

ORVOS-

KÉPZÉS



Klinikai pszichológia

neuropszichológia – kognitív terápia: standard és sémaközpontú módszerek – borderline személyiségzavar – öngyilkossági veszélyeztetettség – resztoratív igazságszolgáltatás – fájdalomszindróma – onkopszichológia – kötődésemélet – 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, 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, Sóttonyi Péter, Szendrői Miklós, Szirmai Imre, Szollár Lajos, Telegdy Gyula, Tompa Anna, Tóth Miklós, Tulassay Zsolt, Tulassay Tivadar, Vasas Livia, 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 másolásához, ismételt megjelentetéséhez a szerkesztőség hozzájárulása szükséges.

ORVOSKÉPZÉS

A graduális és posztgraduális képzés folyóirata
Alapítva 1911-ben
Különszám
2010; LXXXV. évfolyam,
S4:337-400.

Orvosképzés Szerkesztőség:
1086 Budapest, Nagyvárad tér 4.

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

Szerkesztő:

VINCZE JUDIT
vincze.judit@mail.datanet.hu

Kiadásért felel:

TÁNCOS LÁSZLÓ
tancos@mail.datanet.hu

Hirdetésszervező:

KOVÁCS VERONIKA
Telefon: 215-1401, 06 20/ 221-5265
kovver@net.sote.hu

Nyomdai előállítás:

Avaloni Kft.

ISSN 0030-6037



Semmelweis Kiadó
www.semmelweiskiado.hu



ORVOSKÉPZÉS

A graduális és posztgraduális
képzés folyóirata
alapítva 1911-ben
Különszám
2010; LXXXV. évfolyam,
S4:337-400.

Az
ORVOSKÉPZÉS
folyóirat
megrendelésével kapcsolatos
információ a lap végén olvasható!

Klinikai pszichológiai Kötelező Szinten Tartó Továbbképző Tanfolyam

International Business School (IBS)

(1021 Budapest, Tárogató út 2-4.)

2010. április 19–22.

SZERVEZŐ

Semmelweis Egyetem
Általános Orvostudományi Kar
Klinikai Pszichológia Tanszék
1083 Budapest, Tömő utca 25-29.
Tel: 459-1493
Email: klinpszicho@kpt.sote.hu

A KIADVÁNYT SZERKESZTETTE

Dr. Perczel Forintos Dóra, PhD
tanszékvezető, habil. egyetemi docens
Semmelweis Egyetem
Általános Orvostudományi Kar,
Klinikai Pszichológia Tanszék

A TOVÁBBKÉPZÉS TITKÁRA

Dr. Szombath Dezső
Semmelweis Egyetem, Továbbképzési Központ



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

Kedves Kollégák!

Tisztelettel köszöntök mindenkit, aki ebben a továbbképzési ciklusban részt vesz a Semmelweis Egyetem második, egyben utolsó klinikai pszichológiai szinten tartó tanfolyamán. A tavalyi tanfolyam nagy sikere után igyekeztünk hasonlóan magas szintű képzést szervezni, ismét az új, bizonyítékokon alapuló, hatékony módszerek bemutatásának jegyében. 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, tájékoztatás a szakterület új fejlődési irányairól. Végül, de nem utolsósorban a tanfolyam lehetőséget nyújt tartalmas szakmai megbeszélésekre, kollégákkal való találkozásra és termékeny eszmecserékre, saját magunk mentálhigiénés gondozására.

A klinikai pszichológiában az elmúlt húsz évben kétirányú változásnak lehetünk szemtanúi. Egyrészt hazánkban az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet bezárásával számos szakember vesztette 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 elsősorban az angolszász országokban, hatékony kezelési formákat keresve részben az emberi személyiségről alkotott tudásunk fejlődése következtében, részben a pszichofarmakok gyakran nehezen tolerálható mellékhatásainak alternatívájaként. Intenzíven fejlődik a neuropszichológia, a kognitív pszichológia és idegtudomány, ezen belül például a csecsemőkutatások vagy memóriakutatások területe. Az emlékezet-kutatások eredményei hozzásegítenek bennünket például a traumák, a súlyos rekurrens depresszió vagy a pszichotikus élményfeldolgozás jobb megértéséhez és hatékonyabb kezeléséhez.

A klinikai pszichológia kompetenciája rendkívül kiszélesedett, a pszichiátriai osztályos (főleg diagnosztikai) munka és a pszichoterápiás tevékenység mellett a szomatikus orvoslás területén is egyre inkább felismerik szerepét a fájdalommal, a súlyos betegségekkel (onkológia, kardiológia, intenzív osztály) való megbirkózásban és a kezeléssel való együttműködésben. Szakmai minimumfeltételek írják elő klinikai pszichológus alkalmazását vagy legalábbis elérhetőségét a neurológiában, kardiológiában, belgyógyászatban, bőrgyógyászatban, a rehabilitációban, hogy csak a legfontosabbakat említsük.

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.

Jó tanulást és tartalmas találkozásokat kívánva,

2010. február 25.

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 orvoskollégák 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 szerkesztői bizottság 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 dokumentumunk 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 latinus 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 stílusról javítási jogát. A mértékegységeket SI mértérendszerben kérjük megadni.

A kézirat felépítése a következő: (1) címlap, (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 címlaptól kezdve kell megadni és az egyes felsorolt tételeket külön lapon kell kezdeni.

(1) A *címlapon* 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 történjék. 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 közlési 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 kézírathoz 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 cikke: 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 sorszámát 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, felhasználható 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 megjelent kéziratok megőrzésére szerkesztőségünk nem tud vállalkozni.

A kéziratok benyújtását a következő címre várjuk:

Dr. Széld 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

2010. ÁPRILIS 19. HÉTFŐ

ÜLÉSELNÖK: DR. PERCZEL FORINTOS DÓRA

10:00 – 10:15	<i>Dr. Perczel Forintos Dóra</i>	Megnyitó	
10:15 – 11:45	<i>Racsmany Mihály PhD</i> Kognitív Tudományi Tanszék, BME; Pszichológia Intézet, SZTE	Modern neuropszichológiai vizsgálómódszerek a klinikumban: Az emlékezet zavarai és diagnosztikája <i>Modern assessment methods in clinical neuropsychology. Memory deficits and their assessment</i>	343. oldal
12:00 – 12:45	<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 <i>New Ways in Psychodiagnosis: the Importance of Controlled Practice in the Treatment Process</i>	345. oldal
13:00 – 13:45	<i>Demetrovics Zsolt</i> Eötvös Loránd Tudományegyetem Addiktológiai Tanszéki Szakcsoport	Korszerű mérőmódszerek az addiktológiában <i>Assessment of addictive behaviors</i>	349. oldal
13:45 – 14:30 Ebédszünet			
14:30 – 15:15	<i>Dr. Pataky Ilona</i> PPKE BTK Pszichológia Intézet	Klinikai pszichológia alkalmazása az igazságügyben <i>The role of the clinical psychology in the field of Forensic Psychology</i>	352. oldal
15:30 – 17:00	<i>Prof. Dr. Bagdy Emőke</i> Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Tanszék	A transzperszonális pszichológia távlatai <i>Perspectives of Transpersonal Psychology</i>	355. oldal

2010. ÁPRILIS 20. KEDD

ÜLÉSELNÖK: DR. RISKÓ ÁGNES

9:00 – 10:30	<i>Dr. Perczel Forintos Dóra</i> Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia	Kognitív pszichoterápia alkalmazása a személyiségzavarok kezelésében <i>Cognitive Psychotherapy in the Treatment of Personality Disorders</i>	358. oldal
11:00 – 11:45	<i>Negrea Vídia</i> Közösségi Szolgáltatások Alapítványa Magyarország	A resztoratív konfliktuskezelés alapjai <i>The basics of Restorative Justice's philosophy</i>	365. oldal
12:00 – 12:30	<i>Dr. Szombath Dezső</i> Semmelweis Egyetem, Továbbképzési Központ	Semmelweis Egyetem Továbbképzési Központ tájékoztatója a vizsgáról	
12:30 – 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 <i>Diagnostic Procedures and Treatment of Chronic Pain Syndromes</i>	367. oldal
15:15 – 16:00	<i>Dr. Riskó Ágnes</i> Országos Onkológiai Intézet, Budapest	Daganatos betegek pszichoterápiás megsegítése („A Damoklész kardja” pszichológiai kezelése) <i>Psychotherapeutic support of cancer patients (psychological treatment of „Damocles sword” symptoms)</i>	371. oldal

2010. ÁPRILIS 21. SZERDA

ÜLÉSELNÖK: DR. CZENNER ZSUZSA

09:00 – 10:30	Dr. Hámori Eszter Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Pszichológiai Intézet	Klinikai zavarok és mentalizációs deficit – A kötődéseméleti perspektíva II. <i>Clinical disorders and deficits of mentalization – The Attachment Theory Perspective II.</i>	374. oldal
10:45 – 12:15	Dr. Nagy Péter Vadaskert Kórház és Szakambulancia	Gyermekkori depresszió és szorongásos zavarok pszichoterápiája <i>Psychotherapy of childhood depression and anxiety disorders</i>	379. oldal
12:15 – 13:00 Ebédszünet			
13:00 – 13:45	Dr. László Zsuzsa Fimota Központ	Az ADHD kezelése gyerek- és felnőttkorban <i>Treatment of ADHD for children and adults</i>	380. oldal
14:00 – 15:30	Dr. Kovács József Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Bioetika Részleg	Etikai kérdések a klinikai pszichológiában és a pszichoterápiában <i>Ethical questions in clinical psychology and psychotherapy</i>	384. oldal

2010. ÁPRILIS 22. CSÜTÖTÖK

ÜLÉSELNÖK: DR. PERCZEL FORINTOS DÓRA

9:00 – 9:45	Dr. Hoyer Mária Semmelweis Egyetem Egészségtudományi Kar, Alkalmazott Pszichológia Tanszék	Klinikai pszichológia alkalmazása az addiktológiában. Legújabb eredmények <i>Applying the Clinical Psychology in the Addictological Recovery Programs. Gender Aspects</i>	387. oldal
10:00 – 10:45	Dr. Mórótz Kenéz EU-TEAM HUMÁN Bt.	A patológiás játékszenvedély és a kényszeres hajtépegetés kognitív viselkedésterápiája <i>Cognitive Behaviour Therapy of Pathological Gambling and Trichotillomania</i>	392. oldal
11:00 – 11:45	Dr. Perczel Forintos Dóra Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia	Az öngyilkossági veszélyeztetettség pszichés háttértényezői és a problémamegoldó képességek zavara <i>Suicide Danger: Psychological Background and Problem Solving Deficits</i>	394. oldal
11:45 – 12:30 Ebédszünet			
12:30 – 14:00	Dr. Németh Rita Semmelweis Egyetem ÁOK, Igazságügyi- és Biztosítás-orvostani Intézet	„Most mit kell tennem? Joga van hozzá?” – Jogok és kötelezettségek a klinikai szakpszichológusi munkában a jogász-pszichológus szemével <i>“What should I do? Is s/he entitled...?” – The rights and obligations of the clinical psychologist according to the law</i>	397. old.
14:00 – 14:30	Dr. Perczel Forintos Dóra	Zárszó	

Modern neuropszichológiai vizsgálómódszerek a klinikumban: Az emlékezet zavarai és diagnosztikája

Modern assessment methods in clinical neuropsychology. Memory deficits and their assessment

Racsomány Mihály

Kognitív Tudományi Tanszék, BME; Pszichológia Intézet, SZTE

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 rendkívül változatosak, és az eltérő típusú zavarok háttérben más és más idegrendszeri területek károsodása áll. A memóriarendszert számos különböző szempont alapján osztályozhatjuk. Az organikus zavarok mellett egy sor pszichiátriai kórforma kognitív profiljának is vezető tünete az emlékezet és a kontrollfolyamatok 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. Hogyan sajátítunk el új, komplex információkat? A Rivermead Viselkedéses Memória Teszt (Rivermead Behavioural Memory Test – RBMT)

Az RBMT (Wilson et al, 1985; magyar változat Racsomány és mtsai, 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 terapeutáknak, 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 és Kónya, 1998), számos tanulmány adott közre klinikai adatokat, de a teljes magyar normatív adatbázis még nem került közlésre.

