare Quality: Caring for Children With ADHD: A Resource Toolkit for Clinicians (2002)*  
<http://www.aap.org/moc>.
- Joseph Segeant (2000) The cognitive-energetic model: an empirical approach to ADHD. Neuroscience and Behavioral Reviews 24: 7-12.*
- Sagvolden T, Johansen EB, Aase H., Russell VA. (2005) A dynamic developmental theory of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) predominantly hyperactive/impulsive and combined subtypes. Behav. Brain Sci. 3: 397-419*
- International Consensus Statement on ADHD (2002) Clinical Child and Family Review, Vol. 5, No. 2.*
- RA. Barkley, KM. Smith, M. Fischer, B. Nava (2006) An Examination of the Behavioral and Neuropsychological Correlate of Candidate Gene Polymorphisms (DR4 7+, DBH TaqI A2, and DAT1 40bp Hyperactive and Normal Children Followed to Adulthood. Am J. Med. Genet B. Neuropsychiatr. Genet 141B(5) 487-498.*
- Adele Diamond (2005) Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity). Dev. Psychopathol. 17 (3):807-825.*
- Bálint S. Czobor P. Mészáros Á, Simon V, Bitter I. (2008) A felnőttkori figyelemhiányos/hiperaktivitás-zavarban tapasztalható neuropszichológiai deficit. Psychiatria Hungarica, 23: 24-336.*
- KH. Krause, SH. Dresel, J. Krause, C. la Fougere, M. Ackenheil (2003) The dopamine transporter end neuroimaging in attention deficit hyperactivity disorder, Neuroscience and Behavioral Reviews 27: 605-613.*

## Etikai kérdések a klinikai pszichológiában

### Ethical questions in clinical psychology

Kovács József

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Bioetika Részleg

**Kulcsszavak:** pszichológiai etika alapelvei, pszichológiai etikai kódexek, etikai döntéshozatal

**Keywords:** principles of psychological ethics, ethics codes in psychology, decision making in ethics

#### Az etika feladata

Az etika minden hivatás integráns része. Feladata általában annak tudatosítása, hogy az adott hivatás tagjainak munkájuk során a kliens érdekét kell elsődlegesnek tekinteniük, s nem szabad azt alárendelniük saját érdekeiknek. Az etika tehát az önérdek háttérbe szorítását követeli meg az általában kiszolgáltatott, érdekei védelmére kevésbé képes kliens védelme érdekében.

#### A pszichológiai etika alapvető elvei

A modern bioetika ma négy alapvető etikai elvet fogad el, melyek konkrét helyzetre történő alkalmazása segíti az etikai döntéshozatalt. Ezek a következők<sup>1</sup>:

- A kliens autonómiája tiszteletének az elve
- A „ne árts!” elve
- A jótékonyosság elve
- Az igazságosság elve

A kliens autonómiájának tisztelete azt jelenti, hogy a kliens önrendelkezési jogát tiszteletben tartjuk, s az ennek gyakorlásához szükséges szabadságot növeljük. Így például egy pszichoterápia során arra törekszünk, hogy a kliens a terápia végére szabadabb, függetlenebb legyen, mint amilyen a terápia elején volt. Az autonómia tisztelete elvéből következik a klienssel szembeni őszinteség, igazmondás követelménye is. A kliens emberi méltóságának, kulturális identitásának illetve a kulturális különbségekből fakadó sajátos igényeinek a tiszteletben tartása is az autonómia elvéből fakadó alapvető követelmény.

A „ne árts!” és a jótékonyosság elveiből fakad a megfelelő szakmai és etikai szakértelem megszerzésének és fenntartásának, s így a folyamatos önképzésnek a követelménye. Csak az tud a lehető legkevesebbet ártani illetve a lehető legtöbbet használni a kliensének, aki ismeri a szakma szabályait, s ismeri annak etikai elveit és jogi előírásait is. Csak a folyamatos önképzés illetve továbbképzés teszi lehetővé, hogy lehetőleg ne ártsunk, illetve minél több jót tegyünk hivatásunk gyakorlása során. Végül az igazságosság elve – egyebek mellett – azt követeli meg, hogy mindenki vállaljon felelősséget saját munkájáért. Így a saját hibáiért való felelősséget ne hárítsa át másra, saját esetleges hibáit, tévedéseit képes legyen felismerni, s azt szüksége esetén akár a klienssel, kollégákkal is megosztani. Hasonlóképpen, ha valaki más tevékenységében szakmai vagy etikai hibát észlel, igyekezzen arra a másik figyelmét felhívni, s így a hiba jövőbeli előfordulási lehetőségét csökkenteni. Ehhez komoly személyes bátorságra is szükség

van, hiszen a mások hibáira való figyelmeztetés a másokban indulatokat szülhet és a megtorlás vágyát ébresztheti fel. Fontos ezért, hogy kollégáinkat hibáikra tapintatosan, ne a kioktatás stílusában figyelmeztessük. Komoly etikai hiba ugyanakkor, ha ezen hibákra a másik figyelmét nem hívjuk fel, hiszen ezáltal megfosztjuk őt a tanulás és fejlődés lehetőségétől, a klienseket pedig annak tesszük ki, hogy a jövőben nagyobb valószínűséggel fognak velük szakmai vagy etikai hibák előfordulni.

#### Az etikátlan viselkedés alapvető okai és formái

A legalapvetőbb ok sokszor a tájékozatlanság, az ha valaki egyszerűen nem ismeri szakmája etikai standardjait. Ezért alapvető etikai kötelesség az etikai standardok megismerése, s az ezzel kapcsolatos változások nyomán követése. Az etikátlan viselkedés sokszor a kompetenciahatárok túllépésének formájában megy végbe. Ilyenkor valaki nem ismeri saját határait, s olyasmint akar tenni, melyre nincs elegendő képzettsége vagy tapasztaltsága. Ezért a szakmai önismeret, a saját kompetenciahatárokkal kapcsolatos tudatosság alapvető követelmény.

Az etikátlan viselkedés leggyakoribb formája a keretek betartásának az elmulasztása. Ilyenkor a szakember és a magánember szerepe összekeveredik, s a pszichológus-kliens viszony mellett egy magánember-magánember viszony is létrejön, mely előnytelenül változtatja meg a pszichológus-kliens viszony dinamikáját.

Gyakori probléma a kliens igényei iránti érzéketlenség is. Ennek oka lehet egyszerűen empátiahiány vagy kiégettség, de lehet egy bizonyos terápiás irányzat iránti túlzott elkötelezettség, bizonyos emberek, csoportok, kultúrák iránti – legtöbbször öntudatlan – előítélet. Előfordulhat azonban a kliens jogainak az egyszerű figyelmen kívül hagyása is (pl. ha a terapeuta rendszeresen késik).<sup>2</sup>

A kliens kizsákmányolása legtöbbször a keretek betartásának elégtelenségéből következik. Ilyen pl. a klienssel való szexuális vagy üzleti kapcsolat, mely azért számít különösen etikátlanoknak, mert a kliens kevésbé képes érdekei védelmére a pszichológus-kliens viszonyban, a szexuális és üzleti kapcsolat pedig gyakran vezet konfliktusokhoz, amikor is szükséges, hogy a résztvevő felek ki tudjanak állni az érdekeikért. Ha valaki ilyen konfliktus esetén érdekei képviselőjére kevésbé képes, kizsákmányolásának valószínűsége nő.

Az etikátlan viselkedés gyakori oka a terapeuta kiégetése is. Ennek etikai jelentősége az, hogy a pszichológus-terapeuta személyiségével is gyógyít, az tehát egyfajta munkaeszköznek tekinthető. A személyiség kifejllesztése és karbantartása így etikailag ugyanolyan jelentőségű, mint pl. egy sebész ese-

tén az operációhoz használt műszerek megfelelő sterilizálása és karbantartása. Ha a pszichológus személyisége munkaeszköz, akkor annak karbantartása etikai kötelesség, mert a megfelelő színvonalú munkavégzés feltétele.

### Az etikai döntéshozatal menete

Az első lépés annak eldöntése, hogy egyáltalán etikai problémával állunk-e szemben? Gyakori ugyanis, hogy ha valami miatt felháborodást érzünk, rögtön etikátlanságra gyanakszunk, holott felháborodásunkat sok egyéb is kiválthatja, (pl. személyes érzékenység, sérülékenység, érzelmi problémák stb.) mint az etikátlanság. Ha valóban etikai problémáról van szó, akkor a következő lépés a tények lehető legpontosabb tisztázása. A tények ismerete nélkül lehetetlen a megfelelő etikai döntéshozatal. A tények megismeréséhez tartozik a problémára vonatkozó szabályok megismerése. Ide tartoznak a kérdésre vonatkozó jogszabályok, etikai kódexek, szakmai irányelvek stb.

A jó etikai döntéshozatal megfelelő önismeretet, s kellő introspekcióna való képességet is igényel, mely pszichológusoknál általában inkább adottnak vehető, mint egyéb szakmák képviselőinél. A döntés előtt meg kell tehát kísérelnünk saját előítéleteink, elfogultságaink, személyes igényeink feltérképezését, melyek akadályozhatják, hogy a vizsgált helyzetet tárgyilagosan szemléljük.

Etikai dilemmák esetén általában hasznos egy kollégával való konzultáció is. Olyat érdemes választani, aki jó szakember, etikailag érzékeny, s ugyanakkor szókimondó is. Nem jó, ha beosztott vagy más módon tőlünk függő személy, mert ő nagyobb valószínűséggel fogja azt mondani, amit hallani szeretnénk, s ez nem jelent igazi segítséget.

Ezt követi a lehetséges alternatívák következményeinek a végiggondolása, majd ennek alapján a döntéshozatal.

A döntéshozatal után következik annak végrehajtása, mely a legtöbb bátorságot igényli. Gyakori ugyanis, hogy valaki pontosan tudja, hogy egy adott dilemma esetén mi lenne a jó döntés, csak nincs elég bátorsága azt végrehajtani, mert az számára kényelmetlen, kínos, vagy egyenesen veszélyes lenne. S ilyenkor általában racionalizálás révén az illető meg is győzi magát arról, hogy amit tesz, az mégis helyes, mert az adott etikátlanság például nem is olyan súlyos. A jó döntéshez azonban megfelelő környezet is szükséges. Az etikus szervezeti kultúra, mely az alapvető etikai elvekkel összhangban működik, s melyben számítani lehet arra, hogy az etikai elvek mellett kiálló támogatást kap, ha e kiállása miatt másokkal konfliktusba kerül, bátorítja az etikai elvekért való kiállást, s az etikus cselekvést.<sup>3</sup>

### Pszichológiai etikai kódexek

A magyar pszichológusok számára iránymutató a Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe.<sup>4</sup>

Hasznos iránymutató még az Amerikai Pszichológiai Társaság ehhez nagyon hasonló, de terjedelmében sokkal bővebb etikai kódexe.<sup>5</sup>

Hasznos segítséget nyújtanak a klinikai pszichológia rokon területeinek illetve szubdiszciplináinak etikai kódexei is. Rokon terület például a Szociális Munka Etikai Kódexe<sup>6</sup>, vagy a Pszichiáterek Etikai Kódexe<sup>7</sup>, míg szubdiszciplína a Pszicho-

terápia etikai kódexe<sup>8</sup>, illetve az egyes pszichoterápiás irányzatok etikai kódexei.

### A pszichológiai etikai kódexek néhány fontosabb általános előírása

Bár az egyes kódexek igyekeznek alkalmazkodni az adott szubspecialitás specifikus jellemzőihez, mégis sok olyan előírás van, mely szinte mindegyikben megtalálható.

Ide tartozik általában a kliens jóllétének előmozdítása, mint a szakember legfontosabb kötelessége, mely adott esetben azt követeli meg, hogy a szakember saját érdekét is szorítsa háttérbe azért, hogy kliense érdekében cselekedhessen. Ilyen kötelesség továbbá a szakmai és etikai kompetencia kialakításának és fenntartásának kötelessége, s az előírás, hogy mindenki a saját kompetenciahatárain belül maradván dolgozzon. Általános előírás a „ne árts!” szabály, továbbá a kliens titkainak megőrzése, illetve magánszférájának tiszteletben tartása mint etikai kötelesség. Ez együtt jár természetesen azzal, hogy a klienst előre figyelmeztetni kell a titoktartás esetleges korlátaira, például arra, hogy mások közvetlen veszélyeztetése vagy súlyos suicid veszély esetén, illetve hatósági, bírósági megkeresés kapcsán a titok megőrzésének lehetőségei korlátozottak.