1.2. Felismerési és felidézési képesség vizsgálata: 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. A tér emlékezete: 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 feladatokat 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 szolgáltat. 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. Hogyan emlékszünk életünk eseményeire? Önéletrajzi Emlékezeti Interjú (The Autobiographical Memory Interview – AMI)

Az AMI-t az önéletrajzi emlékek felidézésében előforduló időgrádienssel 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 információ-fenntartással kapcsolatban a következő alapvető kérdéseket kell tisztázni:

1. Milyen modalitásokra terjed ki a kapacitás csökkenése?
2. Eltérő színvonalon károsodott-e az átmeneti verbális, a téri, és a vizuális memória?
3. Milyen a viszony az átmeneti memóriarendszerek 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 vizsgálómódszerévé (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 fellelhető 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 Wisconsin Kártyaválogatási Teszt (*Heaton és mtsai*, 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 variálnak. A vizsgálati személy előtt négy mintakártya van, és ezekhez kell megfelelő szabály szerint az összes kártyát csoportosítani. A 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 rájönnie. 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)

A Iowa Szerencsejáték Feladat (*Bechara és mtsai, 1997*) a jutalom- és büntetésérzékenység nemzetközileg legismertebb diagnosztikai eszköze. A vizsgálati személy előtt négy kártyacsomag fekszik, amelyekből két csomag nagy lehetséges nyeresémet, de ritka jelentős veszteséget, míg a másik két csomag kisebb nyereseményeket, ugyanakkor mérsékelt veszteséget tartalmaz. A választási stra-

tégiák 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 betegek 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. (2008) *Amnézia*. In: Kállai, J, Bende, I, Karádi, K, Racsomány, M. (Szerk.) *Bevezetés a neuropszichológiába*. Medicina Kiadó, Budapest, 249-287.
- 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 Viselkedés 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.

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 süríti 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 esetta-

nulmányok sorába illeszkedik, amelyben a szerzők részletesen beszámolnak a páciens életéről, tüneteiről, az alkalmazott kezeléssel 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 csoportos, 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 jelentetnek 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 pá-

ciens 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.

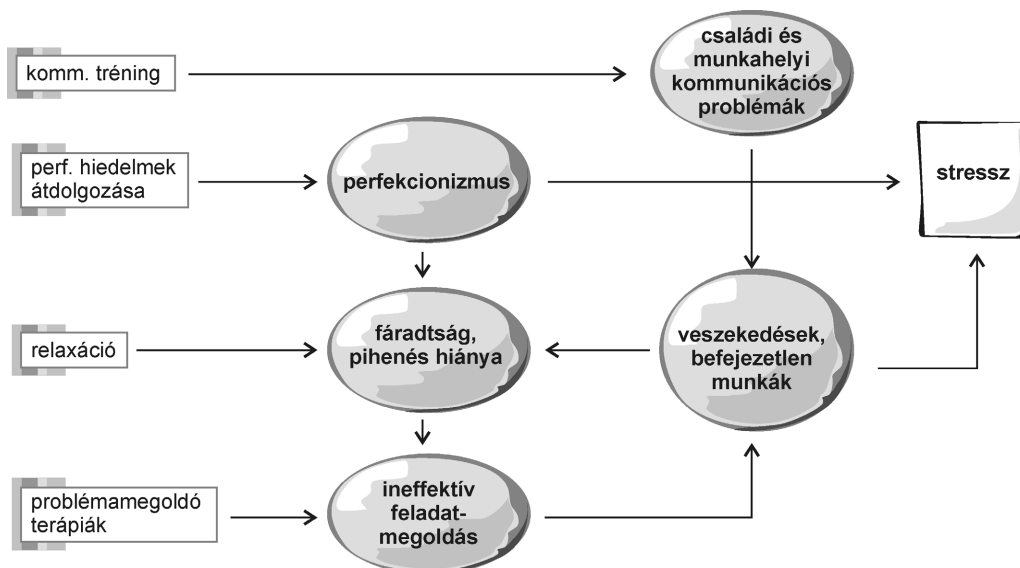
Ezzel egybehangzóan az egyik tankönyv (Szőnyi és Füredi, 2000, 2008) is úgy fogalmaz, hogy a pszichoterápia

1. tudatos és megtervezett interakciós folyamat, a magatartási zavarok és pszichés problémák befolyásolására,
2. ahol 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 követi és ellenőrzi a pszichoterápia folyamatát és eredményét. Az ellenőrzött gyakorlatban a terápiás terv egymásra épülő lépéseinél objektív eszközökkel (kérdőívek, megfigyelés) mérik fel a változás jellegét vagy mértékét. Adatgyűjtés és dokumentáció azt jelenti, hogy a mo-

dellben 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.



1. ábra

Terápiás célok és intervenciós technikák megfeleltetése (Perczel Forintos és mtsai, 2008)

- 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 (Perczel Forintos és mtsai, 2008)

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 problémaelemzés 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 a 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 ez által 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) 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 (lásd 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 becslőskálák a klinikai pszichológiában*. Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet, Budapest.
- 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.

Korszerű mérőmódszerek az addiktológiában

Assessment of addictive behaviors

Demetrovics Zsolt

Eötvös Loránd Tudományegyetem Addiktológiai Tanszéki Szakcsoport

Kulcsszavak: mérőmódszerek, addiktológia, pszichoaktív szerhasználat

Keywords: assessment, addictions, psychoactive substance use

Az elmúlt évtizedekben a mérőmódszerek jelentős mértékű elszaporodásának leltünk tanúi; általában a pszichológiában, de szűkebben a klinikai pszichológia és az addiktológia területén is. Egyre növekvő igényként jelentkezett, jelentkezik, hogy – lehetőleg minél gyorsabb eljárások révén – minél pontosabb, differenciáltabb képet kapjunk egy-egy zavarról, annak jellemző tüneteiről vagy háttérdimenzióiról.

A különböző mérőmódszerek nagyszámú felbukkanása azonban nem csak egyszerűsíti a klinikai pszichológus munkáját, hiszen az eszközök széles körű rendelkezésre állása mellett, külön feladatot jelent a rengeteg kérdőív, teszt vagy diagnosztikus módszer közötti eligazodás. Gyakran ugyanazon zavar feltáráshoz, tüneti képének a leírásához kettő-három, de akár öt-hat vagy még több kérdőív, interjúmódszer vagy teszt áll rendelkezésünkre, s nem könnyű eldönteni, hogy melyik eszköz illeszkedik leginkább a szükségleteinkhez, s rendelkezik egyúttal megbízható és megnyugtató pszichometriai jellemzőkkel.

A következőkben, néhány, az addiktológia területén használt mérőeszközt ismertetek, röviden bemutatva ezek alkalmazási területét és lehetőségét. Az áttekintés szükségszerűen nem teljes körű, a kiválasztásban három fő szempontot vettem figyelembe. Olyan mérőeszközök bemutatására törekszem, amelyek (1) nemzetközi viszonylatban széles körű használatban vannak, azaz alkalmasságuk kiállt egyfajta gyakorlati próbát. Továbbá, amelyek (2) pszichometriai mutatói – különböző mintákon és alkalmazásokban – megfelelő megbízhatóságot (reliabilitást) és érvényességet (validitást) mutatnak, azaz pszichometriai szempontból megfelelőnek tekinthetők; illetve, amelyek (3) magyar nyelven is elérhetők és ideális esetben az első két pontnak hazai populáción történt alkalmazásuk szempontjából is megfelelnek.

A mérőeszközök bemutatása előtt mindazonáltal érdemes számba venni azokat a fő szempontokat is, amelyek mentén az eszköz alkalmasságát, megfelelőségét vizsgálhatjuk. Az alkalmasságnak két fő dimenziója lehet. Meg kell vizsgálnunk, hogy a mérőeszköz megfelel-e az ilyen jellegű eszközökkel szemben támasztott alapvető kritériumoknak egyrészt, illetve harmonizál-e a mi konkrét céljainkkal, elvárásainkkal és lehetőségeinkkel. Ezen szempontok mentén tudjuk eldönteni, hogy a rendelkezésre álló kínálatból, melyik eszközt alkalmazzuk. Előbbi kritérium alapvetően pszichometriai kívánalmakat jelent, míg utóbbi olyan tartalmi és technikai szempontokat, amelyek már nem általánosságban minősítenek egy eszközt, hanem a mi törekvéseink szempontjából értékelik azt.

Pszichometriai kívánalmak

A pszichometriai kívánalmak két fő területét a mérőeszköz megfelelő *érvényessége és megbízhatósága* jelenti. Az érvényesség (validitás) arra vonatkozik, hogy a mérőeszköz valóban azt méri-e, amire létrehozták. Az érvényesség leggyakrabban használt három mutatója a (1) tartalmi, a (2) kritérium és a (3) konstrukum validitás. A *tartalmi validitás* arra utal, hogy a mérőeszköz tételei megfelelően fedik-e a vizsgálni kívánt jelenséget. A *kritériumvaliditás* azt mutatja, hogy az eszköz megfelelő kapcsolatban van-e a vizsgált jelenség más külső megnyilvánulásával. Míg a *konstrukumvaliditás* az elméleti modellel való kapcsolat megfelelőségét vizsgálja. A megbízhatóság (reliabilitás) a mérőeszköz megbízható, azaz pontos és következetes mérési tulajdonságát hivatott ellenőrizni. A reliabilitásnak három alapvető típusát különböztetjük meg. Ezek a (1) belső konzisztencia, az (2) időbeli stabilitás és a (3) pontozói együttjárás. A belső konzisztencia esetében elvárás, hogy a skálákat és alszálakat képező tételek megfelelő mértékben összefüggjenek egymással. Az *időbeli stabilitásnál, illetve a pontozói együttjárásnál* (inter-rater megbízhatóság) pedig azt várjuk, hogy a mérőeszköz különböző időkben, illetve különböző értékelők által történő alkalmazása nem mutasson számottevő variabilitást (részletesen lásd *Rózsa, 2009*).

Tartalmi és technikai szempontok

A céljainknak leginkább megfelelő mérőeszköz kiválasztásához mind tartalmi, mind technikai szempontból érdemes megvizsgálni a potenciálisan felmerülő eszközök körét. Fontos szempont lehet, hogy míg egyes eszközök kifejezetten kutatásra készültek, addig másoknál a klinikai alkalmazhatóság volt az elsődleges cél, de számos módszer mindkét helyzetben egyaránt sikerrel alkalmazható. Meg kell vizsgálnunk az egyes mérőeszközök tartalmát, azaz, hogy milyen módon operacionalizálták a vizsgálandó jelenséget, mennyire fedí le annak egészét, esetlegesen csak egyes területeit, hány faktort, milyen aspektusokat vizsgál a mérőeszköz. Az egyes eszközök e tekintetben nem feltétlenül minőségükben jobbak vagy rosszabbak egymásnál, inkább az a kérdés, hogy a felhasználó céljához mi illeszkedik inkább. További, technikai jellegű különbséget jelenthet, hogy önkitöltősen vagy interjúhelyzetben lehet-e alkalmazni az eszközt, illetve, hogy papír-ceruza alapú kérdőívről van-e szó, rendelkezésre áll-e számítógépes alkalmazás, szükség van-e speciális eszköz-

zókra, tesztekre. Mindezek, s néhány további szempont vizsgálata fontos ahhoz, hogy a céljainkhoz, valamint a lehetőségeinkhez leginkább illeszkedő mérőeszközt válasszunk.

A szerhasználat szűrése

Az egyes addiktológia problémák legalapvetőbb, s egyben többnyire legegyszerűbb felmérési módja a szűrés. A szűrés alapvetően arra szolgál, hogy egy adott addiktológiai probléma vonatkozásában felismerjük a magas kockázatú vagy már problémásnak mondható csoportokat, személyeket annak érdekében, hogy később alaposabb vizsgálatnak, pontos diagnózisnak, helyzetfelmérésnek vessük őket alá.

Az alkoholprobléma vonatkozásában a legegyszerűbb ilyen mérőeszköz a *CAGE-skála* (Ewing, 1984). A négy, egyszerű, igen-nem eldöntendő kérdést tartalmazó kérdőív gyors szűrési lehetőséget biztosít. Egy igen válasz az alkoholprobléma gyanúját veti fel, míg kettő vagy több igen válasz valószínűsíti az alkoholizmus diagnózisát. A skála mindazonáltal nem szolgál diagnosztikus eredménnyel, pusztán a további vizsgálatok indikációja szempontjából bír klinikai jelentőséggel. A megfelelő validitással és reliabilitással bíró *CAGE-skálának* magyar változata is rendelkezésre áll (Gerevich és mtsai, 2006).

Valamivel hosszabb, tíz tételes kérdőív az *Alkoholhasználat Zavarainak Szűrőtesztje* (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT) (Babor és mtsai, 2001). Az AUDIT három, az alkoholproblémákkal kapcsolatos területet mér, a *kockázatos alkoholfogyasztást* (1-3. tétel), az *alkoholfüggőséget* (4-7. tétel) és az *alkoholfogyasztással kapcsolatos ártalmakat* (8-10. tétel). A skálán összességében 40 pont érhető el, s 8 ponttól javasolt valamilyen intervenció (tanácsadás vagy további monitorozás), míg 20 vagy annál több pont esetén diagnosztizálás és kezelés. A kérdőív megfelelő validitással és reliabilitással bíró magyar változata elérhető (Gerevich és mtsai, 2006).

Kevesbé elterjedt, hazánkban nem validált eszköz a *Michigan Alkoholizmus Szűrőkérdőív* (Michigan Alcoholism Screening Test, MAST) (Selzer, 1971). Szintén kevésbé elterjedt eszköz, amelyről hazai adatokkal nem rendelkezünk a *Droghasználat Szűrőkérdőív* (Drug Abuse Screening Test, DAST), amelynek különböző hosszúságú változatai is léteznek (Bohn és mtsai, 1991; Skinner, 1982).

Több, specifikusan a kannabiszhasználat súlyosságának a szűrésére kidolgozott kérdőívnek készült magyar változata, amelyek pszichometriai vizsgálata jelenleg van folyamatban (Demetrovics, 2010). Ilyen eszköz a *Kannabisz Használat Szűrőkérdőív* (Cannabis Abuse Screening Test, CAST) (Legleye és mtsai, 2007) vagy a Gossop és mtsai (1995) által kidolgozott *Droghasználat Súlyossága Skála* (Severity of Dependence Scale, SDS), amely különböző szerhasználati formák vagy akár általában a drogfüggőség szűrésére is alkalmas, de elsősorban a kannabiszhasználat vonatkozásában került alkalmazásra. A *Kannabiszhasználat Zavarainak Szűrőtesztje* (Cannabis Use Disorders Identification Test, CUDIT) (Adamson és

Sellman, 2003) az AUDIT mintájára elkészített 10 tételes eszköz, amely kérdőíves felmérések és a klinikai munka során egyaránt jól alkalmazható. Végül az M-CIDI elnevezésű kérdőív a BNO abúzus és dependencia diagnózisokat fordítja át önkitöltős kérdőíves formátumra a kannabiszra vonatkoztatva (Lachner és mtsai, 1998).

Az addikció súlyosságának mérése

Bár az előzőekben bemutatott eszközök is tesznek becslést az addikció súlyosságára vonatkozóan, elsődleges céljuk azonban mégis inkább a gyors szűrés. Ezek az eszközök, már csak rövidségüknek fogva sem képesek differenciált, pontos és valid diagnosztikus értékkel bírni képet adni a szerhasználatról. Utóbbi kritériumnak a droghasználat, drogfüggőség viszonylatában elsősorban az *Addikció Súlyossági Index* (Addiction Severity Index, ASI) felel meg. A Thomas McLellan és munkacsoportja (1980, 1992) által kidolgozott, magyar alkalmazásra is adaptált (Gerevich és mtsai, 2001; Rácz és mtsai, 2002) eszköz az addikcióval kapcsolatos hét területet feltáró, félig-strukturált interjúmódszer. A vizsgált hét terület az (1) Egészségi állapot; a (2) Foglalkoztatás és megélhetés; a (3) Jogi státusz; a (4) Családi és társas kapcsolatok; az (5) Alkoholfogyasztás; a (6) Drogfogyasztás; valamint a (7) Pszichiátriai státusz. A mintegy 30-40 perc alatt felvehető interjú egyaránt tartalmazza a megkérdezett és az interjúkészítő becslését az egyes területekre vonatkozóan. A becslés az adott területet feldolgozó részletes kérdések alapján egy 10 fokú (0-tól 9-ig terjedő) skálán történik. Az ASI a világon a legelterjedtebb eszköz az addikció súlyosságának mérésére, s kutatásban, illetve a klinikumban egyaránt széles körben alkalmazható. Bár alternatív eszközök is megjelentek mind a kutatás, mind a klinikum területén (Schippers és Broekman, 2007), ezek az ASI-hoz viszonyítottan ma még nem szereztek érdemi népszerűséget.

Az ASI alapvetően felnőtt droghasználók vizsgálatára készült, így szükséges volt egy külön, a serdülők körében alkalmazható verzió kialakítása is. A *Serdülőkori Problémák Értékelő Interjúja* (European Adolescent Assessment Dialogue, EuroADAD) (Friedman és mtsai, 2002) magyar változata szintén elérhető, validált eszköz (Gerevich és mtsai, 2006).

A szerhasználat motivációja

Az addiktológia területének egy fellendülő kutatási iránya a szerhasználat motivációs hátterének vizsgálata. Az alkoholhasználat vonatkozásában, Cox és Klinger (1988) motivációs modellje alapján Cooper (1994) alakította ki a négy faktoros *Alkoholfogyasztás Motivációi Kérdőívet* (Drinking Motive Questionnaire Revised, DMQ-R). A modell szerint az alkoholfogyasztás motivációi két dimenzió (pozitív, illetve negatív megerősítés, valamint külső, illetve belső forrás) mentén írhatók le, s ezek alapján négy fajta motivációt különböztethetünk meg: *fokozás* (belső/pozitív), *szociális* (külső/pozitív), *coping* (belső/negatív) és a *konformitás* (külső/negatív). A 20 té-

teles DMQ-R kérdőív ezt a négy faktort méri (Kuntsche és mtsai, 2006). A kérdőív rövid, 12 tételes változata (Kuntsche és Kuntsche, in press) a hosszú változathoz hasonlóan kitűnő pszichometriai mutatókkal rendelkezik. Mindkét verzió magyar változata elérhető, s a nemzetközi tapasztalatokhoz hasonló pszichometriai jellemzőkkel bír (Németh és mtsai, 2010; Farkas és mtsai, 2009).

A modellt a kannabisz használatára alkalmazva Simons és mtsai (1998) dolgozták ki a *Kannabiszfogyasztás Motivációi Kérdőívet* (Marijuana Motives Questionnaire, MMQ). A kérdőív az alkoholfogyasztás vonatkozásában azonosított négy dimenziót mellett, egy ötödik faktort is tartalmaz, amelyet „expansion” faktornak neveztek el a szerzők. Ez a faktor a kannabisz használatának egy speciális, a perceptuális és kognitív élmények keresésére,

fokozására vonatkozó funkcióját írja le (lásd Farkas és mtsai, 2009).

A sóvárgás mérése

Az addikciók vizsgálatának speciális területe a sóvárgás mérése. Magyar nyelven elérhető eszköz a *Sóvárgással Kapcsolatos Hiedelmek Kérdőív* (Craving Beliefs Questionnaire, CBQ) (Wright, 1993; Perczel Forintos és mtsai, 2005), illetve a *Tiffany és munkatársai* (1995) által kialakított *Heroin Sóvárgás Kérdőív* (Heroin Craving Questionnaire, HCQ). Utóbbi eszköz pszichometriai mutatói magyar mintán megfelelően bizonyultak (Demetrovics és mtsai, 2009).

Irodalom

- Adamson SJ, Sellman JD. (2003) *Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT)*. *Drug and Alcohol Review*, 22, 309–315.
- Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. (2001). *AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. Second Edition, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.*
- Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. (1991) *Validity of the Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in inpatient substance abusers: Problems of drug dependence. NIDA Research Monograph*, 119. Rockville, MD7 Department of Health and Human Services.
- Cooper ML (1994) *Motivations for Alcohol Use Among Adolescents: Development and validation of a four-factor model. Psychol Assess*; 6:117-28.
- Cox WM, Klinger E. (1988) *A motivational model of alcohol use. J Abnorm Psychol*, 97:168-80.
- Demetrovics Z (2010) *Report on the Translation and Validation Process of Questionnaires SDS, CAST and M-CIDI into Hungarian. Manuscript.*
- Demetrovics Zs, Farkas J, Csorba J, Németh A, Mervó B, Szemelyácz J, Fleischmann E, Kassai-Farkas Á, Petke Zs, Oroján T, Rózsa S, Rigó P, Funk F, Kapitány M, Kollár A, Rácz J. (2009) *Early experiences with Suboxone maintenance therapy in Hungary. Neuropsychopharmacologia Hungarica, XI. évfolyam 4. szám, 249-257.*
- Ewing J (1984). *Detecting alcoholism: The CAGE questionnaire. Journal of the American Medical Association*, 252:1905–1907.
- Farkas J, Futaki L, Kun B, Urbán R, Demetrovics Zs. (2009). *Fiatalkor alkoholfogyasztási és marihuána-fogyasztási motivációinak vizsgálata magyar és spanyol egyetemi hallgatók mintáján. Addictologia Hungarica, 8(Suppl. 1.):23-24.*
- Friedman A, Terras A, Öberg D. (2002) *The European Version of the Adolescent Assessment Dialogue – EuroADAD Version 1.0. Philadelphia/Maastricht.*
- Gerevich J, Bácskai E, Rózsa S. (2005) *A serdülőkorú problémák értékelő interjúja. (EuroADAD) magyarországi bevezetése. Egy multicentrikus kutatás eredményei. Psychiatria Hungarica, 20. Suppl:28.*
- Gerevich J, Bácskai E, Kó J, Rózsa S. (2001) *Az Addikció Súlyossági Index (ASI) magyarországi reliabilitás és validitás vizsgálata. Psychiatria Hungarica, 16(3):292–307.*
- Gerevich J, Rózsa S, Bácskai E. (2006) *Az alkohollal kapcsolatos zavarok szűrése: a CAGE hazai adaptációja. Psychiatria Hungarica, 21(1), 77–83.*
- Gossop M, Darke S, Griffiths P, Hando J, Powis B, Hall W, et al. (1995) *The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users. Addiction, 90(5):607-614.*
- Kuntsche E, Knibbe R, Gmel G, Engels R. (2006) *Replication and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised (DMQ-R, Cooper, 1994) among adolescents in Switzerland. Eur Addict Res; 12:161-8.*
- Kuntsche E, Kuntsche S. (in press). *Development and validation of the Drinking Motive Questionnaire Revised Short Form (DMQ-R SF). J Clin Child Adolesc Psychol.*
- Lachner G, Wittchen HU, Perkonig A, Holly A, Schuster P, Wunderlich U, et al. (1998) *Structure, content and reliability of the Munich-Composite International Diagnostic Interview (M-CIDI) substance use sections. Eur Addict Res, 4(1-2):28-41.*
- Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. (2007) *Validation of the CAST, a general population Cannabis abuse screening test. Journal of Substance Use, 12(4):233-242.*
- McLellan AT, Kushner H, Metzger D, Peters R, Smith I, Grissom G, Pettinati H, Argeriou M. (1992). *The fifth edition of the Addiction Severity Index. Journal of Substance Abuse Treatment, 9:199–213.*
- McLellan AT, Luborsky L, Woody GE, Druley KA, O'Brien CP. (1980) *An improved evaluation instrument for substance abuse patients: The Addiction Severity Index. Journal of Nervous and Mental Diseases, 168:26–33.*
- Németh Z, Kuntsche E, Urbán R, Farkas J, Demetrovics Z. (2010). *Why do festival goers drink? Assessing drinking motives in a recreational setting. Manuscript*
- Perczel Forintos, D, Kiss Z, Ajtay G. (Eds.) (2005). *Kérdőívek, becslőskálák a klinikai pszichológiában. Budapest: Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet.*
- Rácz J, Pogány Cs, Máthé-Árvay N. (2002) *Az EuroASI (Addikció Súlyossági Index) magyar nyelvű változatának reliabilitás- és validitásvizsgálata. Magyar Pszichológiai Szemle, 57(4):587–603.*
- Rózsa S (2009). *Mérőeszközök és mérési stratégiák az addiktológiában. In: Demetrovics Zs. (szerk.) Az addiktológia alapjai II. (pp. 229–289). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.*
- Schippers GM, Broekman TG (2007). *MATE, Measurements in the Addictions for Triage and Evaluation. Development of an instrument assessing patient characteristics in substance abuse treatment. Final report ZonMw/Resultaten Scoren-project nr 31000068. Amsterdam, ALAR, AMC-Amsterdam & Bureau Beta, Nijmegen. Available from:*
- Selzer ML. (1971). *The Michigan Alcoholism Screening Test (MAST): The quest for a new diagnostic instrument. American Journal of Psychiatry, 127:1653–1658.*
- Simons J, Correia CJ, Carey KB, Borsari BE. (1998) *Validating a five-factor marijuana motives measure: Relations with use, problems, and alcohol motives. Journal of Counseling Psychology, 45:265–273.*