Fontos kötelesség a kliens kihasználásától, kizsákmányolásától való tartózkodás, s így általában a kettős kapcsolat kerülésének parancsa, hiszen a kettős kapcsolat legtöbbször a kliens kizsákmányolásának az „előszobája”.<sup>9</sup>

### A klinikai pszichológia néhány etikailag fontos problémája

#### A terápiás szerződés:

Ez – egyebek mellett – a kliens tájékoztatásának az eszköze, tulajdonképpen az orvos-beteg viszonyból ismert tájékozott beleegyezés elvének érvényesítése a klinikai pszichológiában. Ezzel kapcsolatos etikai probléma lehet például egy nem kellően hatékony terápiás technika választása anélkül, hogy a klienst a hatékonyabb alternatívákról előzőleg tájékoztatták volna.<sup>10</sup>

#### Az értékek és a kulturális különbségek fontosságának az elhanyagolása a pszichoterápiás munkában:

Alapvető dilemma például, hogy elnyomó környezet esetén az az ellen való lázadásra biztassuk-e a klienst vagy az alkalmazkodásra? A kulturális különbségek figyelembe vétele nemcsak a nemzeti-etnikai különbségek figyelembevételének kötelességét jelenti, hanem például azt, hogy az idősek, a tizenévesek, a homoszexuális személyek, bizonyos vallási kisebbségek, a komoly krónikus betegségben szenvedők, a nyelvi kisebbségek vagy a fogyatékos személyek speciális személyes kultúráját és igényeit is megismerjük és igyekezzünk azt tiszteletben tartani. A fenti, tág értelemben felfogott kulturális kompetencia minden pszichoterápia alapvető feltétele.<sup>11</sup>

#### A pszichoterápia anyagi-üzleti vonatkozásai:

Magánrendelés esetén a fizetéssel kapcsolatos kérdéseket a terápia elején tisztázni kell, beleértve azt is, mi számít egy terápiás órának, kell-e fizetni az elmulasztott órákért, hosszabb terápiák esetén az idő előrehaladtával emelkedik-e az óradíj?

Tilos a klienst bármilyen módon presszionálni a terápiára. Különösen nehéz dilemma, ha a kliensnek a terápia befejezés előtt elfogy a pénze. Ilyenkor elvben a terapeuta nem köteles a klienst hosszú távon ingyen kezelni, fontos azonban, hogy a terápiát ne hagyja abba hirtelen. Ez krízisben levő kliensre különös szigorúsággal vonatkozik. Mivel a terápia abbahagyása a kliens fizetéképtelensége miatt etikailag nehéz helyzetet teremt, célszerű ezt elkerülni, s a terápia elején felmérni, s vele megbeszélni, hogy képes lesz-e a kliens a terápia egészét finanszírozni? Ha nem, célszerű eleve ingyenes pszichoterápiás lehetőséget keresni a számára. Etikailag javasolni szokták, hogy minden terapeuta vállalja el néhány különösen rászoruló kliens ingyenes kezelését.<sup>12</sup>

### Irodalom

1. Kovács József (2006): *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába.* Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 99-109)
2. Gerald P. Koocher – Patricia Keith-Spiegel (2008): *Ethics in Psychology and the Mental Health Professions. Standards and Cases.* (Third ed.) Oxford: Oxford University Press (p. 9-11.)
3. *Ibid.* (p. 21-24.)
4. Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete (2004): *Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe.* (SzEK)
5. American Psychological Association (2002): *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct.* (<http://www.apa.org/ethics>)
6. Szociális Szakmai Szövetség (2005): *A Szociális Munka Etikai Kódexe.* (<http://www.esf.hu/sa/program/jogszabalyok/szakmai/Szon%C3%A1llis%20munka%20etikai%20k%C3%B3dex.pdf>.)
7. Magyar Pszichiátriai Társaság (2000): *Etikai Kódex.* (<http://www.psychiatry.dote.hu/Mpt/Tarsasag/tarsszab1.html>)
8. *Pszichoterápiás Tanács* (1993): *Etikai Kódex.* In: Szőnyi Gábor – Füredi János (szerk.) (2000): *A pszichoterápia tankönyve.* Budapest: Medicina könyvkiadó (p. 570-574)
9. Gerald P. Koocher – Patricia Keith-Spiegel (2008): *Ethics in Psychology and the Mental Health Professions. Standards and Cases.* (Third ed.) Oxford: Oxford University Press (p. 42.)
10. Kovács József (2007): *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában.* Budapest: Medicina Könyvkiadó (p. 605-608.)
11. Gerald P. Koocher – Patricia Keith-Spiegel (2008): *Ethics in Psychology and the Mental Health Professions. Standards and Cases.* (Third ed.) Oxford: Oxford University Press (p. 110-111.)
12. *Ibid.* (p. 164.)

## Klinikai pszichológia alkalmazása az addiktológiában. Legújabb eredmények

### Applying the Clinical Psychology in the Addictological Recovery Programs. Gender Aspects

Hoyer Mária

Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Pszichológia Tanszék

**Kulcsszavak:** addiktológia, gender, felépülés

**Keywords:** Addictology, Gender, Recovery

Célcsoport a Pszichoaktív szer használata által okozott mentális-és viselkedészavarokban szenvedők (BNO X. F10-F19).

A pszichoaktív szer használata által okozott mentális- és viselkedészavarok gyakorta együtt járnak más pszichiátriai betegséggel. A kettős, vagy többes diagnózisú személyeknél megfigyelték, hogy a szerhasználatot megelőzően már egyéb pszichiátriai betegségekben is szenvedett, vagyis nem feltétlenül a szer okozta azt.

Diagnosztikai és terápiás ellátásuk ennek a kettős, vagy többes diagnózisnak a figyelembevételével zajlik.

Állapotukat és a szükséges beavatkozási szintet tekintve három csoportba sorolhatóak a klienseink:

1. a személyek szerfogyasztási szokásai nem/alig lépik túl a társadalmilag elfogadható mértékű, jellegű fogyasztást – problémáikat tanácsadás (counselling) szintjén lehet kezelni.
2. a személyek panasa és állapota már tünetben nyilvánul meg és ambuláns/járóbeteg kezelést kíván,

3. a személyek állapota intézeti/fekvőbeteg ellátást igényel.

A klinikai szakpszichológus mindhárom szinten folytat diagnosztikai és terápiás intervenciókat. Teamben dolgozik az orvossal, más pszichológussal, gyógy pedagógussal, addiktológiai konzultánssal, szociális munkással, szakápolóval, asszisztenssel, családterapeutával, jogással, és más segítő foglalkozású szakemberrel.

2001-től a klinikai szakpszichológus képzettségre „klinikai addiktológiai szakpszichológiai” szakvizsga építhető.

### A problémakezelés folyamata

#### Állapotfelmérés

1. Információt szerzünk, amelynek alapján kialakíthatjuk a terápiás célokat és a terápiás stratégiát;
2. az állapotfelmérés során maga a segítő kapcsolat is meg-alapozódhat, hiszen az állapotfelmérés már része a segí-

tésnek. A kliens megtapasztalja, hogy együtt érzők és segítők vagyunk vele, ami csökkenti feltételezhető védekezési álláspontját, alkoholfogyasztását vagy droghasználatát tekintve;

3. már az állapotfelmérés során visszajelzést adhatunk a kliensnek, amely segítheti őt abban, hogy helyzetét másképp ítélje meg. Ez különösen akkor fontos, ha pl. azt akarjuk, hogy kliensünk a droghasználat egészségügyi következményeit tekintve személyesen érintettnek érezze magát;
4. a folyamatos állapotfelmérés lehetővé teszi a kliens változásának, fejlődésének állandó monitorázást, valamint a gondosan lejegyzett állapotfelmérés alapja lehet a kezelés eredményességének megállapításra is a későbbiekben. (Rác J, 1999.)

### Klinikai pszichodiagnosztika

Általánosságban, a pszichodiagnosztikai eljárások széles körét alkalmazhatjuk az addiktológia páciens viszonylag kompenzált állapotában. Vizsgálat szempontjából kontraindikációt képez azonban az intoxikáció (F1x.0), valamint a megvonási szindróma delíriummal (F1x.4).

### Terápiás terv

1. Terápiás illeszkedés fontos (kliens-terápia összeállítás)
2. Kialakításának lépései: Állapotfelmérés – Probléma-meghatározás – Betegség súlyossága – Kezelési terv készítése a szolgáltatás intenzitásának megfelelően – Kliens terápiára adott válasza – Újabb állapotfelmérés
3. A gondozás folyamatossága (kórház – utógondozás – rehabilitáció)
4. Eredményesség vizsgálatok

### Terápiás szerződés célja

1. a kliens kezelés iránti igényének rögzítése (TDI)
2. a terápia kereteinek kijelölése
3. a kliens személyes és egészségügyi adatainak védelmére vonatkozó tájékoztatás (titoktartás)
4. a kliens igényeinek és a költség-hatékonyságnak a figyelembevétele (lásd terápiás illeszkedés)

### Terápiás szerződés eszközei

Szöveges megállapodás és/vagy bevezetendő különböző nyilatkozatformák;

1. hozzátartozóra vonatkozó (nem adható ki információ a kliensről)
2. hatóságok felé adható adatokról (szabályozott)
3. mit tekint bizalmas adatnak (személyi, egészségügyi)
4. kezelőhely nyilatkozata a titoktartásról

### Terápiás intervenciók célja

1. Pszichoaktív anyagtól mentes élet elérése:
  - a. az absztinencia iránti motiváció felkeltése és fokozása
  - b. pszichoaktív anyagtól mentes életstílus kialakítása
2. A különféle élettevékenységek maximális hatékonysággal élésének segítése
  - a. optimális egészségügyi állapot elérése és fenntartása
  - b. pszichiátriai tünetek és zavarok megállapítása és kezelése
  - c. házassági és családi problémák megoldása

d. munkával, a foglalkozással és megélhetéssel kapcsolatos kérdések rendezése

e. hajléktalansággal kapcsolatos kérdések rendezése  
f. spirituális igények kielégülése

3. Relapszus prevenció (a visszaesések megelőzése)
4. A következményes ártalmak csökkentése

### Terápiás intervenciók formái

1. Konzultáció
2. Rövid intervenció
3. Relapszus prevenció
4. Terápiás programok: Egyéni- és Csoport-pszichoterápiák, Pár és családterápia
5. Ártalomcsökkentő módszerek
6. Speciális programok (pl. AA, NA, Szülőcsoport) (Rác J, 1999.)

### Eredményesség vizsgálatok

Célja a terápiás intervenciók céljainak megvalósulását vizsgálni

Szempontjai:

1. tartalom (intrapszichés, interperszonális, szociális)
2. módszer (értékelés, leírás, megfigyelés)
3. adatok forrása (kliens, intézmény stb.)
4. időzítés

### A nem szerepe az addikciók terápiájában

Good és mtsai (1990) határozta meg a gender – tudatos terápia öt alapelvét. Minden kezelésnek tartalmaznia kell a következőket:

1. A terápiás munka integráns része a gender koncepció, valamennyi kliens esetében
2. A problémák részeként figyelembe kell venni a társas környezetet
3. Törekedni kell a nemek közötti igazságtalanságok megváltoztatására
4. Fejlődés hangsúlyos, együttműködésre épülő terápiás kapcsolat
5. A választás szabadságát tiszteletben kell tartani

Az állapotfelmérés gender érzékeny kérdései, mint például szexuális és fizikai bántalmazás, nőgyógyászati problémák, depresszió, öngyilkossági kísérletek, evési zavarok, fontos veszteségek, családban előforduló mentális betegségek, a gyógyszer használat eredete (mit oldott meg?), a házastárs droghasználat, különösen fontosak a nők esetében. A férfiak esetében a hiperaktivitás, iskolai problémák, foglalkoztatás, fontosabb érzelmi kapcsolatok, a játék és a legalitás problémák fontos részét képezik az állapotfelmérésnek. A kezelés során fokozottan kell figyelni a sztereotíp szerep megnyilvánulásokat következményeire, valamint a férfiak és nők közötti státusz különbségekre, illetve azok következményeire. Tipikus attribúciós különbségek a férfi és nő kliensek között, hogy a nők inkább okolják magukat a történelemért, míg a férfiak inkább másokat okolnak a kialakult helyzetért, vagy külső körülményekre hárítják a felelősséget. A terápiás kapcsolat számlájára írják esetleg, vagy a terapeutának címzik a férfiak az esetleges sikertelenséget.

A csoportos és egyéni terápiás ülések fókuszában a nők esetében gyakran az asszertivitás kérdése áll, míg a férfiakat

arra kell bátorítani, hogy merjenek szembe nézni olyan érzésekkel, mint a bánat, a harag, a félelem és a szégyen. Ez a négy érzés a magja annak a probléma halmaznak, amivel a férfiak szignifikánsan nehezebben küzdenek meg, mint a nők.

Csoport helyzetben figyelni kell a terapeutának arra a gender különbségre, hogy a nők kifejezőmódja, retorikai adottsága expresszívabb, mint a férfiaké, és törekednie kell a vegyes csoportokban az expresszivitás egyensúlyi helyzetére. Magyarul, hagyni kell a férfiakat is szóhoz jutni.

### Általános gender különbségek

A lányok inkább a kötődésen keresztül, a fiúk pedig a separáció és individuáció szakaszán keresztül nyerik el nemi identitásukat (Gilligan, 1983.)