Skinner HA. (1982). The drug abuse screening test. *Addictive Behavior*, 7(4), 363–371.

Tiffany ST, Fields L, Singleton E, Haertzen C, Henningfield JE. (1995). The development of a heroin craving questionnaire. Manuscript in preparation.

Wright FD, Beck AT, Newman CF, Liese BS. (1993). Cognitive Therapy of Substance Abuse: Theoretical Rationale. In: Onken LS, Blaine JD Boren, JJ. (Eds.) Behavioral Treatments for Drug Abuse and Dependence. NIDA Research Monograph 137. Rockville: National Institute on Drug Abuse.

Klinikai pszichológia alkalmazása az igazságügyben

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

Pataky Ilona

PPKE BTK Pszichológia Intézet

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

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

Meghatározás

Az igazságügyi pszichológia (forenzikus pszichológia – Psychology in Law) a pszichológia módszereinek és foglalmainak alkalmazása a jogrendszerre (Wrightsmann, 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.

Az igazságügyi pszichológia története

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 a kérdésekben a pszichiáter szakértőket keresték meg. 1978-ban megalakult az Amerikai Igazságügyi Pszichológiai Testület – megindult a szakterület önálló fejlődése. A tényleges szakképzés kérdése is csak 1979-ben merül föl Poythress közleménye szerint (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 pszichológia szakmai önállósodásával a klinikai pszichológia kompetenciájába tartozó kérdésben, az igazságügy területén működő klinikai pszichológusok is fölkerültek a szakértői névjegyzék listájára. Kezdetben Szakértői Irodák, az orvosegyetemek igazságügyi intézetei alkalmanként eseti/felkért szakértőiként 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 szakvizsgálóval 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 **hátrány** is jelent.

- ▶ Jelenleg meglehetősen egyenetlen a szakértéssel foglalkozó pszichológusok fölkészültsége. A korábban megszerzett jogosítványok ma is érvényesek, de jelen vannak a szakvizsgálóval 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 ódi-umát.
- ▶ 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 nyelvezete 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 igazságügy 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 műkö-

désére vonatkozóan. A pszichodiagnosztika, – elsősorban a klinikai – eszköztárát alkalmazza az igazságügyi pszichológia. A szakértői vélemény kialakítása során azonban mindenképp 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), 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, illetve projektív tesztek lehetnek, amelyek kimunkált viszonyítási kritériumokkal rendelkeznek, s alkalmasak arra, hogy a vizsgálati személyekről a jogszolgáltatás számára releváns információt nyújtsanak. A vizsgálati battéria folyamatos korszerűsítése a pszichodiagnosztikai eszköztár modernizálását dinamikusan kell kövesse:

1. *Személyiségvizsgálat:*
 - a) projektív módszerek (gyermekeknél kiegészítő eljárások: Családrajz, Dűss-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: tachiksztoszkóp, konfliktométer, 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 kikerdezés 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 felosztásában 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 (*Szegedi 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.

Nem ritka a **családon belüli erőszak** (*Hajnal Á. id. Pataky, 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.

Veszélyeztetett 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 ellenérdekelt felek 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 tekintélyelveken 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 ser-

kentette 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 ítélezés gyakorlatát, a sértett és az elkövető további sorának alakulását.

Irodalom

- Pataky I (2006) Igazságügyi Pszichológia. In: Bagdy E, Klein S. (szerk.) Alkalmazott pszichológia. Edge 2000 Kiadó Budapest. 271-281. old. prof. Szegedi Márton nyomán: Czénner Zs, Hajnal Á, Pataky I. (2005) Az igazságügyi klinikai pszichológus tevékenységi protokollja. In: Bagdy E, Tury 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. OSIRIS Kiadó, Budapest, 2004.
Wrightman LS, Nietzel MT, Fortune WH. (1998). Psychology and the legal system (4th ed.) Pacific Grove, DA: Brooks/Cole

A transzperszonális pszichológia távlatai

Perspectives of Transpersonal Psychology

Bagdy Emőke

Károli Gáspár Református Egyetem, Bölcsészettudományi Kar, Pszichológia Tanszék

Kulcsszavak: transzperszonális pszichológia, spiritualitás, pszichoterápia, életközépi válság

Keywords: transpersonal psychology, spirituality, psychotherapy, middlelife crisis

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, érzélem, 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*. Jelenkori kimagasló képviselők: *Ken Wilber, Stanislav Grof, Harald Walach, Kabat Zinn, Jorge Ferrer*.

Az irányzat célja:

1. A tudományosan túlhaladott lételméletek és antropológiák felülírása új filozófiával (fundamentálon-

gia), mely visszakötést kíván szellemi gyökereinkhez (re-ligio). „E filozófia állítása szerint a világegyetem dinamikus, holisztikus, interdependens, probabilitás-tikus és a megfigyelő tudatától elválaszthatatlan” (*Vaughan*, 2001 in *Bartha*: 2009). Az új fizika elvein alapuló jelenségek bevonása a lélektan kutatásokba (*Sheldrake*: morfikus mezők; morfogenetikus memóriaháló, „pillangó effektus”, „századik majom” effektus, s.i.t.).

2. A tudat módosult állapotainak, (extra; szupratudatosság; tudatélmény változtatási technikák) kutatása, tudományos megismerése. Az énkiterjesztés (selfness, self-expansion) lehetőségeinek elemzése.
3. Az ember spirituális dimenziójának visszakötése a lelki jelenségek vizsgálatába és a lelki történések, valamint segítő módszerek világába.
4. A „hagyományos” pszichológia és a transzperszonális közelítés közti különbséget az alábbiakban szemléltetjük:

HAGYOMÁNYOS	TRANZPERSZONÁLIS
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, analógias gondolkodás
Technicizmus	Spiritualizmus
Tudomány, ideológiák	Logosz, gnózis

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. *Roberto Assagioli*: A transzperszonális mint „magasabb szelf”. Az animus (lélek, mely a szél=animos szóból ered) és a spirituális, mely a spiritus, lélegzet szó leszármazottja/. A kettő különbsége.
3. A transzperszonális dimenzió helye a személyiségrendszerben, a tp. szimbólumok 14 kategóriája: 1) befelé fordulás, introverzió; 2) mélyülés, alászállás; 3) emelkedés, felszállás; 4) tágulás, kiterjedés; 5) felébredés; 6) fény, megvilágítás; 7) tűz; 8) fejlődés; 9) erősödés, intenzifikálódás; 10) szeretet; 11) út-ösvényzarándoklat; 12) transzmutáció – szublímáció; 13) új-játeremtés – újjászületés; 14) megszabadulás.
4. *Angyal András* (homonómia, autonómia szükséglet, bioszféra modell, énkiterjesztés).
5. Humanisztikus lélektan: *Abraham Maslow*: béta szükségletek, az önaktualizáló és öntranszcendáló ember modelltje, perszonális és transzperszonális tengely dinamikája, az ember, mint spiritualitásában kiteljesedő lény. Az egészséges embert az öntranszcendáló és önmegvalósító törekvések helyes aránya, harmóniája jellemzi.
6. *Allport*: A fejlődés, mint énkiterjesztés, az elidegenedéstől mentes ember, a „hivatás” archetipusa, hivatás-személyiség.
7. *Viktor Frankl*: logoterápia és egzisztencia-analízis. III. bécsi iskola. Az ember, mint értelemre, az értelem keresésére irányuló lény.
8. 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”.
9. *Erich Fromm*: az ember több, mint természeti lény. Transzcendencia hordozó. Veleszületett (intrinsic) lelkiismerettel rendelkezik. Alapszükségei: szabad-

ság, tájékozódási keret, valahová tartozás, szeretet és transzcendencia-szükséglet (Zen buddhizmus elfogadása).

10. *Perls*: Gestalt elmélet és holizmus. Az ember és a világ egység. Az emberi változás: mintázat-alakulás egyazon ösmatérián. A létezés alapkérdése: „itt és most” – „hogyan”? Bátorság, hitelesség, spontaneitás, artikulált tudatosság a transzperszonalitásban.

A transzperszonális lélektan egyik vezető teoretikusa: Stanislav Grof.

LSD és pszichedelikus szerekkel folytatott kutatásai nyomán megállapításai

1. Az emberi lénynek univerzális, transzkulturálisan azonos, alapvető élményei.
2. Születés-halál. (Honnan jöttünk, hová tartunk?)
3. Elkülönülés – eggyé válás (egyedi-versus társas, individuális versus univerzális).
4. Szenvedés, kín, fájdalom, öröm, boldogság. Az érzések polaritás dinamikája.
5. A transzperszonális élmények szociális programozottságunktól független, azokon túli (transzperszonális) dimenziók.
6. A születés-halál dimenzió közös valóságát a perinatális élmények hasonlóságai, szerkezeti, fázisos és élménytartalmi közösségei valószínűsítik. Túlnőnek az individuális születés testi zajlásának módján. Jelen-téssel bíró állapot képeznek egy közös humán élményrendszerben (COEX mátrix).
7. A COEX mátrix tartalmi hierarchikus élmény-síkokat alkotnak, melyekben alapvető perinatális mintázat rajzolódik ki, és benne:
 - ▶ létezési ősidőkre vonatkozó képek, szcénák, történések;
 - ▶ az emberiség őstörténeti, kultikus képei (jungji archetipusok);
 - ▶ individuális korai tapasztalatok (freudi traumatikus élmények, fizikai-szomatikus szenvedésnyomok);
 - ▶ a születés lefolyási fázisainak megfeleltethető átélések, valamint
 - ▶ extatikus egygyéválási, beleolvadási élmények (unio mystica) rétegződnek.

Jelenkori népszerű és kimagasló képviselő Ken Wilber

Pszichospirituális fejlődésemélete („kentaúr modell”) az egység-öntudatlanság felől fázis specifikus alszemélyiségeken áthalad spirális fejlődés útján az egységbe való magasabb szintű visszatéréshez.

A *Gebser*-féle integrál tudat-modell továbbfejlesztése: integrál pszichológiai elmélet. Preperszonális, perszonális és transzperszonális fejlődési fokozatok (az énejlődés nagy fordulópontjai).

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 kozmossszal, emberiséggel, szeretteimmel?
5. Mi a felelősségem az életben, hogyan tehetném a világot egészségesebbé?

A válaszkeresésben 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 tudatállapotok felhasználása, transzmutáció, belső utak).

Spirituális önépítő csoportok jellemzői:

Tiszta profilúak, azonos bajban szenvedők és gyógyulnak anonim csoportjai (alkohol; drog, daganatos betegségek, 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. Félelemmentes morális leltárkészítés, plusz diéta, mozgás, pihenés.
5. Megszabadulni a büntudati félelemtől megbocsátással.
6. Szembenézés a jellemhibákkal.
7. Alázat gyakorlása.
8. Önképleltár.
9. Jóvátételi feladatok.
10. Napi önvizsgálat, az „itt és most” legteljesebb átélésének gyakorlása.
11. Dezidentifikáció: megszüntetni a korábbi meggyőződésekkel való azonosság-vállalást, elkötödni 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 területe az *életközépi válságok* gondozása.

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

1. Lényünk feminin és maskulin vonásait (dualitás-béke); alkotóképes énünket a sötét belső (tudattalan) destruktív erővel és külső destruktivitással;
2. a halállal számot vető énünket a halhatatlanságra és örökkévalóságra éhes mivoltunkkal;
3. higgadtabb, bölcsőbb és tapasztaltabb önmagunkat az ifjú lelkesedővel;
4. végül megpróbálunk a „magaslatról körülnézve” új célokat és értelmet találni az életünkben (Elliot Jacques, 2000, in: Bagdy, 2005).

Az életközépi krízis a perszonális dimenzió krízise, a transzperszonális dimenzióval történő szükségszerű szembesülés, az élet értelmének megkérdőjelezése.

Hová vezet mindez, mivégre 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, in: Bagdy, 2005).

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 útjai (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 bajukat testbe;
4. Az öntökéletesítők (viharos és túlzó aktivitással hajszolják az ifjúság látszatát);
5. Az önrombolók, acting outtal kergetik magukat a drog, alkohol és életveszélyek felé;
6. A kétségbeesésben maradóak, regresszióval és depresszióval ragadnak bele az elviselhetetlen veszteségekbe.

A transzperszonális pszichológia klinikai alkalmazási területei mindazok, amelyektől a hagyományos segítő gyakorlat inkább távol tartja magát: a deklasszálódottak, munkanélküli depressziósok, hajléktalanok, alkoholisták, drogosok, súlyos krónikus betegek, dializáltak, gyógyíthatatlan betegek a terminális fázisban, többszörös szuicidek, börtönviseltek reintegrációs kudarcokkal, s.i.t.

Az irányzat jelentősége: kiegyenlítő szerepet tölt be korunk globalizálódott, fogyasztói szellemiségű, eldologiasodott világában a perszonális törekvések túlsúlyával szemben, a materiális értékek és a hedonizmus hatalmával szemben. Bizonyítja, hogy az öntranszcendáló ember képes magasabbrendű copingokkal való életküzdelemre, az élet értelmének fellelésére, képesebbé válik a „felülemelkedésre”, élethitre és reménységre, így nagyobb esélye lehet a egészségesebb, küzdőképesebb, boldogabb életre.

Irodalom

- Bagdy E. (2005) *Az emberélet útjának felén. Az életközépi krízis: utak, tévutak, kiutak.* In: Pethő, K. (szerk) *Életkrízisek. Pszichoanalitikus Szakkönyvtár.* Budapest.
- Bartha DP. (2009) *A transzperszonális pszichológia jelenlegi fejlődését legjobban befolyásoló elméleti megközelítések.* *Pszichoterápia*, 18.4: 251-261.
- Buda B. (2009): *Spiritualitás és pszichoterápia.* *Pszichoterápia*, 18. 4:240-250.
- Grof S. (2008): *A jövő pszichológiája, a pszichológia jövője.* Pilis Print Kiadó, Budapest.
- Grof S, Grof Ch. (2007) Szerk: *Krízisek a belső átalakulás útján. A spirituális válságtól a gyógyulásig és újjászületésig.* Pilis Print Kiadó, Budapest.
- Maslow A, Assagioli R, Wilber K. (2006) *Bevezetés a transzperszonális pszichológiába.* Ursus Libris, Budapest.
- Somers B, Gordon-Brown I. (2007): *A gyógyító utazás. Transzperszonális pszichoterápia.* Ursus Libris, Budapest
- Walach H. (2010) *Transzperszonális pszichológia, Rövid történet és néhány filozófiai reflexió.* In: *Transzperszonális pszichoterápia. Kézirat, Budapest, Megjelenés alatt.*

Kognitív pszichoterápia alkalmazása a személyiségzavarok kezelésében

Cognitive Psychotherapy in the Treatment of Personality Disorders

Perczel Forintos Dóra

Semmelweis Egyetem ÁOK, Klinikai Pszichológia Tanszék és Szakambulancia

Kulcsszavak: az információfeldolgozási paradigma, kognitív torzítások, a kognitív viselkedésterápia fő jellemzői, konceptualizálás, átstrukturálás, sématerápia, borderline személyiségzavar, érvénytelenítő környezet, emocionális szabályozás zavara, tudatos jelenlét készségek, interperszonális készségfejlesztés, érzelmszabályozási készségek, feszültségtűrési készségek

Keywords: information processing paradigm, cognitive distortions, cognitive-behaviour therapy, conceptualisation, restructuring, schema-focused therapy, borderline personality disorder, invalidating environment, emotional dysregulation, mindfulness skills, interpersonal skills, emotional dysregulation skills, frustration tolerance skills

A kognitív viselkedésterápia definíciója

A kognitív viselkedésterápia aktív, strukturált, viszonylag rövid, időhatáros terápia pszichiátriai megbetegedések kezelésében, mely a gyakran kognitív torzításokat magukban foglaló pszichológiai zavarok megismeréséből fejlődött, és amelynek elméleti hátterét az képezi, hogy a viselkedést és az élményeket 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, 2002; Weishaar, 1993; Salkovskis, 2005). Beck szerint az emberi viselkedés leírható fenomenológiai alapon: az észlelés és élményfeldolgozás nem passzív, hanem aktív folyamat, a személy kogníciói (gondolatai, képzelei) a belső és a külső ingerek szintézise nyomán alakulnak ki. Így a személy gondolatai és képzelei (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 hozzáférhetők (Weishaar, 1993; J. Beck, 2002);
 - ▶ **automatikus gondolatok** – nem tudatosak, de gyakorlással viszonylag könnyen hozzáférhetők a tudatelőtt tartományból;
 - ▶ **másodlagos hiedelmek, attitűdök és szabályok** egy szinttel mélyebben helyezkednek el, s a tudatosság számára alig megközelíthetők;
 - ▶ **alapsémák:** általában tudattalanok és csak hosszas munkával fedhetők fel.
3. **Kognitív torzítások.** Ezek az információfeldolgozás folyamatában megjelenő jellegzetességek, szűrők, amelyek intenzív emocionális állapotokban fordulnak

elő, s 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. Felsorolásszerűen a következők: minden vagy semmi típusú gondolkodás, túláltalánosítás, negatív szűrés, pozitívumok ignorálása, elhamarkodott következtetések, érzelmi logika, címkézés, kell típusú állítások és perszonalizáció (részletesen kifejtve lásd Tringer, 1986; Vajda, 1991, Perczel Forintos, 2006, 2009).

A kognitív viselkedésterápia jellemzői

Mint minden más pszichoterápiában, itt is alapvető a nonspecifikus 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, értékelné 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 (lásd 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.

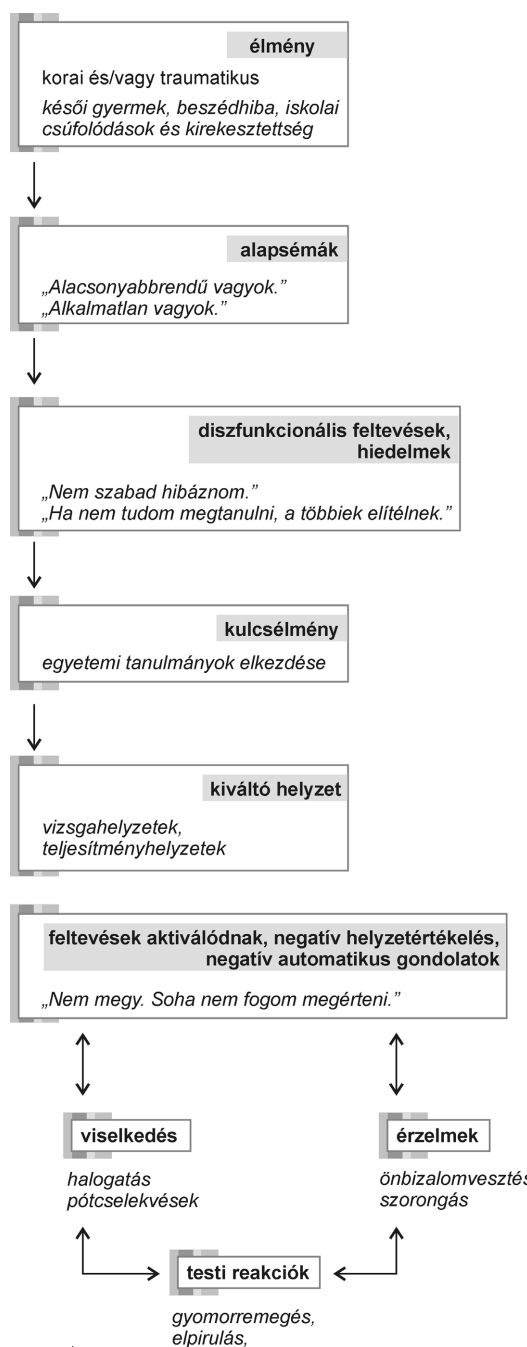
A kognitív viselkedésterápia fő módszerei

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

A **konceptualizálás** a terápiás folyamat döntő fontoságú része. Ez nem más, mint a beteg egyéni problémájának a kognitív modellben való értelmezése, mely magában foglalja a meghatározó korai vagy traumatikus életeseményeket, a hatásukra kialakuló sémákat és alaphiedelmeket, a diszfunkcionális attitűdöket és megküzdési stratégiá-

kat, a betegséget (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 (sérülékenységnek) 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 kérdései stílusa, mely a kognitív változás és átstrukturálás előidézésére irányul. A szókratészi kérdésben a terapeuta értelmezés helyett kérdésekkel vezet 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 realisabban, 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 negativisztikus, torzított szemléletmód realisabbá vagy adekvátabbá váljon, ami adott esetben pozitív gondolkodást is jelent, de nem feltétlenül. A lényeg a realisabb, nem pedig a mindenképpen pozitív hozzáállás kialakítása.

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. 2005*), a szociális fóbiáról (*Heimberg és mtsai, 1990*), a táplálkozási zavarokról (*Garner és mtsai, 1993*) vagy a PTSD-ről (*Ehlers és mtsai, 2000*) 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 interveniálni, 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 kapcsolatban.
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.