A nők inkább a családot helyezik előtérbe és az intimitásban az érzelmeiket keresik, míg a férfiak inkább választják a kockázattal együtt járó életformát és másképp reagálnak a tapasztalatokra.

### Érzelmi problémákból fakadó különbségek

- **Női szerepmintákból fakadó betegségekhez sorolják;** a függőséget (értsd *dependens személyiségzavar*), a passzivitást (értsd *depresszió*), az önsorsrontást, az önfeláldozást, a féltékenységet (értsd *főbiák*), az érzélgőséget, a színpadiasságot
- **Férfi szerepmintákból fakadó betegségekhez sorolják;** a felelőtlen, hazug, erőszakos viselkedést, vagy más néven *antiszociális személyiségzavart*, a vakmerőséget (értsd *pszichoaktív szer-használat zavarai*) és az „oda nem illő” szexuális viselkedést (értsd *perverziók*)

A nők addiktív viselkedésében vezető szerepet játszik többek között a férfiak és a nők eltérő *szocializációja*.

### Szociális sztereotípiák az alkoholt vagy drogot fogyasztó nőkről

Erősen polarizált szexuális szerepeket tükröznek azok a társadalmi hiedelmek, amit az alkohol és drogfogyasztó nőkről, illetve férfiakraól alkotnak. Például az ittas nő könnyen csábítható, mohó a szexben, nem válogat a partnerekben és így tovább. Az alkohol fogyasztó férfiak esetében nagyon ritkán használnak szexualitást, minősítő kifejezéseket, míg a nőket promiskuitás, feslettség címkével látják el.

### A nők addiktív viselkedése és a szexuális áldozattá válás összefüggései

Összehasonlították egy vizsgálatban (Covington, Kohen 1984) az alkoholista és nem alkoholista nők csoportját a szexualitás vonatkozásában. Az találták, hogy az alkoholista nők 71%-a mesélt az érzelmi bántalmazásáról, így gúnyolják, degradálják, molestsztálják, féltékenységgel vádolják, hibáztatják, ordítanak vele, hazudnak neki, megcsalják és érzelmi megvonásban részesítik.

A nem alkoholista nők csoportjában csak 44% tapasztalta meg valaha ezeket az érzéseket. A fizikai bántalmazás is 20%-al nagyobb mértékű az alkoholista nők esetében. Mindenfajta zaklatás sokkal brutálisabb az alkoholista nőkkel szemben, mint a nem alkoholistákkal szemben. Az alkoholista nők 74%-a esett áldozatul szexuális bántalmazásnak, a másik csoport 50%-a élt át hasonló élete során. A szexuális bántalmazás szinte száz százalékban, a gyermekkorban történt, az alko-

holista nők esetében. Ez a legfőbb magyarázata annak, hogy a gyermekkorban szexuálisan bántalmazott nők miért fordulnak az italhoz, mint legfőbb támaszhoz. A legmegdöbbentőbb adat, a szexuális abúzus 100%-ban a tizedik életév betöltése előtt történt az alkoholista nők esetében (Covington, 1986).

### A szexualitás eltorzulása

Összefoglalóan azt lehet mondani, hogy a szexuális diszfunkciók az orgazmus, a szexuális érdeklődés, az élvezet, a lubrikáció hiányában, illetve a fájdalmas nemi érintkezésben, a vaginizmusban ragadhatók meg. Egy másik megfigyelés, pedig arra utal, hogy ezek a diszfunkciók az alkoholizmus kialakulása előtt is meg voltak már (69%), fokozódtak az addiktív viselkedés rögzülésekor, és még a felépülés korai fázisában is fennálltak. Az egészséges szexuális funkciók helyreállítására viszonylag kevés felépülési program fordít kellő hangsúlyt, állítják a szerzők Covington, Kohen (1984).

### Az addikció relacionális, emocionális és szociális aspektusai

A nők addiktív viselkedésének kialakulásában sokkal nagyobb szerepe van a férfi partner „kínáló” szerepének, mint fordítva. Az első drogos élmények gyakran úgy indulnak, hogy a fiú megkínálja a lányt valamilyen droggal, aki ezt romantikával átszöve éli meg. Ezek a korai asszociációk a kémiai anyag és a szerelem érzése között, a felnőtt nővé váláskor ismét felelevenednek, ha drogos partnerrel találkoznak, és ez válik a közös élmény alapjává. Ez később a valódi intimitás rovására megy. Az egyetemista lányok esetében gyakori, hogy az első szexuális élmény és az első alkoholos élmény ugyanakkor történik. Felmerül a társadalom felelőssége, mely szerint nagy a kínálata a különböző drogoknak, közöttük a legnépszerűbb az alkohol.

### A problémakezelés módja: A PLISSIT modell

A P-LI-SS-IT mozaikszó egy négyszintű megközelítést jelent, amely kifejezetten a szexuális problémák kezelésére irányul, és az engedélyre, a korlátozott információra, a speciális tanácsadásra és az intenzív terápiára épül.

*Permission*, vagy engedély arra vonatkozik, hogy a konzultáns megerősíti, „engedélyezi” a kliensnek, hogy azok a vágyak, amit érez a szexualitás területén azok normálisak. Ha például az alkoholizmusból való felépülés közben nem érez szexuális vágyat, vagy még a korábbi időszakban a konvencionálistól eltérő szokásai voltak, ezek mind elfogadhatóak, normálisnak tekinthetők. A csoportos beszélgetéseken a csoport többi tagja is beszámol hasonló érzésekről, ezzel megerősítve a másikat. Segítik a kliens az izoláltság állapotából kikerülni, és megerősítik abban, hogy nem ő az egyetlen, aki ilyen problémákkal küzd. Szabad engedékenyen gondolnia a saját, korábban elutasított szexuális viselkedésére.

*Limited Information*, vagy korlátozott információ arra vonatkozik, hogy az engedélyező magatartással szemben a kliens figyelmét olyan információk felé tereljük, melyek segítségével többet tudhat meg a testi működéséről. Például, hogy milyen alkalmakkor lehet szexuális életet élni (menstruáció alatt is), a mellék mérete, a genitálé formája, alakulása, az aktusok gyakorisága és formája, valamint az orális szex hogyan helyezkedik el az egészben.

*Specific Suggestions*, vagy speciális tanácsadás szintje már egy speciális felkészültséget igényel. A stáb egy tagja, lehetőleg önként vállalkozó elvégez egy speciális tréninget, mely alkalmassá teszi arra, hogy a kliens szexuális életének valamennyi mozzanatát feltárja, beleértve a korábbi kezelések eredményességét, vagy annak hiányát. Ennek ismeretében lehet pontosan megfogalmazni a kliens elvárásait és a kezelési célját.

*Intensive Therapy*, vagy hosszú távú pszichodinamikusan orientált terápia. Akkor hatékony, ha a kliens az összes eddigi beavatkozásra nem reagált és a szexuális problémák maradtak. Ez esetben kezdik, előről a szexuális események történeti sorrendben való feltárását és folytatódik a terápia, amíg szükséges.

## A pszichoaktív szer használat kezelése során megtestesülő férfi értékek

### A férfi mozgalmak fejlődése

A feminista férfimozgalom legismertebb szervezetei a The Mens' League for Women's Suffrage; a Greenwich Village „Sex Radicals”; és a NOMAS (National Organization of Men Against Sexism). A második feminista hullám, feminizmus támogató férfi csoportja a „sensitive man” volt (Goldberg, 1979).

A „sensitive man” a feminista mozgalom a férfilétezés mélyebb, archetipikusabb szintjét értelmezi. Arra a következtetésre jutottak, hogy a *férfi túléléshez* hiperaktív, hiper-szerartartásossá, hiper-mechanikussá, merevvé kell válni. Önde-struktív gép lesz, kontroll nélkül.

### A férfi jogok csoportja

A gender diszkrimináció ellen férfi csapatok jöttek létre. Apák klubja, nők által kreált szexuális zaklatás kivédése. Csak annyit jegyezni meg közbevetőleg, hogy ezeknek a csoportoknak a megjelenése világossá tette, hogy a férfi is lehet kiszolgáltatott, helyzetben a nők által, és a szexuális zaklatás, mint vád a férfiak ellen, éles fegyver lehet a nők kezében.

### Mythopoetic Groups

Olyan férfi csoportok alakultak, amelyek a mitológia gyártás aspektusából fogalmazzák meg téziseiket. A „Zeus energy”, „earthy masculinity” a „the deep masculin” és a „recovery work” fogalmakkal operáló mozgalom rávilágít arra, hogy a különböző kultúrák megjelenítése, a dramatikus, táncos helyzetek, a maszkok készítése, a dobolás, mesemondás formájában, segít ezeket az archaikus férfi szerepeket mozgósítani.

### A felépülési csoport

A mythopoetic mozgalommal párhuzamosan fejlődött az AA. Elsődlegesen férfiak részére alakult, de később fogadott nőket is. Többféle módon működött; beszéd vagy írás hagyományok, rituálék, saját story mesélésén keresztül a *hős* és mentor, vagy szponzor szerepét alakították. A „Knights without Armor” című könyv a modern férfi 12 lépéses modelljét írja le (Kipnis, 1991). A felépülési folyamat nemcsak az új alapok kialakulásának módját adja meg, hanem figyelembe veszi a különböző archetipikus képleteket számos kultúrából. Például Dionysos a rituálék, a bor, az extázis, a részegség és az erőszak istene.

### A hősiesség férfi

Megismerhetjük azokat a tipikus szerepkonstrukciókat, melyeket a korai szocializáció során alakítottak ki a klienseknél, de felnőttkorra diszfunkcionálissá váltak. Ilyen tipikus szerep a *hősiesség férfi*, aki bátor, erős, aki elviseli a testi és lelki fájdalmat. A kezelés során megtestesülő férfi értékeket a következő konfliktus pontok mentén vázolták fel a szerzők.

A *szemtől-szembe* (face to face) kapcsolat helyett a *vállvetve* (shoulder to shoulder) kapcsolat működik jobban a férfiak esetében. Szemtől szemben egy férfi terapeutával még inkább boldogul az alkohol beteg például, de a női terapeutákkal már nehezen. Kerüli a szemkontaktust ez utóbbi esetben. Úgy tűnik, hogy a férfiak nem nagyon bíznak abban, hogy ha „csak beszélgetnek” az segíthet rajtuk. Megfigyelték, hogy a csoport helyzet és aktivitás, a vállvetve kapcsolatok, jobban működnek. A csoportos aktivitás, a mozgás során jobban kimutatják az érzéseiket, mintha csak ülnének és beszélnének róla.

Különbséget kell tenni a *feladás*, *lemondás* (surrender) és a *kudarcc* (failure) között. A férfi kliensek számára nem mindegy, hogy kudarcként éli meg az alkohol fogyasztás abbahagyását, vagy egy jól előkészített döntés alapján lemond róla.

Ugyancsak nem mindegy, hogy a kezelést *folyamatnak* vagy *eredményorientált tevékenységnek* fogjuk fel. Férfiaknál megfigyelték, hogy türelmetlenek önmagukkal és a kezeléssel kapcsolatban is, ha nem hoz rövid idő alatt látható és gyors eredményt. Ez a hősiesség férfi ethoszával hozható kapcsolatba, ami elvárja a férfitől, hogy gyors és hatékony legyen. De ugyanakkor a kezelés folyamat jellege nem feltétlenül tudja ezt a gyors sikert garantálni. Ezzel a kérdéssel foglalkozni kell a kezelés megkezdésekor.

Hangsúlyozzák a „*third place hangout*” szerepét. Leggyakrabban a munka és az otthon téma szerepel a konzultációkon. A harmadik hely az, ahol se a munka, se az otthon nem számít, hanem a hagyományos játék, a csevegés, pletykázás, és más beszélgetések. A harmadik hely az a hely, ahol szükséges, hogy játszunk, hogy különleges dolgokat tegyünk, könnyed beszélgetések és fizikai aktivitás váltásuk egymást. A férfiaknál ez a harmadik hely tipikusan a borbély és a kocsmá volt régebben. A harmadik hely szerepe, bár nem a legfontosabb része a 12 lépéses modellnek, szerepel az ülések témái között.

A hosszú távú ivás következtében kialakult *egészségügyi problémák minimalizálása*, vagy *tagadása* a konzultáns előtt, egy következő konfliktus pont. Fontos, hogy *relacionális* vagy *pozicionális perspektívában* gondolkodjunk a felépülési modellben. Ki a *központi másik férfi*? A hagyományos apa – fia pozicionális perspektíva, a csoporthelyzet relacionális perspektíva.

### A kezeléssel kongruens férfi értékek

Gyakori a csalódás, a konfliktus a terápiában, ha a kliens illúziói nem vállnak valóra és ez lassítja a folyamatot. Ilyen illúziók lehetnek például, hogy a terápia gyors és komplikációtól mentes lesz. Példaként említik a középkori férfiak alkohol abuzusának kezelését. Nem lehet akármiről beszélni, csak mondjuk a testi vizsgálatokról, mint vizeletteszt, és hasonlóról. Amiről szívesen beszélnek inkább a betegségük helyett, azok a következők.



### Munkaérték etika

A munkának fontos megtartó ereje van, ezért is élük meg a férfiak olyan drámai módon a munkanélküliséget. A terápia során visszavágyik a munkába, mert azzal a helyzettel jobban tud azonosulni, mint a terápiás környezet megváltozott struktúrájával, viszony rendszereivel. A legfontosabb szerepében inog meg, amikor kezelésben van, nevezetesen a *kenyérkereső szerepében*. Éppen ezen a szerepében lehet leginkább megfogni az alkohol beteget, ezért vannak olyan programok, amelyek a munkahelyen alkalmazhatók. Az *Empolyee Assitance Program* lényege, hogy a munkahely – többnyire nagyvállalatok – szűrővizsgálat során megállapítják, hogy ki veszélyeztetett alkohorra a munkatársak közül. Számukra egy igen konfrontatív szembesítés után felkínálják a gyógykezelést. Amennyiben elfogadja, úgy marad az állása, és foglalkoztatják tovább, ha nem vállalja, akkor elbocsátják. Magyarországon is voltak már ilyen kísérletek.

### Ajánlott irodalom

- Bácskai E, Gerevich J, Rózsa J. szerk. (2001): *Európai Addikció Súlyossági Index: EuroPASI oktatási kézikönyv. Százszorszép Kiadó, Budapest*
- Brannon L. (1996): *Gender: Psychological Perspectives. Boston: Allyn&Bacon.*
- Covington SS, and Kohen J. (1984): *Woman, alcohol, and sexuality. In: Advances in Alcohol and Substance Abuse 4 (1): 41-56.*
- Covington SS. (1986): *Facing the clinical challenges of women alcoholics' physical, emotional, and sexual abuse. Focus on Family 10:37-44.*
- Cserne I, Tremkó M, Márta I-né (1995) *A drogfüggőség súlyosságának mérése a Jász utcai Drogambulancia pácienseinek körében. Szervenélybetegségek, III/2. 97-103. (Holsen-Waal skála első közlése)*

- Demetrovics Zs. (2005). *A droghasználat pszichiátriai komorbiditása. Addictologia Hungarica, 4(3), 319-340.*
- EszCSM-GYISM együttes rendelet a kábítószer-függőséget gyógyító kezeléssel, a kábítószer-használatot kezelő ellátásról, és a megelőző-felvilágosító szolgáltatások szabályairól
- Gilligan C, Ward J, and Taylor J. with Bardiga B. eds. (1983): *Mapping the Moral Domain: A Contribution of Women's Thinking to Psychological Theory and Education. Cambridge, MA: Harvard University Press*
- Goldberg H. (1979): *The New Male. New York: Signet Books.*
- Good C, Gilbert L, Scher M. (1990): *Gender awaretherapy: a synthesis of feminist therapy and knowledge about gender. Journal of Counseling and Development 68:376-380*
- Gerevich József (2000): *Kémiai függőségek pszichoterápiája. In: A pszichoterápia tankönyve. 486-500. Szerk.: Szőnyi G, Fűredi J. Medicina Könyvkiadó, Bp.*
- Hoyer M. Tremkó M. (2005): *Pszichoaktív szer használata által okozott mentális-és viselkedészavarok (BNO. F10-F19) In: A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakmai protokollja (szerk. Bagdy E.).*
- Kipnis A. (1991): *Knights without Armor. New York: Jeremy Tarcher/Pedigree.*
- Lambert Michael J. (1990): *Conceptualizing and Selecting Measures of Treatment Outcome: Implications for Drug Abuse Outcome Studies. In: NIDA Research Monograph 104. 80-90. Eds: Onken, L.S., Blain, J.B.*
- Nemzeti Stratégia a kábítószer probléma visszaszorítására, Ifjúsági és Sportminisztérium, 2000.
- Rác J. (1999) *Addiktológia. Tünettan és intervenciók. HIETE, Budapest*
- Straussner SLA, Zelvin E. (Eds.) (1997). *Gender & Addictions. Men and Woman in Treatment. New Jersey: Jason Aronson.*

## Rövid intervenció módszere

### Method of Brief Intervention

#### Bodrogi Andrea

Ébredések Alapítvány, Pont Drogambulancia

**Kulcsszavak:** alkoholfogyasztók típusai, viselkedésváltozás, interjútechnika

**Keywords:** types of alcohol users, changing of behaviour, technic of interwieving

#### Bevezetés

Magyarországon az alkoholprobléma tömegeket érint. Ha az alkoholos májcirrhosisban elhaltak számából következtünk az alkoholisták számára, úgy az megközelíti az egymilliót. Több kérdőíves felmérés tanúsága szerint azonban a felnőtt lakosság 20%-a nagyfogyasztó, így vélhetően ennél is nagyobb számú beteg, illetve veszélyeztetett egyén jelenlétével kell számolnunk (14). Alkoholbetegek betegségtudata, páciensként való önmeghatározásuk, gyógyulási motivációjuk lényegesen eltér az egyéb pszichiátriai zavarban szenvedőktől (2, 11, 12, 13).

Esetükben jellegzetes, hogy a kliens nem ismeri fel betegségét, így gyógyulásra sem törekszik. A motiváció nehézségei miatt a terápiás szerződések megkötése is sokszor nehézségekbe ütközik. Ugyanakkor nem fogadható el az az attitűd, mely a motiválatlan betegről lemond a beteg hiányos együttműködésére hivatkozva (1, 13,)

#### A motivációs interjú

A motivációs interjú, ahogy Miller és Rollnick 1991-ben kifejtették, részben motivációs technika, részben pedig a szen-

vedélybetegség, sőt tágabb értelemben minden nem kívánatos viselkedés megváltoztatásának filozófiája (12, 13, 17). Definíciószerűen a motivációs interjú direktív, kliens centrikus konzultációs technika, amely a nem kívánatos viselkedés megváltoztatását célozza azáltal, hogy segít a kliensnek felismerni és kifejezni ambivalenciáját, felhívja a figyelmet az alkoholizáló életmódban rejlő ellentmondásokra, illetve az ambivalenciát a változás irányába billenti át. A nem direktív konzultációval összehasonlítva fókuszáltabb, és célorientáltabb. Az ambivalencia vizsgálata és megoldása áll a középpontjában (12, 13).

**Ki a beteg és ki a veszélyeztetett?**

Az utóbbi évek tapasztalatai azt igazolták, hogy a motivációs interjú technikáját elsősorban adiktológusok, szenvedélybetegekkel foglalkozó pszichoterapeuták alkalmazzák, az alapellátásban azonban nem kapott kellő hangsúlyt az alkoholbetegekkel való foglalkozás során. A kutatások mindemellett arra a tényre is felhívták a figyelmet, hogy a legtöbb esetben olyan embereknél fordul elő alkoholprobléma, akik nem alkoholisták. (Institute of Medicine 1990). A hagyományos kezelés az alkoholistákra koncentrált, a mai megközelítés azonban magában foglalja a probléma- és a kockázati ivók kezelését is. E közegészségügyi szemlélet képviselői felismerik, hogy az alkoholproblémának az eddiginél sokkal szélesebb spektrumával kell foglalkoznunk.

Több vizsgálat igazolja, hogy az alapellátásban megjelenő betegeknek csaknem egyötöde iszik kockázatos, vagy veszélyes mértékben, aminek következményeképpen alkoholos szövődmény kifejlődésére veszélyeztetett (8, 9, 10).

A Wisconsini Alkohológiai Kutatóintézet (NIAAA) a rendszeres alkoholfogyasztókat négy csoportra osztja (13).

**Alacsony szintű kockázatról** beszélünk olyan személyeknél, akik 1-2 italnál kevesebbet fogyasztanak naponta, társasági összejöveteleken sem isznak 3-4 italnál többet, és soha nem isznak rizikóhelyzetekben (terhesség, autózvezetés, biz. gyógyszerek szedése).

**A kockázati ivók** rendszeresen fogyasztanak alkoholt, 2-3 italnál rendszerint nem többet, káros egészségügyi hatások hosszú ideig nem tapasztalhatók, hasonlóan az enyhe magas vérnyomáshoz, vagy koleszterinszinthez. A kockázati ivás szintjének meghatározása országanként változó.

**A problémaivók** életében már előfordultak alkoholfogyasztással kapcsolatos problémák, pl. ittas vezetés, egészségügyi komplikációk, családi problémák stb.

**Az alkoholfüggő** betegeknek kontrollvesztései vannak, alkohol hiányában elvonási tünetek jelentkeznek, belszeri szövődmények családi, munkahelyi problémák lehetségesek.

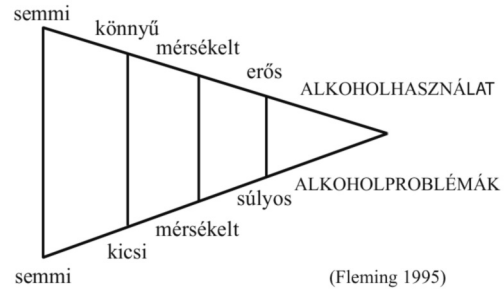
(Az 1 ital, vagy 1 egység kb. 10 gr alkoholnak felel meg.)

**Az alkoholprobléma szűrése**

A szűrés célja az alkoholprobléma felismerése, a kockázati-, vagy problémaivás, illetve az alkoholfüggőség tényének megállapítása. Kérdőívekkel, standardizált interjúkkal könnyen elvégezhető. Számos szűrési teszt áll rendelkezésre az alkoholprobléma fennállásának, illetve súlyosságának igazolására. Közülük a legáltalánosabbakat mutatjuk be.

A CAGE (7), az NIAA által javasolt mennyiségi és gyakorisági kérdések (6,13 ), az Alkoholhasználati rendellenesség azonosítási teszt (AUDIT 10) (3) néhány perc alatt felvehető.

Az alkoholprobléma szűrésének feltétlenül ki kell terjednie a fizikai dependencia bizonyítására, tekintettel arra hogy a választandó eljárás, illetve az ivással kapcsolatos célkitűzés különböző függő illetve nem függő fogyasztóknál.



1. ábra Az Alkoholfogyasztás és a társuló problémák kapcsolata (13)

A fenti ábra az alkoholhasználat és a társuló problémák kapcsolatát mutatja be. Felhívja a figyelmet továbbá a kockázati és problémaivók populációjára, akik ivásproblémája ellátórendszerünkben nem kap kellő hangsúlyt.

A 2. ábra összefoglalja az alkoholfogyasztás okozta rendellenességek meghatározásának és kezelésének lépéseit.

**Az alkoholszűrés és a gyors intervenció lépései**

**I. lépés: Az alkoholfogyasztásra vonatkozó kérdések**

AUDIT	CAGE
-------	------

**II. lépés: Az alkoholprobléma értékelése**  
kockázati ivás      problémaivás      függőség

**III. lépés: A megfelelő eljárásra vonatkozó tanácsok**

<b>Alkoholdependencia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanácsoljuk az abstinenciát</li> <li>• Küldjük a beteget alkohológushoz</li> </ul>	<b>Kockázati-, ill. problémaivás</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanácsoljuk, hogy csökkentsse a mennyiséget</li> <li>• Tűzzünk ki ivási célt</li> </ul>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**IV. lépés: Kövessük a beteg fejlődését**

2. ábra Klinikai irányvonalak (13)

Az ábrán látható, hogy az alkoholprobléma tisztázását követően egyszerűen eldönthető a választandó stratégia. Amennyiben alkoholfüggőség állapítható meg, úgy a beteg adiktológushoz történő irányítása javasolt, alapvető cél az abstinencia elérése.

A kockázati és problémaivó betegek képezik azt a jelentős populációt, ahol nincs szükség alkohológus szakember igény-

bevételére, és intenzív terápiás programon való részvételre, melynél az előbb említett felmérések tanúsága szerint a néhány ülésben végzett rövid intervenció hatékonyabb is. (8, 9, 10, 13)

### A Rövid intervenció

Miller és Rollnick dolgozták ki a Rövid intervenció technikáját, a Motivációs interjú módszerének továbbfejlesztésével. A cél az volt hogy olyan interjú technikát bocsássanak az alapellátás rendelkezésére, ami rövid, mindössze néhány perces, így a nagy betegszámot kevés idő alatt ellátó praxisokban is könnyen és gyorsan alkalmazható. Elsősorban a szomatikus orvoslásban dolgozó szakemberek, pl. háziorvosok, belgyógyászok, traumatológusok, végzik, de alkalmazhatja bármely segítő, aki bizalmi kapcsolatban van a klienssel

Technikája utasítás helyett az empátián, az elfogadáson és megértésen alapul, a klienst partnerként kezeli, aki felelős saját sorsáért, szabadon dönt saját sorsát illetően, döntéséért pedig felelősséggel tartozik (1, 8, 9, 10)

A Rövid intervenció alkalmazása néhány ülést igényel (4 vagy akár kevesebb alkalmat). Az ülések néhány perctől maximum 1 óráig tartanak. Nem addiktológusok, hanem elsősorban alapellátásban dolgozó szakember végzik (1, 8-10).