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 (jövendőmondás 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 sötéten 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)	Cigarettázott Amputáció	Ez a betegség örökletes, nem csak tőle függött az állapota. Él a feleségem, tudjuk jól érezni magunkat együtt	Igaz, hogy a műtét 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%

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 általános 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 önlegyőzőek, 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 rendelkezünk: a családi környezet, valószínűleg fizikai, szexuális, verbális bántalmazás, harag ill. agresszió általi fenyegetettség, keményen büntető 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, azon-

ban maladaptív formában is megnyilvánulhat (Unoka, 2004):

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

A sématerápia alkalmazása a személyiségzavarok kezelésében integrációs lehetőségnek tekinthető a dinamikus és a kognitív irányzatok számára.

Linehan dialektikus viselkedésterápiája a borderline személyiségzavar kezelésében

A borderline személyiségzavarban szenvedő (BPD) betegek elárastják a pszichiátriai kezeléseket és kórházi osztályokat. Általánosan elfogadott, hogy még a potenciálisan hatékony gyógyszeres kezelés mellett is szükség van pszichoterápiára. A dialektikus viselkedésterápia (Linehan, 2010, DBT) széles alapokon nyugvó kognitív

viselkedésterápia, melyet speciálisan borderline betegek számára dolgoztak ki. Ez volt az első, klinikai próbákkal igazoltan hatékony terápiás 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 ellentétes 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.
2. Fontos, hogy a beteg segítséget kapjon, de ha önállóbb lesz, azáltal esetleg elesik attól, amihez addig hozzájutott.
3. 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 mindegyik érzelmi szabályozása. Ezt a szabályozási zavart az *érzelmi sérülékenység* és a maladaptív, illetve *elégtelen érzelmi moduláció* okozza (Linehan, 2010).

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

Az érzelmi moduláció során az egyén képes

1. meggátolni az intenzív affektusok hatására fellépő nem megfelelő viselkedést,
2. célirányos (tehát nem indulatvezérelt) cselekvésre,

3. az intenzív érzelmi állapot következtében fiziológiásan kialakult izgalmi szint lecsillapítására, valamint
4. 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 érzelmileg nagymértékben 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 bőgőmasina!”). Ha a gyermek dühös vagy frusztrált, a családtagok komolyan veszik (ahelyett, hogy figyelmen kívül hagynák). Tehát a gyermek reakcióit érvényesnek és adekvátnak 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 érzelmszabályozási zavar 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 tekintsse. A saját tapasztalások megbízhatatlanságára tanítja a gyermeket az ilyen környezet által 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 olyan érzelmi kommunikációt tanít, amely az extrém gátlás és az extrém gátlástalanság között ingadozik. Más szavakkal, a család érzelmeire adott reakciói megfosztják a mindennapi érzelmeiket kommunikációs funkciójuktól.

Traumatizáció, 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 ami érzelmszabályozási zavar hatására jön létre. Az impulzív és különösen a paraszucidális viselkedést felfoghatjuk, mint maladaptív, de nagyon effektív szabályozási stratégiát a környezet kontrollálására (például az öngyilkos magatartás nagyon hatékony módszer arra, hogy a beteg segítséget kapjon a környezetéből, és ez által elkerüljön vagy megváltoztasson egy érzelmileg fájdalmas szituációt).

Az érzelmszabályozás 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 érzelmkifejezés spontaneitására valamint a feszültség toleranciájára van szükség. Mivel az érzelmszabályozás 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.

Összefügés a borderline viselkedésminták és a készségfejlesztő tréning között

A dialektikus viselkedésterápia négy kezelési egységből áll:

1. érzelmszabályozási készségek
2. interperszonális hatékonyság készségek,
3. feszültségtűrési készségek.
4. „tudatos jelenlét” (meditációs) 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 érzelmszabályozás megtanítására irányul.

Másodszor a borderline egyéneknél gyakori az interperszonális diszreguláció. Kapcsolataik rendszerint kaotikusak, intenzívek és nehézségekkel terhelték. Ennek dacára a kliensek gyakran rendkívül nehéznek érzik egy kapcsolatot megszakitását, kétségbeesett és túlzott erőfeszítéseket tesznek, hogy a számukra fontos személyek ne hagyják el őket. Másoknál is inkább igaz rájuk, hogy stabil kapcsola-

latokban jól érzik magukat és szenvednek az instabil kapcsolatokban. Így egy másik DBT modul az interperszonális hatékonyságot tanítja.

Harmadszor, a borderline betegekre 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 zavarának 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 terapeuta 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

Beck AT, Rush J, Shaw B, Emery G. (2002) *A depresszió kognitív viselkedésterápiája*, Animula, Budapest
 Beck J. (2002) *Kognitív terápia kezdőknek és haladóknak*. VIKOTE könyvek, Budapest.
 Burns D. (1980) *Feeling good*. William Morrow Comp. New York.
 Clark D. Pánikbetegség: az elmélettől a terápiáig. In: Salkovskis PM. (szerk., 2005) *A kognitív terápia térhódítása*, Animula, Budapest.
 Dobson K. (1989) *A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy of depression*. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
 Ehlers A, Clark D. (2000) *A poszttraumás stressz betegség kognitív modellje*. *Psychiatria Hungarica*, 2000/1. 29-38.
 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. és Fóris, N. (1994): *A szorongás kognitív viselkedésterápiája*. Végeken, Budapest.
 Linehan, M. (2010): *A borderline személyiségzavar kognitív viselkedésterápiája*. Medicina, Budapest.
 Perczel Forintos D, Mórótz, K. (2009, 3. bővített kiadás): *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina, Budapest.
 Salkovskis PM. (2005) *A kognitív terápia térhódítása*, Animula, Budapest.
 Tringer L. (1986) *A depressziók kognitív szemlélete*. *Psychiatria Hungarica*, I/1. 29-38.
 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.

A resztoratív konfliktuskezelés alapjai

The basics of Restorative Justice’s philosophy

Negrea Vídia

Közösségi Szolgáltatások Alapítványa Magyarország

Kulcsszavak: resztoratív eljárások, kérdezési technika, reintegratív szégyen
Keywords: restorative practices, processing questions, reintegrative shame

A fiatalkorúak 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 szemléletet, aminek technikáit az itthoni pszichológusok is alkalmazhatják a normasértő gyermekek- és fiatalkorúak reszocializációja során, illetve a sérelmet okozó viselkedés szereplőivel – az oktatásban, nevelésben gyermekvédelemben, család gondozásban – a károk jóvátétele, a megbékélés és az érintettek közötti viszony helyreállítása érdekében.

A szabadság korlátozásával járó büntetések „hatástalanságának” és költséges mivoltának felismerése, valamint a viktimológiai törekvések előtérbe kerülésének köszönhetően az 1970-es évek óta (Görgényi, 2001) a világ különböző pontjain és területein kriminológusok és jogalkotók elkezdtek kidolgozni az igazságszolgáltatás azon irányzatát, amely figyelembe veszi az egyes egyéni vagy társadalmi konfliktusok feloldásában a morális elvárások mellett a közvetlenül érintettek érzelmi szükségleteit is. Olyan büntetéseket kellett tehát keresni, amelyek nem csak a bűnelkövetőkre koncentrálnak, hanem előtérbe helyezik a sértettek érdekeit és a számukra nyújtandó kártalanítást (Barabás, 2004). Ennek következtében elfogadottá vált az a felfogás, hogy a normasértésekre adott „hatásosabb” válaszokban a büntetőjogi szankciók retributív

(megtorló) vagy preventív (treatment) jellege mellett resztoratív (helyreállító) célokat is kell szolgáltatnia (Vigh, 2003).

Az ENSZ Gazdasági és Szociális Bizottsága 2002-ben foglalta össze a resztoratív vagy helyreállító igazságszolgáltatás szemléletét és alkalmazásának alapelveit, céljait, eljárás típusait és a végeredmény szempontjait.

A resztoratív szemlélet gyökere olyan ősi folyamatokhoz nyúlik vissza, amit például beneszülött ausztrálok, vagy egyes kanadai és amerikai indián csoportok évszázadok óta alkalmaznak problémák megoldására. Ezekben a bűncselekményt alapvetően az emberek elleni sérelemnek tekintik és ezért a célja az áldozat, az elkövető és a közösség sebeinek gyógyítása a társadalmi harmónia helyreállítása érdekében.

Az ENSZ dokumentuma szerint a resztoratív folyamat alatt azon eljárás értendő, amely az áldozatot, az elkövetőt és bármilyen a cselekmény által érintett személyt és közösséget bevon, hogy együttesen dolgozzák ki a cselekményre adandó válaszokat és a tett következményeként kialakult problémák megoldását. 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.

A konfliktuskezelés csoportos hagyományait vetek figyelembe világszerte a kriminológusok akkor, amikor a resztoratív (helyreállító és jóvátételre fókuszáló) nevezett modelleket dolgozták ki a büntetőeljárás alternatívájaként vagy alternatív büntetésnek (*Wright*, 1989). Különböző technikák alakultak ki aszerint, hogy az eljárás milyen módon vonja be a közös munkában a három érintett csoportot: elkövetők (elsősorban fiatalok), áldozatok és az érintett közösségek (*McCold*, 2000) valamint aszerint, hogy ki szervezi és vezeti a megbeszélést, illetve hogy mely konfliktus típusokat célozzák meg.

Az **International Institute for Restorative Practices** (IIRP) módszertana szerint a resztoratív szemléletet több informális (rövid affektív kijelentések) és formális (strukturált, forgatókönyv alapú problémamegoldó megbeszélés) eljárásból áll, mely 3 csoportban sorolható:

- ▶ *mediációs modellek* (pl. rögtönzött sértettek közötti megállapodások, áldozat-elkövető békítő megbeszélések, áldozat-elkövető mediáció);
- ▶ *Körmodellek* (problémamegoldó, békítő és ítélő körök, illetve gyógyító körök és trauma feldolgozó körök);
- ▶ *konferenciamodellek* (pl. családi döntéshozó csoport konferenciák és közösségi vagy áldozat-elkövető közötti jóvátételi csoport konferenciák, az ún. Real Justice konferencia vagy Family Group Conferencing).

A resztoratív szemlélet kritériumai

A konfliktusos helyzetek resztoratív megoldásához elengedhetetlenek a következők:

1. **Az érintettek bevonása a döntéshozatali folyamatban.** Mivel a resztoratív szemlélet szerint a normaszegő viselkedés vagy a bűncselekmény egy interperszonális konfliktus, amely zavart, károkat és sérelmeket okoz az emberi kapcsolatokban, a konfliktus az érintettekhez, azaz a „konfliktusok tulajdonosaihoz” visszakerülve oldható csak fel (*Christie*, 1977).

Eszközei szempontjából a resztoratív eljárások pszichológiai jellege vitathatatlan: érzelmi alapú, erőszakmentes kommunikációt alkalmazva, a négy szemközti én-üzenetekről a problémamegoldást célzó csoportdinamikai folyamatokon át vonja be a konfliktusok érintettjeit annak meghatározásában, hogy milyen szükségletek mentén lehetne rendbe hozni a tett elkövetésével okozott sérelmet, miként oldhatók fel az antagonisztikus érzelmi állapotok, és mire van szükség ahhoz, hogy biztonságos és megelégedettséget nyújtó megoldásokhoz jussanak el.

2. **A jóvátétel és helyreállítás lehetősége.** A sérelmek elszenvedőit anyagi veszteség érheti, fizikai-egészségügyi károsodásaik lehetnek, de elveszíthetik ön- és mások iránti bizalmukat, elszigetelődhetnek és csökkenhet munkaképességük is. Amikor az „áldozat” és hozzátartozói kifejezhetik sérelmeiket, dühüket vagy félelmeiket, az „elkövető” felismerheti tette súlyát és következményeit, felébredhet benne a megbánás érzése és a jóvátételi szándék. Ha a bűncselekményre úgy tekintünk, mint az emberek és em-

beri kapcsolatok megsértését eredményező tett (*Zehr*, 1990), akkor a válaszoknak ki kell terjednie mindezen *sérelmek helyrehozására és a sebek begyógyítására* tett kísérletre (*Bazemore és Walgrave*, 1999).