Alkoholproblémás betegek kezelésénél szem előtt kell tartanunk, hogy itt a betegség viselkedés-szinten nyilvánul meg, az intervenció során ennek megváltoztatására kell törekednünk.

A Rövid intervenció technikája mind kockázati és problémáivók, mind alkoholfüggők viselkedésének megváltoztatására alkalmazható. Míg az egyes elemek, rendkívül hasonlóak a két esetben, különbséget jelent, hogy nem függő klienseknél a cél a mérsékelt fogyasztás elérése, addig alkoholfüggőknél az absztinencia célját tűzzük ki, illetve motiváljuk klienseinket alkoholológiai kezelés igénybevételére (1).

### Rövid intervenció a gyakorlatban

A módszer fő elemei alapján képzett betűszó a FRAMES (keretek) (1, 13):

#### A magatartás módosítására szolgáló stratégiák

**F:** feedback

Állapotfelmérést követő visszajelzés a kliens számára: akár laboratóriumi eredmények, akár pszichoszociális állapotának visszajelzése, illetve annak feltárása, hogy ezek az állapotok az alkoholfogyasztással állnak összefüggésben.

**R:** responsibility (felelősség)

Hangsúlyozzuk, hogy a változásban milyen nagy szerepe van a kliens felelősségének. Rendkívül nehéz feladat bármely egészségünkkel kapcsolatos magatartás megváltoztatása, és csak akkor oldható meg, ha a kliens valóban elkötelezett a változásra.

**A:** advice (tanács)

A tanács világos, konkrét, hagyja abba az ivást, csökkentse a kockázatos ivást saját egészsége, családi élete stb. érdekében.

**M:** menu (menü)

Ajánljunk fel különböző választási lehetőségeket a kliensnek ivási szokásai megváltoztatására. A választás növeli a kliens felelősségérzetét és elkötelezettebbé teszi a változás mellett.

**E:** empathy (empátia)

Az empátia itt is kulcsszerepet játszik, még akkor is, ha a klienst alkoholhasználatára negatív következményeivel szembesítjük, (feedback) vagy ha direkt tanácsot adunk. Mindennek empátiás légkörben kell történnie. Fejezzük ki a kliens számára, hogy átérezzük, megértjük, hogy a változás nehéz.

**S:** self-efficacy (hatékonyság, önbizalom támogatása)

A rövid intervenció arra épít, hogy a kliens képes megtenni a változást, elhiszi, bízik benne. Ugyanakkor a terapeuta is bízik abban, hogy kliense képes a változásra. Utóbbi rendkívül erős motiváló tényező.

### A Rövid intervenció eredményessége

Számos tanulmány igazolja, hogy nem függők esetében a Rövid intervenció technikájának alkalmazása segíthet a betegnek ivása csökkentésében. (8,9). Egyéb tanulmányok alkoholfüggők esetében vizsgálták a Rövid Intervenció eredményességét a betegek hosszútávú alkoholkezelésben való részvételre történő motiválásában. A Rövid Intervencióban részesülő alkoholisták 65%-a jelentkezett be az intervenciót követően alkoholológiai kezelésre, szemben az intervencióban nem részesültek 5%-os arányával (1.)

### Összefoglalás

Sajnos általános jelenség, hogy az alkoholbetegek kezelésére akkor kerül sor, mikor már súlyos belszervi szövődmények alakultak ki, sőt nagyon gyakori, hogy az alkoholbetegek gyógyítása kizárólag belgyógyászati szövődményeik kezelésére korlátozódik.

Tekintetbe véve azt a tényt, hogy életet veszélyeztető szövődmények rendszeres alkoholfogyasztás során nem függők-nél is kialakulnak, népegészségügyi jelentőséggel bírma, ha a nemcsak a függők, hanem a kockázati – és problémáivók személyek alkoholfogyasztói magatartása is megváltozna. Jelen előadás a Motivációs interjú és a Rövid intervenció technikáját mutatja be, melyek a külföldi, és csekély hazai tapasztalat birtokában hatékonyan mondhatók az alkoholfogyasztásnak, mint problémaviselkedésnek a megváltoztatásában.

### Summary

Sorry to say, typically alcoholics are being treated too late, when serious complications have developed, moreover, the treatment of alcoholics is limited to the treatment of their internal complications. Taking the fact into consideration, that life threatening complications can develop at all regular drinkers, not only at addicts, the change of their drinking behaviour would have a special importance. This study demonstrates the techniques of Motivational interviewing and Brief intervention, that are effective methods due to plenty of international and a few national experiences

Irodalom

- Alcohol Alert of 1999 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism No. 43 April 1999*
- Anderson P, Cremona A, Paton A, Thurner C, Wallace P. The risk of alcohol. *Addiction. American Society of Addiction Medicine. Syllabus for the Review Course in Addiction Medicine. Review Course Committee, Geller A, Chair. 1993.*
- Babor TF, De La Fuente JR, Saunders J, Babor M. *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test, Guidelines for Use in Primary Health Care. Geneva: World Health Organization, 1989.*
- Bien TH, Miller WR, Tonigan JS. Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 88(3):315-336, 1993.
- Bodrogi A, Gordos E, Bulyáki T. Integrált pszichiátriai ellátás az alkoholbeteg gyógykezelésében *Addiktológia Hungarica* 2002.I.(1).50-61.
- Brown SA, Goldman MS, and associates: Expectations of reinforcement from alcohol: Their domain and relation to drinking patterns *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1992,48, 419-426.
- Ewing JA. Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. *Journal of the American Medical Association* 252(14): 1905-1907, 1984.
- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, and London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association* 277(13):1039-1045, 1997.
- Fleming MF, Manwell LB, Barry KL, and Johnson K. At-risk drinking in an HMO primary care sample: Prevalence and health policy implications. *American Journal of Public Health* 88(1):90-93, 1998.
- Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, and London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized trial in community-based primary care practices. *Journal of the American Medical Association* 277(13):1039-1045, 1997
- Jarvis TJ, Tebutt J, Mattick RP. *Treatment Approaches for Alcohol and Drug Dependence. National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales, Australia 1995.*
- Miller WR, Rollnick S. (szerk.) (1991): *Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behavior. The Guilford Press, New York.*
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism USA kiadványa 2000, november
- Péter Á.: A családorvos szerepe az alkohol és drogproblémák megelőzésében és kezelésében. *Szenvedélybetegségek* 5.(1). 14-16. 1997
- Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 58(1):7-29, 1997.
- Project MATCH Research Group. Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 22(6):1300-1311, 1998.
- Rácz J.: *Addiktológia, tünettan és intervenciók HIETE, Egészségügyi Főiskolai Kar, Budapest, 1999*
- Saunders JB. (1987): *The WHO project on early detection and treatment of harmful alcohol consumption. Australian Drug and Alcohol Review*, 6, 303-308.
- Wallace P, Cutler S, and Haines A. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. *British Medical Journal* 297(6649): 663-668, 1988.

## Klinikai pszichológia alkalmazása az igazságügyben

### The role of clinical psychology in the Forensic Psychology

Pataky Ilona

PPKE BTK Pszichológia Intézet

**Kulcsszavak:** igazságügyi pszichológia, klinikai pszichológia, igazságügyi pszichológiai vizsgálat, kikérdezés, pszichológiai tesztek

**Keywords:** *clinical psychology, forensic psychology in law, examination in the field of psychology in law, exploration, psychological tests*

#### Meghatározás

Az igazságügyi pszichológia (forenzikus pszichológia – Psychology in Law) a pszichológia módszereinek és fogalmainak alkalmazása a jogrendszerre (Wrightsmán, Nietzel és Fortune – id: Pataky, 2006.).

Az igazságügyi pszichológia az igazságszolgáltatás gyakorlatát segítő lélektan elméleti és diagnosztikai ismereteit fogja össze (20. sz. módszertani levél).

Igazságügyi pszichológus az a szakpszichológus, aki a Magyar Igazságügyi Kamara tagja, szakértői igazolvánnyal rendelkezik és az igazságügyi pszichológia definícióban meghatározott elméleti és gyakorlati ismereteknek birtokában speciális tevékenységet végez:

1. megbízás révén
2. a megbízó számára felhasználható formában
3. titoktartás mellett, ami alól csak a jogszolgáltatás keretében kap felmentést.

Az igazságügyi pszichológusok tevékenységét szabályozó rendelkezések:

- A szakértői működésre vonatkozó szabályokat a rendeletek tartalmazzák.
- A tevékenység szakmai etikai vonatkozásáról a Magyar Pszichológiai Társaság és a Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete közös Etikai Kódexe valamint a Magyar Igazságügyi Szakértői Kamara Etikai Bizottsága rendelkezik.
- A tevékenység tartalmáról az Igazságügyi Orvosok Szakmai Kollégiumának állásfoglalása – módszertani levelek formájában – határoz.

### Történet

A pszichológia az 50-es évekig viszonylag kevés hatást gyakorolt a jogra, akár a nemzetközi, akár a hazai gyakorlatot nézzük. Az Amerikai Egyesült Államokban pl. 1962-ben először írta le Bazelon bíró azt, hogy a mentális zavarok kérdésében megfelelő pszichológusokat kell alkalmazni a bíróságokon. Addig az ilyen és hasonló kérdésekben a pszichiáter szakértőket keresték meg. 1978-ban történt az Amerikai Igazságügyi Pszichológiai Testület megalakulása – megindult a szakterület önálló fejlődése. A tényleges szakképzés kérdése is csak 1979-ben merül föl Poythress közleményében (id: Pataky 2006).

### A szakma kialakulásának hazai állomásai:

1. A mentális működéseket érintő kérdésekkel – közöttük pl. a gyermeknevelésre való alkalmasság megítélésével kapcsolatban – a 80-as években kezdtek klinikai szakpszichológusok foglalkozni. Eleinte a pszichiáter szakértő kérte fel őket. A klinikai pszichológusok önállósodásával a klinikai pszichológia kompetenciájába tartozó kérdésben, az igazságügyi területén működő klinikai pszichológusok is fölkerültek a szakértői névjegyzék listájára. Kezdetben Szakértői Irodák, az orvosegyetemek igazságügyi intézetei alkalmaznák eseti/felkért szakértőként dolgoztak a szakértők.
2. Megalakul az Igazságügyi Kamara, ennek hatáskörébe kerül a szakértők névjegyzékbe vétele. A szakértői névjegyzékbe bekerül az igazságügyi pszichológus tevékenység is.
3. A szakma elkészíti a 20. sz. módszertani levelet. Ez tükrözi azt az erőfeszítést, amelyet a teljesen önállóvá vált igazságügyi pszichológia annak érdekében tesz, hogy a megváltozott viszonyok között, a vizsgálatban résztvevők alkotmányos jogait tiszteletben tartva tudjon működni.
4. 1999-ben a klinikai pszichológus szakképzés ráépített képzéseként akkreditációt nyer a 2 éves igazságügyi klinikai pszichológus képzés. 2001-ben adják át az első szakképesítéseket.
5. A szakképzettek kötelező továbbképzésébe a 73/1999. EüM rendelet a klinikai pszichológusokat, közöttük a ráépített szakvizsgával rendelkező igazságügyi pszichológusokat is bevonta. Ezáltal a szakértői tevékenység folytatása már nem nélkülözheti az ismeretek korszerűsítését, szinten tartását.

Az igazságügyi pszichológia hazai fejlődése a viszonylag rövid idő ellenére igen markánsnak bizonyult. A sikerek mellett ez sok **hátrányt** is jelent.

- Jelenleg meglehetősen egyenetlen a szakértéssel foglalkozó pszichológusok fölkészültsége. A korábban megszerzett jogosítványok ma is érvényesek, de jelen vannak a szakvizsgával rendelkező, korszerűen képzett szakértők is.
- A pszichológia tudományának fejlődése, az egyes szakágak szétválása nem tükröződik a szakértői kompetenciák meghatározásában, hanem a rendszer a szakértőre hárítja a rendezetlen viszonyok minden ódiáját.
- Az igazságügyi pszichológus vállalkozóként is végezheti munkáját. A hivatalos (bíróság, rendőrség, gyámhatóság stb.) fölkérések mellett tehát bárki szakértőhöz fordulhat. A szabályozás hiányában ismét csak a szakértőre hárul a döntés, elfogadja-e a magánúton hozzá forduló megbízását. Egy peres ügyben több szakértői vizsgálat is készülhet, különböző megbízások nyomán, s nem ritka az ellentmondás a különböző háttéren megszületett vélemények között. Ez elodázza a döntés megszületését, hiszen szükségessé teszi föllebviteli fórum (ETT IB) igénybevételét.
- Az ellentmondás persze adódhat abból is, hogy nincs olyan egységes nyelvezet az igazságügyi szakvéleménynek, mely iránymutatóul szolgálna. A szakma belső ellentmondásai pedig kedvezőtlenül hatnak a pszichológus szakértők tapasztalatainak hasznosítására.
- A kompetenciahatárok betartása más vonatkozásban is problémát okoz. Az elfogulatlan szakértői vélemény kialakításának keretei, közé nem fér be a terápiás együttműködés semmilyen formája sem. A szakértő javasolhatja, terápiás beavatkozás, vagy egyéb kezelés igénybevételét. Sürgős ellátást igénylő helyzetben – szakértelme erre följogosítja – azonnali beavatkozást is indokolhat.

### Szabályozások

Az igazságügyi pszichológusok tevékenységét az egyes országok nem egységesen szabályozzák. A nemzeti szabályozások a Társaságok és a Szakértői Egyesületek/Igazságügyi Kamarák kettős kötésében fogalmazódnak meg, a jogrendszerbe ágyazottan. A jogrendszer változását a rugalmasan működő Szakértői Egyesület szabályozása nyomon követi. Az egyes országok közötti jogharmonizációbeli különbségek magyarázhatják a szakértők működésének eltérő szabályozását.

A **hazai szabályozás**, a sok azonosság mellett, jóval élesebb határokat von az igazságügyi pszichológus működésére vonatkozóan. A pszichodiagnosztika, – elsősorban a klinikai – eszköztárát alkalmazza az igazságügyi pszichológia. A szakértői vélemény kialakítása során azonban mindekenélőtt a felhasználó, a jog szempontjait veszi figyelembe úgy, hogy a vizsgáltak személyiségi jogait mindenkor tiszteletben tartja.

Az **igazságügyi pszichológiai vizsgálat** lefolytatásának ma érvényes **szabályait** a ([www.vitalitas.hu/index.php](http://www.vitalitas.hu/index.php)), 20. sz. módszertani levél tartalmazza. Általánosságban az az álláspont alakult ki, hogy a vizsgálatba bevont személyről a szakértői véleményben annyit közölhet a szakértő, amennyi az ügy elbírálásával megbízott személy (a jogszolgáltatás vagy az államigazgatás képviselője) döntéséhez szükséges és elégséges.

## Az igazságügyi pszichológiai módszerek

A szakértő kompetenciájába tartozik, hogy a megbízásban meghatározott kérdések megválasztásához milyen, a pszichodiagnosztikai gyakorlatban használatos eljárást választ. Ezek azonban csak olyan standardizált eljárások, ill. projektív tesztek lehetnek, amelyek kimunkált viszonyítási kritériumokkal rendelkeznek, s alkalmasak arra, hogy a vizsgálati személyekről a jogszolgáltatás számára releváns információt nyújtsanak. A vizsgálati bázis folyamatos korszerűsítése a pszichodiagnosztikai eszköztár modernizálását dinamikusan kell kövesse:

1. személyiségvizsgálat:
  - a. projektív módszerek (gyermekeknél kiegészítő eljárások: Családradz, Düss-mese, C.A.T, három kívánság
  - b. kérdőíves technikák
2. Teljesítményvizsgálat:
  - a. Intelligenciatesztek
  - b. Mentális részfunkciókat vizsgáló eljárások
  - c. Neuropszichológiai vizsgálat
3. Műszeres vizsgálat:
  - a. Közlekedépszichológiai diagnosztika eszközei: tachiksztozskóp, konfliktómeter, reakcióidőmérő, Led stb.
  - b. Büntető eljárásokban használt műszerek: poligráf, GBR stb.
4. Viselkedés megfigyelése, tematikus kikérdezés: Mindenkor része a vizsgálatnak a tematikus kikérdezés (exploráció), mely általánosságban fogalmazva az ítélethozatal szempontjából fontos eseményekre, azok körülményeire, az azzal kapcsolatos élményekre vonatkozik. A jogalkalmazó számára az exploráció tartalmazza azt a konkrét viselkedést, amelyet a pszichodiagnosztikai vizsgálatok eredményei nyomán tipikus szinten a szakértő a véleményben megfogalmazott. Más országok gyakorlatától eltérően a kikérdezés önálló technikaként való kizárólagos alkalmazása a hazai szakértők álláspontja szerint nem fogadható el.

## Az igazságügyi pszichológusok szakértői tevékenységének fontosabb területei

- Közigazgatási ügyek
  - Kapcsolattartás
  - Nevelői felügyelet korlátozása, megvonása
- Polgári eljárások
  - Gyermekelhelyezési ügyek
  - Biztosítási, ill. nem vagyoni kár iránti keresetek
- Büntető eljárások – bűncselekmény besorolása szerint:
  - Gyermek és ifjúság elleni bűncselekmények, veszélyeztetés
  - Szexuális bűncselekmények
  - Külön föl nem sorolt bűncselekmények

## A vizsgálatba bevont személyek szerint

- Gyanúsított vizsgálata
  - ♦ Belátás, beszámíthatóság megítélése
  - ♦ Cselekmény és személyiség összefüggésének kérdése

- Sértett/tanú vizsgálata
  - ♦ Teljes korú
  - ♦ Gyermekkorú
  - ♦ Értelmi működés színvonalának megítélése – a beszámoló megbízhatósága
  - ♦ Sérülés/trauma megállapítása

## A kirendelő/megrendelő által föltett fontosabb kérdések

határozzák meg az igazságügyi pszichológus eszközválasztását, a kikérdezés tematikáját, a vizsgálat lebonyolításának módját, sorrendjét. Véleményének kialakításában is ezeknek a kérdéseknek a megválaszolása áll központi helyen.

## Nevelői alkalmasság megítélése

Polgári perek közül a nemzetközi szakirodalomtól eltérően a válóperek kapcsán a **gyermekelhelyezési**, kapcsolattartási, elhelyezés megváltoztatása iránti keresetek igen nagy érzelmi feszültségben zajlanak, s a gyermek/ek nevelési joga a közös vagyon fölosztásában komoly érvet jelent. Eltérően az amerikai modelltől erkölcsi vonatkozásban nem a pszichológus szakértő feladata megítélni a peres feleket. Kizárólag pszichológiai motívumok alapján szerkesztheti meg véleményét. Abban viszont teljes az összhang, hogy a gyermek érdekét tartja szem előtt mindenkor a szakértő a véleménye megalkotásában. A nevelői alkalmasság fokozatainak megállapításához egyelőre hiányzik az egységes szempontrendszer. Ez a törekvés (Szegegyi Márton) a hazai kutatás fontos területe. A szakértői gyakorlatban 4 szintet szokás elkülöníteni az **általános alkalmasság** vonatkozásában:

- Nem alkalmas
- Alacsony szintű alkalmasság
- Átlagos szintű alkalmasság
- Az átlagosnál magasabb szintű alkalmasság

## Relatív alkalmasság

A nevelt gyermekkel való viszonyban – tehát a konkrét esetben – is vizsgálni kell a szülők nevelői alkalmasságát. Ezen kérdések megválaszolása pszichodiagnosztikai eljárás alkalmazása nélkül nem lehetséges.

## Családon belüli erőszak

Nem ritka, a **családon belüli erőszak** (Hajnal Á. Id: Patakgy 2006.) a szakértő elé kerülő ügyekben. Az agresszió kialakulásának elemzése éppúgy a feladatok közé tartozik, mint annak megítélése, hogy a nevelt gyermeknél veszélyeztetettség tünetei észlelhetők.

## Veszélyeztetettség

az a **gyermek**, aki korához és végzettségéhez képest elmarad a pszichés fejlődésben. Az elmaradás akár az érzelmi, akár az értelmi fejlődést, vagy mindkettőt érinthet. A veszélyeztetettség kimondása tehát kizárólag mérési adatokon alapulhat.

## Szavahihetőség

kérdése a büntetőügyekben, a gyermek sérelmére elkövetett cselekményekben, a gyermek vizsgálata során gyakran előfordul. Ezekben az esetekben a szakértői véleményben foglaltak képezik a bűncselekmény megállapításának alapját.

Rendszerint a nevelői pozícióban lévő felnőtt és a nevelt gyermek között, tanúk nélkül történtek cselekmények, melyek a gyermek sérelmét okozzák. Ha tartósan, hosszabb ideig valósultak meg, a gyermek fejlődését veszélyeztetik. Csak a sértett-tanú vizsgálata áll rendelkezésre a bizonyításhoz. Ezekben az esetekben különös gondossággal jár el a szakértő.

### A gyermek befolyásolásának kérdése

A klinikai pszichológia kompetenciájába tartozik, s ezért a pszichológus szakértő feladata a gyermek fejlettségi szintjéhez képest annak megítélése, hogy a külső hatást tükröző megnyilvánulások milyen kapcsolatrendszerben valósultak meg. Ennek a kérdésnek a megválaszolása is a több forrásra építő vizsgálat, közöttük is kitüntetetten a projektív eljárások, fontosságát hangsúlyozza. A befolyásolás többféle technikával, különböző szinten valósulhat meg, s eljuthat egészen addig, ami már a gyermek kapcsolatait, a megfelelő érzelmi fejlődését veszélyezteti.

### Más szakértő bevonása

A kóros elmeállapot megítélése nem a klinikai pszichológus feladata, tehát az igazságügyi vonatkozásai is az elmeszakértő kompetenciájába tartozik. A pszichológus szakértő az ilyen irányú kérdések esetén kérheti a kirendelőtől társszakértő bevonását. Ez akkor is igaz, ha a szakértői gyakorlatban viszont az elmeszakértők a kóros állapotok megállapításában rendre igénybe veszik a pszichológusok szakértelmét.

### Javaslat pszichológiai kezelésre

a hazai szakemberek álláspontja eltér a nemzetközi gyakorlattól. A szakértői tevékenység kizárja, hogy egyidejűleg, ugyanannál a személynél pszichoterápiás beavatkozás folytatható legyen. Ha tehát Családterápiás segítség igénybevétele lenne szükséges a gyermek megfelelő fejlődése érdekében, s a szakértő ezt a saját vizsgálati adataiból megállapítja, javaslatot tehet a vizsgált személyeknek, hogy problémájukkal forduljanak családterapeutához.

### A szakértő információs forrásai

A pszichológus szakértő személyes vizsgálat alapján alkotja meg véleményét. Az elrendelő kérdéseire illeszkedik az exploráció és az alkalmazott pszichodiagnosztikai eljárás. Információs forrásként azonban mindenkor fölhasználja az ügyben már rendelkezésre álló adatokat, s ezeket a kikérdezés szempontjainak megválasztásakor föl is használja. A sokszor ellenérdekeltek közül az egyikkel történt beszélgetés

nem szolgáltathatja a másik explorációjának vezérfonalát. Ez az egyenlő távolságtartás, az objektivitás rovására menne.

### A szakértő – tanú

Az igazságügyi pszichológia fejlődésében jelentős változást hozott az a kezdetben szokatlan helyzet, hogy a tekintélyvel működő szakértőknek a bíróság, a felek, ügyvédek előtt kellett a szakértői véleményben foglaltakat megvédeni, hiszen az általuk szolgáltatott adat csak egy volt, a bizonyítékok sorában. Ez serkentette a vizsgálati eszköztár bővítését, javítását, a közös nyelv kialakítására törekvést, s vezetett az igényesen megfogalmazott tudományos témák szaporodásához.

### Kutatás és igazságügyi pszichológia

Az igazságügyi pszichológia területén a kutatások szervesen kapcsolódnak a pszichodiagnosztikai eljárások korszerűsítéséhez, adaptációjához. Nagyszámú szakértői vizsgálat tapasztalatait, és az ezek nyomán kialakított speciális jellegzetességeket Szegedi Márton foglalta össze.

A kriminálpszichológia területén a nyomozásban a pszichológiai profilalkotás, a kihallgatás folyamatában a kognitív interjú alkalmazása (Boros 2002. és 2003. id: Pataky, 2006.) az utóbbi évek kutatásának gyümölcse.

Másik fontos területe a kutatásoknak a resztoratív igazságszolgáltatás, amely alapjaiban változtatja meg az ítékezés gyakorlatát, a sértett és az elkövető további sorsának alakulását.

### Irodalom

- Pataky Ilona (2006): *Igazságügyi Pszichológia*. In: Bagdy Emőke, Klein Sándor (szerk.) *Alkalmazott pszichológia*. Edge 2000 Kiadó Budapest. 271-281. old.
- prof. Szegedi Márton nyomán: Czenner Zsuzsa, Hajnal Ágnes, Pataky Ilona (2005): *Az igazságügyi klinikai pszichológus tevékenységi protokollja*. In: Bagdy E, Túry F. (szerk.) *A klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológia szakmai protokollja*. Grafológiai Intézet Budapest 60-73. old
- Trull TJ, Phares EJ. (2004) *Klinikai Pszichológia* 19. fejezet. *Igazságügyi pszichológia*
- Wrightsman LS, Nietzel MT, Fortune WH. (1998). *Psychology and the legal system (4th ed.)* Pacific Grove, CA: Brooks/Cole

## Új szemlélet vagy új professzió? Az egészségpszichológia és a klinikai pszichológia viszonya

### New approach or new profession? The relation of the Health Psychology and the Clinical Psychology

Bugán Antal

DEOEC Magatartástudományi Intézet

**Kulcsszavak:** egészségpszichológia, professzió, határterület

**Keywords:** health psychology, profession, interdisciplinary-field

A tudományok fejlődésének sajátossága a differenciálódás, a specifikus határterületek kialakulása, az adott tudomány tárgyának differenciáltabb felfogása és leírása. A kiérlelődés folyamata természetesen vitákat foglal magában, amelyek nem mentesek különböző elfogultságokból adódó rivalizációktól sem. Számos példát láthatunk erre a pszichológia – a tudományok területén – relatíve rövid történetében is. Jellemzi ezt az „önállóságra” való törekvés, amelynek „áttételét” az alkalmazott területek differenciálódottságában is felfedezhetjük, amely egzisztenciális mozzanatokat is magukba foglal, foglalhat.