3. **Támogatás és kontroll.** A normasértésre adott válasz két pólus között mozog: a kirekesztés vagy a csoporthoz való tartozás, de méltányos vagy igazságos jellegéhez a magas kontroll és a támogatás egyidejű jelenléte szükséges (*Wachtel*, 1997). A büntetés enyhítheti a büntudatot, de hangsúlyozza a szégyent, amely újabb bűnre készít (*Gillan*, 1996). Azonban ha a szembesítés során a tett – negatív hatásai miatt – kerül elutasításra és nem a cselekvő személye (mint pl. St. Ágoston nyomán elterjedt mondatban: „Szeresd a bűnöst, a bűnt vedd meg.”), akkor az elkövető felismerve a hozzátartozók támogatását és a helyreállítás lehetőségét, aktív szerepet tud vállalni a kár jóvátételében. Ebben kulcsfontosságú a szégyenérzet, amely ha társul a tett jóvátételének lehetőségével, akkor elősegíti az aktív részvétel motivációját és a többi résztvevő felelősségét is a további káros cselekmények megelőzésben (*Marshall*, 1996.).

Ilyen körülmények között a stigmatizáló szégyen helyében egy ún. *reintegratív szégyen* (*Braithwaite*, 1989) motiválja az elkövetőt arra, hogy döntéseivel változtassa meg a jövőbeni cselekmények másokra gyakorolt érzelmi hatásait (*Nathanson*, 1992) és „írja át” tette következményeit.

4. A resztoratív szemlélet sajátossága a **kérdezési technikában** nyilvánul meg, amit *H. Zehr* a konfliktusokban alkalmazott hagyományos kérdezési móddal való összehasonlítása mentén ismertet (*Zehr*, 2002)

MEGTORLÓ SZEMLÉLET	HELYREÁLLÍTÓ SZEMLÉLET
Milyen szabályszegés történt?	Mi történt?
Ki tette?	Kit érintett?
Miért tette?	Hogyan érintette?
Mit érdemel?	Mire van szükség, hogy a dolgok rendbe jöjjenek?

A helyreállító kérdezési mód a konfliktusok problémamentes megoldásához vezet azáltal, hogy a szereplők lehetőséget kapnak a sérelmet okozó viselkedés **egyéni átélésének** a feltárására, amely egyéni szükségleteket, és így egyéni megoldások kidolgozását teszi lehetővé, javítva a résztvevők problémamegoldó képességet és a **közösségi felelősségvállalás** iránti motivációt. A konfliktusok feloldását a kérdések orientáltsága is elősegíti: a múlt rövid ismertetése, a jelen hatásainak feltárása és a jövőbeni cselekmények megalapozása.

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 multi-

diszciplináris 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 minimalizálja a családon kívüli elhelyezéseket (Hardin, 1996).

Az utóbbi évtizedben leginkább az IIRP által kidolgozott képzéseknek köszönhetően (pl. Facilitátori Tréning, Real Justice vagy CsDCs tréning) terjedt el a resztoratív szemlélet az igazságszolgáltatáson túl. Egyes európai országokban (pl. Hollandia, Anglia, Svédország) a gyermekek veszélyeztetettségének megszüntetése érdekében pedagógusok, szociális munkások és rendőrök továbbképzési programjaiban kiemelt szerepet kap a resztoratív szemlélet és technikái (30 órás gyakorlati képzések a jóvátételi

körök és a resztoratív konferenciák facilitálásáról). A képzések eredményessége és a szemlélet alkalmazhatósága longitudinális vizsgálatokkal bizonyított a súlyos konfliktusok feloldásában, az iskolai kultúra megváltoztatásában és az iskolai erőszak csökkenésében.

Magyarországon 2007. óta alkalmazható büntetőügyekben a mediáció, a közvetítői eljárás részeként, de a hazai iskolákban és a gyermekvédelmi intézményekben is működnek resztoratív programok civil szervezetek gondozásában (pl. Közösségi Szolgáltatások Alapítványa, Zöld Kakas Líceum, Család, Gyermekek Ifjúság Egyesület).

A resztoratív szemlélet informális és formális gyakorlati megismerhetők a Közösségi Szolgáltatások Alapítványa programjaiban.

Irodalom

- Barabás AT. (2004) *Börtön helyett egyezség? - Mediáció és más alternatív szankciók Európában.* KJK-Kerszöv, Budapest
- Braithwaite J. (1989) *Crime, shame, and reintegration.* Cambridge University Press, USA
- Eörsi M, Ábrám Z. (2003) *Pereskedni rossz! - Mediáció: a szelíd konfliktuskezelés.* Budapest, Minerva Kiadó
- Görgényi I. (2001) *A viktimológia alapkérdései.* Budapest, Oziris
- Negrea V. (2006) *Mire jók a konfliktusok? In: Vekerdy, T. (szerk): Van más megoldás is. Alternatív módszerek a középiskolában.* Sulinova, Pedagógiai Alternatívák Központja. Budapest 127-154.
- Schneider HJ. (1993) *Jóvátétel büntetés helyett. Békéltetés a tettes, az áldozat, és a társadalom között.* In: Pusztai, L. (szerk): *Kriminológiai és Kriminológiai Tanulmányok, IKVA, Budapest, 36. kötet, 155-174.*
- Wachtel T. (1997): *Real Justice.* The Piper's Press, Pennsylvania.
- Weitekamp EGM, Kerner HJ. (2002): *Restorative Justice – Theoretical foundations.* Willan Publishing, Portland
- Zehr H. (2002): *The little book of Restorative Justice.* Good Books, Pennsylvania.

Képzési információ és módszertani cikkek: www.iirp.org; www.euforumrj.org

Fájdalomszindrómák diagnosztikája és kezelése

Diagnostic Procedures and Treatment of Chronic Pain Syndromes

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 Hilgard¹, 1975, továbbá Melzack², 1977). A jelenséget **fájdalom-aszimbóliának** nevezzük, és az életet is fenyegető betegségként kell kezelniünk, 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 kellemetlen szenzoros és emocionális élmény, amely összefügg aktuális vagy potenciális sérüléssel, vagy azok keretében leírható”** (Merskey és Bogduk³, 1994, 210. oldal).

A páciensek egyes szám első személyű („first person view”) kijelentésekkel írják le a problémájukat (pl. „fáj, kellemetlen, 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

magyarázathiány helyét kitöltésük. Ilyen pl, amikor az orvos azt mondja „ez csak elképzelés”, „a baj az Ön fejében van”, vagy „ez csak pszichés”. Ahogy Sullivan⁴ (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 jobbra 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 beszámolóiban felszínre kerülő információk értéke azonos egy pozitív röntgen lelettel, amiképpen Turk⁵ (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 Swarm⁶, 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 rendszere² a tartós, idült fájdalom 3 fajtáját különíti el:

1. **zsigeri és ér- eredetű fájdalmak** (pl. myocardialis infarctus, angina pectoris, aorta aneurisma, post-mastectomiás fájdalom, esophagitis, Crohn betegség vagy éppen vastagbélrák, 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, posztherpeszes neuralgia, trigeminus neuralgia, a brachialis plexus kémiai irritációja vagy tumora stb.);
3. **ismeretlen etiológiájú fájdalmak** (pl. primer dysmennorrhoea, irritabilis colon sy, tensziós fejfájás, migrén, cluster fejfájás, izomtenziós eredetű fájdalmak, posztraumás fájdalmak, cervikogen fejfájás, occipitalis neuralgia, krónikus hát- és derékfájdalmak, spinalis stenosis, discogen fájdalom, sacrioliliacalis kisizületi 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 **biopszicho-szociális folyamat, nem egy állapot**, amely ezáltal **nem az akut fájdalom krónicizálásából** jön létre. **Az időtényező nem releváns faktor** a krónikus fájdalom szindrómában. Az elfogadott 6 hónapos időtartam-határ csak „ügyrendi javaslat”, valós diagnosztikus hozama nincs. Magyarországon ez ugyan már szakirodalomban is rögzítésre került (Császár és mtsai, 1997)⁷, ennek ellenére ma is aktuális kiemelniünk, 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 mtsai⁸ 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 kezekben, 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)⁹ **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, katasztrofizálás**, negatív attitűd és elvárások, **a szorongás és a depresszió, továbbá az alvás- és libidóproblémák az életvezetést zavaró mértéket** öltenek;
4. kialakul **gyógyszer-függés** (fájdalomcsillapító-, altató-, nyugtatófüggés);
5. az **életvitel beszűkül** (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 panasz is okozó fokozó neurovegetatív panaszok** (pl. nőgyógyászati, cardialis 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: súlyosbódó depresszió és szorongás,
- ▶ és végül az idegrendszer fájdalom-iránti érzékenységeinek fokozódása, az ún. **centrális szenzitizáció** (Jayson MI, 1994, idézi Komoly S, 2004)¹⁰ 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 hiperalgézia áll (Macrae és Bruce, 2008)¹¹. 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 jellemez. 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 válaszmint-

ta (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)⁶. 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- vagy 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. Lehetőség esetén javasolt **projektív pszichodiagnosztikai eszközök (pl. Rorschach Próba)** és **egyéni klinikai pszichológiai interjú** végzése, mivel vizsgálataink szerint a krónikus fájdalom hátterében álló pszichodinamikai problémák feltárásának ez a legmegfelelőbb módja (Császár és mtsai, 2009)¹². A kvalitatív eszközök által vált kimunkálhatóvá az a kép e szindrómáról, amely leginkább magyarázza a betegek sajátos személyiség vonásait. Nevesen azt, hogy a fájdalommal együtt élő betegeknél –szemben a fájdalom mentesekkel– az érzelemmentesítő stratégia szembetűnő, mely a racionalizáló magyarázatkereső lelki munkamódban ragadható meg. Mivel az érzelemmentes helyzetekben mégsem elég jó a mentális kontrolljuk, ezért kevésbé tudnak reálisan önálló megoldásokat keresni, és ehhez az ambíciójuk is kisebb. Az elfojtó típusú elhárításmódok (tagadás, elfojtás) sem jellemzők rájuk, inkább túlérzékenyek és magatartásuk túlzottan kontrollált. Konfliktusaikat nem a felettes én lelkiismereti működésében élik át. Így azt valószínűsíthetjük, hogy a fájdalommentes betegekhez képest önsorsrontó mechanizmusokat szervítenek (a körülmények foglyai), mintegy beleragadnak állapotukba, és inadekvát feszültségelhárító munkamódokat preferálnak (pl. racionalizáló, önkényes helyzetmagyarázat).

Az egyedüli affektus, amire ráláthatunk a szubjektíve közölt és átélt fájdalom, amelynek a lelki mozgásszinten nem látható a megfelelője. Indulat, szorongás és energia szegények a betegek, viszont a szubjektív fájdalom érzésük magas.

Mindezek azt sugallják a terapeuták számára, hogy **lelki zárvány állapotukból és érzelmi zárlatosságukból** kell e betegeket kiszabadítanunk, hogy a bennük szomatikus szinten szervült fájdalom, büntudat és negatív emóciók felszínre hozhatóvá váljanak (Fenyves és mtsai, 2010)¹³.