Az egészségpszichológia hazai megjelenésével, a magatartástudományok egyetemi tanszékek szintjén való megszerveződésével, a képzések rendszerének átalakulásával a rivalizációs, egzisztenciális érdekszempontú feszültségek az ebből következő tartalmi félreértések a mindennapi klinikai pszichológiai gyakorlatunkat is érinthetik. Szükséges tehát a gyakorlat, a képzés területén a konceptuális kérdések átgondolása, amely a tartalmi fejlődést segítheti az egészségügyi ellátás területén, az új paradigmatis irányzatok integrálását a klinikai pszichológiai ellátásban. Amennyiben figyelembe vesszük a klinikai pszichológia történeti alakulását, látható, hogy a klasszikus, mentális zavarok esetében döntően intrapszichikus, a normálistól eltérő patológiás folyamatokra koncentrált. A tágabb értelemben az egészségügyi területen alkalmazott pszichológia azonban ennél szélesebb jelenségekört fog át fejlődése folyamatában bővülve.

A klinikai pszichológia mint tudomány és professzionálódott gyakorlat átfogja a személyiség fejlődésére, szerveződésére, az ebből fakadó magatartás adaptív, ill. inadaptív alakulására vonatkozó elméleti és ellátásbeli modelleket. A medicina szemléletének alakulásával integrálta a biopszichoszociális modellt az egészségre, alkalmazkodásra, prevencióra, rehabilitációra, a pszichoterápia és más segítő kapcsolati modellekre vonatkozó tanokat. Mindez egyre inkább kiemeli és szélesebb körben valósítja meg azt a professziót, amely elsősorban pszichiátriai intézményekben folyik, képviselői (orvosok, pszichológusok) itt munkálták ki annak elméletét, gyakorlatát, rangját.

Ez a folyamat vezetett el az egészségpszichológia, mint önálló tudományterület megfogalmazásához az 1970-es évek közepén (Stone elsőként vezeti be az ilyen elnevezéssel egyetemi kurzust az Egyesült Államokban).

Tárgyának, feladatkörének kijelölése és egyben elhatárolása számos értelmezési, egymást átfedő területi bizonytalan-

ságot is mutat. A klinikai pszichológia, orvosi pszichológia, pszichoszomatika, magatartásorvoslás szemléletében és módszertanában sok hasonlóság található.

Az egészségpszichológia meghatározásának alapvető dimenziója az egészség-betegség relációjából indul ki, felöleli a megelőzésben, a gyógyításban és a rehabilitációban alkalmazott ismereteket és pszichológiai gyakorlatot (Kulcsár, 1998)

A legáltalánosabban idézett meghatározás Joseph Matarazóé: „Az egészségpszichológia – pszichológia tudományának speciális oktatói, tudományos és szakmai hozzájárulása az egészségmegőrzés- és fenntartás, a betegségek prevenciója és kezelése, az egészség és a betegség – illetve diszfunkciók etiológiai és diagnosztikus korrelátumainak meghatározása és az egészségügyi rendszer és egészségpolitika formálása terén.” (id. Csabai, 2001)

A klinikai pszichológiából való „kinövés” meghatározó irányai tehát, hogy az egészség-betegség reláció meghatározóját az életmódban, az ahhoz fűződő magatartásban látja. Intervenciói a kedvező egészségmagatartás kialakításához kötődnek, így azok motivációs háttereit igyekszik feltárni. Ennek kapcsán – egyes felfogások szerint – tárgya döntőbb részben a prevencióhoz kötődik, abban kiemelt helyet kap. Az életmód, az egészség-betegség dimenziójához kötött magatartásformák pszichológiai modelljeinek megalkotásában sajátos hangsúlyeltolódás figyelhető meg a pozitív pszichológia felfogásának irányába, amely más keretekbe helyezi a patopszichológiai ismereteket.

Az egészségpszichológia kialakulásának hátterének főbb meghatározói:

- Az életminőséggel való fokozott foglalkozás
- Krónikus betegségek előfordulásának gyakorisága nő
- Az egészséggel és betegséggel kapcsolatos megközelítések változása
- Szemléletváltás, emberkép váltás
- Egészség gondozás emelkedő költségei, alternatív gyógy módok térhódítása

Kiemelt szerephez jut így az egyéni jóllét és a közösségek szerepe, szükségszerűen bevon antropológiai, csoportdinamikai szempontrendszereket is, kevésbé kötődik a klinikai pszichológia pszichopatológiai, inkább betegség központú hagyományos szemléletéhez, de nem nélkülözheti annak ismereteit. Az egészségpszichológia célkitűzésénél fogva népegészségügyi beágyazottságúvá is válik, szinte valamennyi problémakörével összefüggésbe hozható.



- epidemiológiai szempontú, magatartásbeli rizikófaktorokat vizsgál (viselkedéses patogének)
- egészséges életmód kialakulásának kérdései – nevelés, felvilágosítás, egészségfejlesztés
- egészség-betegségre vonatkozó nézetrendszerek feltárása és befolyásolása
- demográfiai tényezők és egészségmegőrzés összefüggései
- az egészség megőrzésére vonatkozó intervenciók kialakításának közösségi, az egészségügy szervezeteit érintő kérdései, döntéshozatal, az együttműködés az orvos-beteg kapcsolat kommunikációs meghatározói

Az egészségpszichológiai megközelítésben kiemelkedik a társas támasz szerepének vizsgálata:

- a társas háló működése az egészségmagatartás, a testi betegségek alakulásában, a depresszió, a szorongás mint meghatározó tényező
- a pszichoszomatikus betegségek genézisének vizsgálata
- a pozitív gondolkodás és a társas támogatottság összefüggése az egészségi állapot kedvező vagy kedvezőtlen alakulásában
- a hosztilitás illetve a megbocsátás képessége a pszichoszomatikus betegségek alakulásában

### **Összefoglalva az egészségpszichológia főbb területeit:**

- **Viselkedéses rizikófaktorok vizsgálata**  
(az egészségi és betegségi állapotok szempontjából veszélyt jelentő tényezők feltárása)
- **Viselkedéses immunogének feltárása**  
(az egészségmegőrzés szempontjából jelentős viselkedéses tényezők feltárása)
- **Az egészséggel és betegséggel kapcsolatos nézetek feltárása**
- **Kommunikáció, döntéshozatal, együttműködés**  
(egészségügyi szakemberek-betegek interakciója; betegek elégedettsége, az orvossal való együttműködés vizsgálata)
- **A kezelés környezete**  
(betegek kórházi kezelése; egészségügyi dolgozók és a munkahelyi környezet viszonya)
- **Krónikus, rokkant és haldokló betegek pszichológiai problémái, betegséggel való megküzdés, társas támasz**

Jelen ismertető nem ad lehetőséget az egészségpszichológia elméleti – gyakorlati modelljeinek tematikusabb ismertetésére. Látnunk kell, hogy mint új diszciplína beépülése megindult a tudományos kutatások területén, az oktatás különböző szintjein és az egészségügyi ellátás területén. Hazai vonatkozásaiban szemléletének széles és meghatározó gyökerei lelhetők fel a pszichoanalitikus pszichoszomatika (Budapesti Iskola), az orvos – beteg kapcsolatának vizsgálata (Bálint Mihály) területén. Az utóbbi időkből megjelent az egyetemi graduális pszichológus képzésekben, az ELTE-n és a Debreceni Egyetemen önálló kurzusok és szakirányok valósultak meg. A bolognai képzési rendszer kapcsán egészségpszichológiai (MSc) mesterképzés indult 2008-ban a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrumán belül, az ELTE-n pedig két éves szakirányú továbbképzés valósult meg. Ezeket megelőzően az orvosi egyetemeken magatartástudományi intézetek alakultak, és képviselik az egészségpszichológiai szemléletet és közvetett módon a gyakorlatot is. Az említett egyetemi intézmények doktori programjaiban számos Ph.D. munka készült és van folyamatban egészségpszichológiai témakörben.

Az egészségpszichológia számos ponton még összefonódik a klinikai – és mentálhigiéniai szakképzés tartalmi kereteivel, szélesítve ezzel a klinikai szakpszichológusok kompetencia körét az egészségügyi ellátásban. Az egészségpszichológiai mesterképzések vagy szakirányok természetesen nem válhatnak ki klinikai – és mentálhigiéniai szakpszichológiai kompetenciákat. A mesterképzési szint megkívánja a négy éves szakképzés ráépítését az önálló szakmai kompetenciák megszerzéséhez. Kívánatos azonban, hogy a klinikai – és mentálhigiéniai szakképzések egyre nagyobb figyelmet fordítsanak az egészségpszichológiai tartalmak integrálására, és ezzel talán a jövőben a szakképzésen belül a felnőtt – és az ifjúsági és gyermek szakirány mellett a jövőben kialakulhat egy egészségpszichológiai szakirány is.

### *Irodalom*

- Csabai Márta: Az egészségpszichológia mint diszciplína. In.: Magatartástudományok szerk. Buda, Kopp. Medicina, 2001.*  
*Kulcsár Zsuzsa: Egészségpszichológia. Tankönyvkiadó, 1998.*  
*Pikó Bettina: Fejlődés, megküzdés és kimenetel. In.: Egészségpszichológia a gyakorlatban szerk. Kállai, Varga, Oláh. Medicina, 2007.*

## A transzperszonális pszichológia távlatai

### Perspectives of Transpersonal Psychology

Bagdy Emőke

Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Tanszék

**Kulcsszavak:** transzperszonalitás, megismerési dimenziók, pszichoterápia

**Keywords:** *transpersonality, cognitive dimensions, psychotherapy*

A „**transzperszonális**” jelzőt Carl Gustav Jung használta először. A fogalom jelentését 1929-ben Rudhyar így határozta meg: „Az interperszonális helyett egy tőle nagyobb kifejező erővel bíró szót kívánunk használni: a transzperszonálisat. Perszonális magatartás, érzelem, gondolat olyasvalami, ami a személyiség önálló és kondicionált formájában gyökerezik. A transzperszonális magatartásforma viszont az emberi lényben univerzális, nem kondicionált, önmagából ered és a személyiséget csak eszközként használja”. A „transzperszonális pszichológia” mint új pszichológiai irányzat a humanisztikus lélektan szellemi kereteiben született meg, kezdetben mozgalomként, majd 1967-től „negyedik erőként”.

Alapító képviselői: Abraham Maslow, Antony Sutich, James Fediman, Viktor Frankl és Stanislav Grof.

#### Az irányzat célja

1. a tudományosan túlhaladott lételméletek és antropológiák felülírása új filozófiával (fundamentálonológia), mely visszakötést kíván szellemi gyökereinkhez (religio). E filozófia állítása szerint a világegyetem dinamikus, holisztikus, interdependens, probabilisztikus és a megfigyelő tudatától elválaszthatatlan (Vaughan, 2001). Az új fizika elvein alapuló jelenségek bevonása a lélektani kutatásokba (Sheldrake: morfikus mezők; morfogenetikus memóriaháló, „pillangó effektus”, „századik majom” effektus stb.).
2. A tudat módosult állapotainak, (extra; szupratudatosság; tudatélmény változtatási technikák) kutatása, tudományos megismerése. Az énkiterjesztés (selfness, self-expansion) lehetőségeinek és neuropszichológiai folyamatainak elemzése.
3. Az ember spirituális dimenziójának visszakötése a lelki jelenségek vizsgálatába és a lelki történések valamint segítő módszerek világába.

A „hagyományos” pszichológia és a transzperszonális közelítés közti különbséget az 1. táblázatban szemléltetjük.

#### A transzperszonális pszichológia előzményei, szellemi gyökerei (vázlatos ismertetésben)

1. **Carl Gustav Jung** (teleológikus rendszer, Selbst/Self fogalom, individuáció, szinkronicitás, archék, archetipusok, szintetikus-konstruktív álomelemzés)
2. **Angyal András** (homonómia, autonómia szükséglet, bioszféra modell, énkiterjesztés)
3. **Humanisztikus lélektan:** Abraham Maslow béta szükségletek, az önaktualizáló és öntranszcendáló ember modellje, perszonális és transzperszonális tengely dinamikája, az ember, mint spiritualitásában kiteljesedő lény. Az egészséges embert az öntranszcendáló és önmegvalósító törekvések helyes aránya, harmóniája jellemzi.

1. táblázat

A „hagyományos” pszichológia és a transzperszonális közelítés közti különbség

Hagyományos	Transzperszonális
Tudatalattira irányul	Tudatfelettire, „kibővült” extra tudat
Dimenziója horizontális	Dimenziója vertikális
Ego központú	Szelf-orientált
Ösztöni, affektív	Szellemi, spirituális
Analitikus	Szintézisre törekvő
Racionális /bal féltekei	Emocionális /jobb féltekei
Molekuláris	Moláris
Racionális gondolkodás	Szimbolikus, analógiás gondolkodás
Technicizmus	Spiritualizmus
Tudomány, ideológiák	Logosz, gnózis

4. **Gordon Allport:** (A fejlődés mint énkiterjesztés, az elidegenedéstől mentes ember, a „hivatás” archetipusa, hivatásszemélyiség)
5. **Viktor Frankl:** logoterápia és egzisztencia-analízis. III. bécsi iskola. Az ember, mint értelemre, az értelem keresésére irányuló lény. Egzisztencia-eszencia, logosz-noosz. Az ember mint transzcendens, transzperszonális, intencionális, önmagán túlmutató célokért küzdő lény. A szenvedés értelme a létezésben. A logoterápia, mint „az értelem-vesztettek, hedonisták, fatalisták, konformisták, fanatikusok gyógyító módszere”.
6. **Erich Fromm:** az ember több, mint természeti lény. Transzcendencia hordozó. Veleszületett /intrinsic/ lelkiismerettel rendelkezik. Alapszükségletei: szabadság, tájékozódási keret, valahová tartozás, szeretet és transzcendencia-szükséglet. (Zen buddhizmus elfogadása).
7. **Fritz Perls:** Gestalt elmélet és holizmus. Az ember és a világ egységet alkot. Az emberi változás: mintázat- alakulás egyazon ősmatérián. A létezés alapkérdése: „itt és most”- „hogyan”? Bátorság, hitelesség, spontaneitás, artikulált tudatosság követelményei.

A transzperszonális lélektani kutatás vezető teoretikusa: **Stanislov Grof**.

LSD és pszichedelikus szerekkel folytatott kutatásaira alapozott, főbb megállapításai:

Az emberi lénynek univerzális, transzkulturálisan azonos, közös alapélményei vannak.

Ezek:

- Születés-halál (Honnan jöttünk, hová tartunk?)
- Elkülönülés-eggyé válás (egyedi-versus társas, individuális versus univerzális)
- Szennvedés, kín, fájdalom, öröm, boldogság. Az érzések polaritás dinamikája

A transzperszonális élmények szociális programozottságunktól független, azokon túli (transzperszonális) dimenziók.

A születés-halál dimenzió közös valóságát a **perinatális élmények hasonlóságai**, szerkezeti, fázisos és élménytartalmi közösségei valószínűsítik. Ezek túlnőnek az individuális születés testi zajlásának keretein. Jelentéssel bíró alapot képeznek egy közös humán élmény rendszerben („COEX mátrix”).

A **COEX mátrix** tartalmi **hierarchikus élmény-síkokat** alkotnak, melyekben közősek:

1. létezési ősidőkre vonatkozó képek, szcénák, történések
2. az emberiség őstörténeti, kultikus képei (jungí archetipusok)
3. individuális korai tapasztalatok (freudí traumatikus élmények, fizikai-szomatikus szenvedésnyomok/
4. a születés lefolyási fázisainak megfeleltethető átélések, valamint
5. extatikus eggyéválási, beleolvadási élmények (unio mystica).

**A transzperszonális pszichológia öt fő spirituális kérdése**

1. Mit jelent számomra emberi lénynek lenni?
2. Ki vagyok én/önmagam előtt és számotokra?
3. Mivégre élek, mi a célja, értelme, jelentése az életemnek?
4. Honnan jöttem, hová tartok, milyen kapcsolatban állok a kozmoszsal, emberiséggel, szerettemmel?
5. Mi a felelősségem az életben, hogyan tehetném a világot egészségesebbé?

**A válaszkérésben szerepet játszó tényezők**

1. Felelősségvállalás (pl. fizikai és szellemi környezet tisztaságáért, kapcsolatainkért).  
Ökológiai érzékenység)
2. Morális érzékenység, etika (Schweizer: az élet mindenekfeletti védelme és szolgálata.) Frankl etikai tézisei: „Ha én nem teszem, ki tegye?  
Ha nem most teszem, mikor?  
Ha nem teszem, akkor ki vagyok én?”
3. Feladat-tudat, „szolgálat”, a személyes érdekeken túl, másokért. Altruizmus követelménye.
4. Extra tudati erők bevonása. Különleges tudatélmények, csúcselmények, extázis, transz, katartikus technikák, az ASC (Altered States Consciousness) állapotok felhasználása, transzmutáció, belső utak, meditatív, imaginatív és relaxációs módszerek alkalmazása/

**A spirituális önsegítő csoportok jellemzői**

- Tiszta profilúak, azonos bajban szenvedők és gyógyultak anonim csoportjai (alkohol; drog, daganatos betegek, fogyatékkal élők)
- Self management munka: „talpraállás”, szolgálat (egy felsőbb erő közös elfogadása a lelki munka alapja)

**Tizenkét lépés a gyógyulás útján**

1. Tagadás helyett bevállalás, hogy a betegség erősebb, alulmaradt az ember.
2. A változás lehetőségének reményét felkelteni.
3. Elfogadni, hogy csak a küzdelem lehetséges.
4. Félelem-mentes morális leltárkészítés, plusz diéta, mozgás, pihenés.
5. Megszabadulni a büntudati félelemtől megbocsátással.
6. Szembenézés a jellemhibákkal.
7. Alázat gyakorlása.
- 8-9. Önképleltár alapján jóvátételi feladatok.
10. Napi önvizsgálat, az „itt és most” legteljesebb átélésének gyakorlása.
11. Dezidentifikáció: megszüntetni a korábbi hibás meggyőződésekkel való azonosság-vállalást, elkötdődni tőlük és új spirituális foglalatosságok (pl. meditációk) felépítése.
12. Spirituális öntudatra ébredés (transzmutáció) és szolgálat (segíteni másnak, aki még az „Út” elején van, vagy rá sem talált).

A transzperszonális pszichológia **specifikus szolgálati tevétele az életközépi válságok gondozása**.

Az élet delének (40 éves kor körüli időnek) pszichikai feladatai:

1. integráljuk lényünk feminin és maskulin vonásait (dualitás-béke); alkotóképes énünket a sötét belső (tudattalan) destruktív erővel és külső destruktivitással
2. megvalósítsuk a halállal számot vető énünk és halhatatlansági vágyunk kiegyezését
3. összebékítsük higgadtabb, bölcsőbb és tapasztaltabb önmagunkat az ifjú lelkesedővel
4. végül megpróbáljunk a „magaslatról körülnézve” új célokat és értelmet találni az életünkben (Elliot Jacques, 2000)

Az életközépi válság a perszonális dimenzió krízise, a transzperszonális dimenzióval történő szükségyszerű szembe-sülés, az élet értelmének megkérdőjelezése. („Hová vezet mindez, mívégre élek, van ennek valami magasabb értelme? Létezik-e valami, ami több és nagyobb, mint mi magunk?”). A válaszhoz újraorientálódás, új optika megtalálása (reframing) szükséges (Vargiu, Firman. 1990).

**Az egzisztenciális krízis megoldási (kimeneti) útjai**

1. A perszonális dimenzió győzelme (a másokra irányuló hatalom tovább növelése, anyagi értékek gyarapítása);
2. „magasabb önmagunk”-hoz közelebb kerülés, a transzperszonális dimenzió győzelme és
3. Eredménytelenség, pangó feszültség, reménytelenség, öndestruktívva forduló belső erők .

**A krízisből szabadulás utjai (típusok)**

1. a változásnak ellenállók, tagadással védekezők.;
2. az ifjúságkeresők, annullációval védekezők, kapuzárási pánikkal reagálók (visszamenekülés az ifjúságba);
3. a szomatizálók, konverzióval fordítják át lelki bajaikat testbe;
4. az öntökéletesítők viharos és túlzó aktivitással hajszoják az ifjúság látszatát;
5. az önrombolók, acting outtal kergetik magukat a drog, alkohol és életveszélyek felé;
6. a kétségbeesésben maradók, regresszióval és depresszióval ragadnak bele az elviselhetetlen veszteségekbe (Viorst, 2000).

A transzperszonális pszichológia **klinikai alkalmazási területei** mindazok, amelyeket a hagyományos segítő gyakorlat nem preferál: a deklasszálódottak, munkanélküli depressziósok, hajléktalanok, alkoholisták, drogosok, súlyos krónikus betegek, dializáltak, gyógyíthatatlan betegek a terminális fázisban, többszörös szuicidok, börtönviseltek reintegrációs kudarcokkal stb.

**Az irányzat jelentősége:** kiegyenlítő szerepet tölt be; el-lensúly, korunk globalizálódott, fogyasztói szellemiségű, eldo-logiasodott világában a perszonális törekvések túlsúlyával szemben, a materiális értékek és a hedonizmus hatalmával szemben. Bizonyítja, hogy az öntranszcendáló ember képes magasa-bb rendű copingokkal való életküzdelemre, az élet értelmé-nek fellelésére, képesebbé válik a „felülemelkedésre” élethit-re és reménységre, így nagyobb esélye lehet a egészségesebb, küzdőképesebb, boldogabb életre.

**Irodalom**

Bagdy E. (1996): *A transzperszonális pszichológia horizontja. Pszichoterápia, 5.évf. 79-87.*  
 Maslow AH, Assagioli R, Wilber K. (2006): *Bevezetés a transz-perszonális pszichológiába. Ursus Libris. Budapest.*  
 Walach H. (2009): *Transpersonal Psychology. Univ. of Nort-hampton, /harald. (In Press)*

MEMORIX  
**Sürgős  
 esetek  
 ellátása**  
 Sönke Müller  
 Semmelweis Kiadó

Kovács Zsombor  
**EGÉSZSÉGÜGYI  
 JOG**  
 Semmelweis Kiadó

Orvosi  
 felelősség  
 Székely Péter  
 Semmelweis Kiadó

**www.semmelweiskiado.hu**  
 internet könyvruház  
 210-4408  
 info@semmelweiskiado.hu



# ORVOSKÉPZÉS

A graduális és posztgraduális képzés folyóirata

## M E G R E N D E L Ő L A P

Az ORVOSKÉPZÉS folyóirat megjelenik évi négy alkalommal

- ▶ az egyes számok ára **1470 Ft**
- ▶ az éves előfizetés ára 5880 Ft helyett, egyösszegű befizetés esetén **5200 Ft**
- ▶ A tervezett különszámokról mindig előre tájékoztatjuk az előfizetőket, amelyeket egyedileg megrendelhet.  
A különszámok ára **3000 Ft**

Áraink az 5% áfát és a postaköltséget is tartalmazzák!

✂ .....

### M E G R E N D E L E M A Z O R V O S K É P Z É S C . F O L Y Ó I R A T O T

2009. év 1. negyedév     2009. év 2. negyedév     2009. év 3. negyedév     2009. év 4. negyedév

**Kedvezményes éves előfizetés 2009-es évre**

#### KÉZBESÍTÉSI ADATOK

Cég neve: .....

Irányítószáma   

Település .....

Telefonszám          ;    Fax:   

E-mail cím .....

#### SZÁMLÁZÁSI ADATOK (amennyiben eltér a kézbesítési adatoktól)

Cég neve: .....

Irányítószáma   

Település .....

#### KAPCSOLATTARTÓ SZEMÉLY ADATAI / HÍRLEVELET KÉREK

Neve: .....

Telefonszám          ;    Fax:   

E-mail cím .....

#### FIZETÉSI MÓD

Csekkel fizetek     Átutalással fizetek     Készpénzzel/Bankkártyával fizetek a kiadóban

Megrendelését a csekk, ill. a számla kiküldésével igazoljuk vissza. Amennyiben az előfizetési díj megjelenik a hónap 20-áig a számlánkon, Ön a következő negyedév, ill. teljes év elsejétől előfizetője az ORVOSKÉPZÉSnek. Ha kérdése vagy esetleg problémája van az előfizetéssel kapcsolatban, forduljon a terjesztésért felelős kollégánkhoz, telefonon: 06 1 215-1401, illetve e-mail-címen: kovver@net.sote.hu

Postai megrendelés címe:    SEMMELWEIS KIADÓ / ORVOSKÉPZÉS, 1089 Budapest, Nagyvárad tér 4.  
Telefonon történő megrendelés:    215-1401  
Faxon történő megrendelés:    210-1904, 459-1500/56471  
On-line megrendelés:    info@semmelweiskiado.hu, illetve orvoskepzes@semmelweiskiado.hu  
Honlap:    http://www.semmelweiskiado.hu/orvoskepzes/  
Korlátozott példányszámban megvásárolható a folyóirat a Legendus könyvesboltban:  
1089 Semmelweis Egyetem, NET, Nagyvárad tér 4.