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 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)
7. **Indulat és élménykezelési mintázatok módosítása** (a fent említett lelki zárványállapot oldása)

Mely módszerek tekinthetők hatékonyban 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 gyógyszerfogyasztás mértéke, a napi aktivitási szint változása, a fájdalom intenzitás változása, a pszichológiai státus 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-követésről 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*)¹⁴. Általánosan bizonyított az is, hogy **szinte bármely módszer** (vagy gyógyszer) releváns szintű **hatékonyságot mutat** KFS esetén **a kezelés első hat hetében** (ezt hívjuk terápiás mézesheteknek), 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*)¹⁵. Valójában ennél nagyobb elvárás nem is reális a KFS esetén. **Egyre több tudományos bizonyíték támasztja alá, hogy a terápiás siker előrejelzői zömében pszichológiaiak, mi-**

közben a terápiás kudarc okai is pszichológiaiak (*Lebovits, 2008*)¹⁶.

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*)¹⁷: **gyógyszeres kezelés** (pl. opioidok, triciklikus antidepresszánsok, SNRI-k, nemszteroidok, antikonvulzív szerek, izomlazítók, kortikoszteroidok, **mozgás** (pl. jóga, pilates, gyógytorna), **munkába visszaállító programok** (a bio-pszichoszociális modell alapján megalapozott eljárás: az autonómia és a munkaképesség visszaállítására), **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*)^{18,19}. **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 szerotoninszint 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. *Ress és mtsai, 2006*)⁹, 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 állami feladat a probléma mihamarabbi kezelése. A hazai gyakorlatot immár egyensúlyba kell hozni a tudományos evidenciák alapján javasolt komplex betegellátási modellel.

Irodalom

1. Hilgard ER, Hilgard JR. (1975) *Hypnosis in the Relief of Pain*. William Kaufmann, Inc. Los Altos, California.
2. Merskey H, Bogduk N. (1994) *Classification of Chronic Pain Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms*. 2 nd ed. IASP Press. Seattle.
3. Melza R. (1977) *A fájdalom rejtélye. Gondolat*. Budapest.
4. 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).
5. Turk DC. (1993) *Access the Person, Not Just the Pain*. In: *Pain. Clinical Updates*. 1 (3)
6. Field BJ, Swann RA. (2008) *Chronic Pain. Advances in Psychotherapy. Evidence based practice*. Vol. 11. Hogrefe and Huber Publishers. Washington.
7. Császár N, Tóth Z. (1997). *A különféle etiológiájú gerincbetegségek ellátásához kapcsolódó pszichológiai illetve pszichiátriai tevékenységek szakmai protokollja*. In: Bagdy, E. (szerk). *A klinikai pszichológia és a mentálhigiéné szakmai protokollja*. Animula Egyesület. Budapest. (p. 88-103).
8. 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.
9. *Ress K, Berghammer R. Túry F. (2006) A krónikus fájdalom és az életminőség*. In: *Kopp, M. Skrabcsy Á. (szerk) A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Semmelweis Kiadó. Budapest. 516-531.
10. *Komol, S. (2004) Az antidepresszánsok szerepe a fájdalom kezelésében*. *IME. II. évfolyam*. 10. szám. (p.16-17)

11. Császár N, Ganju A, Mirnics Zs, Varga PP. (2009) Psychosocial Issues in the Cancer Patient. *SPINE Volume 34, Number 22S, pp S26–S30.*
12. 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.*
13. Fenyves T, Császár N, Komora N, Samu Nagy Á, Fritse M, Varga PP. (2010) Projektív személyiségdiagnosztika fájdalom szindrómában. *Sajátosságok és differenciál diagnosztika. Előadás, mely elhangzott a MPT VII. Nemzeti Kongresszusán. Budapest. Január 27-30.*
14. Turk DC, Rudi, TE, Sorkin BA. (1993). Neglected topics in chronic pain treatment outcome studies: determination of success. *Pain 53. 93: 3-16.*
15. 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.*
16. 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.*
17. 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.*
18. 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.*
19. 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.*

Daganatos betegek pszichoterápiás megsegítése („A Damoklész kardja” pszichológiai kezelése)

Psychotherapeutical support of cancer patients (psychological treatment of „Damocles sword” symptoms)

Riskó Ágnes

Országos Onkológiai Intézet, Budapest

Kulcsszavak: daganatos betegek, hozzátartozók, pszichoszociális szempontok, szorongás, depresszió, PTSD, Damoklész kardja tünetcsoport, pszichoszociális intervenciók integrálása a komplex betegellátásba

Keywords: cancer patients, relatives, psychosocial issues: anxiety, depression, PTSD, Damocles sword symptoms, integration of psychosocial interventions into complex care of cancer patients

A rosszindulatú daganatos megbetegedések népbetegségnek, az embereket, a családokat komplex módon érintő tényezőnek tekintendők hazánkban. A magyar onkológiai statisztikai adatok mindkét nemből, illetve szinte minden lokalizációban Európa legrosszabb értékeit mutatják. Nagy jelentőségű, hogy a daganatos megbetegedések kezelési eredményei folyamatosan javulnak. Ez az eredmény az új eljárások/módszerek bevezetésének, az ellátórendszer fejlesztésének, a komoly szemléletváltozásnak, valamint a multidiszciplinárisá váló team-munkának köszönhető.

Az onkológia az elmúlt évtizedek fejlődésének köszönhetően komplex szakmává alakult. A betegek számára a legjobb gyógyulási, és/vagy gondozási esélyt a diagnosztika, a sebészet, a sugárterápia, a gyógyszeres kezelés, az onkológiai gondozás, a szomatikus és pszichoszociális rehabilitáció, valamint a hospice ellátás egysége adja. Mindegyik kezelési módszer adott országunkban, csak sok esetben nem ott, nem akkor és nem olyan mértékben/minőségben, amire a betegeknek/hozzátartozóinak, és a szakembereknek a humánus és költséghatékony munkavégzés, valamint a méltányos teherviselés miatt szüksége lenne.

A daganatos betegek onkológiai kezelésének/gondozásának pszichoszociális sajátosságai

Általános reakciók

A rosszindulatú daganatos betegséggel küzdő emberek mondanivalójának meghallgatása, és a mentálhigiénés szakemberekkel kibővült onkológiai kezelő csapat tagjainak megfigyelései adják az onkopszichológia tartalmának valódi alapját.

Ismertté vált, hogy a daganatos betegség diagnosztizálásának megtudása, a szükséges beavatkozásokban és az onkológiai terápiákban való együttműködés érzelmi és pszichoszociális reakciókat vált ki azonnal és/vagy a későbbiekben a betegekből, a hozzátartozókból, sőt, a kezelőkből is. Ugyanis a daganatos beteg lelki problémáit nem lehet a testébe-lelkébe lokalizálni, mert a pszichés szimp-tómák sem tartják be határokat, hanem kiterjednek, áthatolnak a pácienssel foglalkozók, a körülötte élők testébe és lelkébe, hasonló, olykor még kifejezettebb tünetképzést okozva. A pácienseknek kezdetben a test feletti kontroll elvesztéséhez, testi veszteségekhez (pl. seb, amputáció, szerv-kivétel), a sugárterápia okozta bőr-elváltozásokhoz, a citosztatikumok okozta hajhulláshoz/megkopaszodáshoz, és más – látható és láthatatlan – mellékhatásokhoz kell alkalmazkodniuk. Meg kell tanulniuk együtt élni számos bizonytalansággal (változás a különböző szerepekben, napi ritmusban stb.). A korszerű kezeléseknek kö-

szönhetően egyre többen élnek együtt hosszú ideig rákbetegségükkel, és sajnos, gyakran krónikussá vált szorongással, depresszióval, lelki sebezhetőséggel, negatívnak átélt testképpel, szexuális nehézségekkel, családi/kapcsolati problémákkal és a visszaeséstől való félelemmel (Dankó László kardja tünetcsoport). Vannak a rákbetegség kezelésének következtében kialakuló és fennmaradó „mellékhatások”, amelyek még mindig nem kapnak kellő figyelmet a szakemberektől, mint például az anyagiakkal, a jogi és biztosítási kérdésekkel, valamint az oktatással/karrierrel, társadalomba való visszailleszkedéssel kapcsolatos problémák.

A betegség és kezelésének jelentősége a pszichoszociális reakciókban

Egyéni sajátosságok

A daganatos betegség diagnosztizálása és kezelése számos területen megtorpanást okoz a beteg és hozzátartozói életében. Különösen a gyermek-serdülőkorú, illetve az idős betegek lelki reakciói kifejezettebbek. A tünetek kialakulásában és mértékében szerepet játszik, hogy az adott személy aktuálisan milyen élethelyzetben van. Számít, hogy van-e a kórelőzményében feldolgozatlan lelki trauma, pszichés tünetképzés, pszichiátriai betegség; illetve munkanélküliség, kedvezőtlen szocioökonómiai helyzet tovább nehezíti a daganatos beteg helyzetét. Összefoglalva, a rákbetegsége és kezelésére a betegek különböző reakciókat nyilvánítanak, mely válaszok függenek a betegség és kezelésének jellegzetességeitől, az érintett beteg személyiségétől és az igénybe vehető pszichoszociális forrásoktól.

Pszichoszociális források

Szakirodalmi adatok bizonyítják, hogy kifejezett összefüggés van az onkológiai kezelés alatt lévő, illetve gondozásban részesülő páciens informáltsága, betegség/kezelés tudatossága, szociális támogatottsága és megfelelő érzelmi és pszichoszociális alkalmazkodása, az ún. pszichoszociális életminősége között. Az onkológiai kezelés befejezése utáni pszichoszociális intervenciók alkalmazása is kedvező hatású a lelki panaszokkal küzdő, onkológiai betegsége szempontjából sikeres túlélő számára. Újra és újra bebizonyosodik, hogy nem elég csak a betegséget kezelni. Sőt, a rákbetegség komplex hatásai túlmutatnak az adott betegen. A gondozó partner, a gyermek, a nagyszülők és más családtagok, a barátok is szenvedhetnek a pszichoszociális tünetektől, nem egy esetben intenzívebben, mint a túlélők.

Amikor a daganatos betegek pszichoterápiás megsegítésének kérdéseivel foglalkozunk, ki kell emelnünk az aktuális pszichoszociális reakciók felismerésének és enyhítésének fontosságát különböző pszichoterápiás módszerekkel, főként az onkológia területén egyik leggyakoribb betegség, a poszttraumás stresszbetegség (PTSD) kockázatának csökkentése érdekében. Ugyanakkor a betegség-

gel kapcsolatos élmények tudatosításával és érzelmi feldolgozásával, a megfelelő pszichoszociális intervenciók alkalmazásával az ún. poszttraumás növekedés (PTN) elősegítése ideális célunk.

Poszttraumás stresszbetegség és poszttraumás növekedés daganatos betegek esetén

Daganatos betegeknél a poszttraumás stressz betegség (PTSD) okozta tünetek kialakulását mind az aktív kezelés, mind a tartós tünetmentesség alatt elősegíti, ha az adott személy halálos veszélyben érzi magát, ha bizonyos beavatkozásokat és kezeléseket traumatizálóan él át, miközben saját maga tehetetlenségét tapasztalja.

Onkológiai betegek esetében a traumatikus esemény (pl. diagnózis/visszaesés/újabb daganatos betegség közlése, beavatkozások, kezeléseket megtudása, elviselése) magába foglalja a halál bekövetkezésének eshetőségét, a fizikai és lelki integritás sérülésének, elvesztésének lehetőségét. Az átélt érzelmek: intenzív félelem, segítség nélkülség érzése, rémület, bénultság. Leggyakoribb tünetek:

1. a traumás eseményre való ismétlődő, kényszerű visszaemlékezés és erről való álmódos;
2. érzelmi dermedtség, általános válaszkészség bénulása és a traumatikus esemény tagadása;
3. fokozott készenlét: túlzott éberség és élenkség, alvászavar.

Amennyiben a három tünetcsoportból a szimptóma/k egy hónapon túl fennmaradnak, akkor felmerül a PTSD diagnózisa. Strukturált klinikai diagnosztikus interjúval *H. S. L. Jim* és munkatársai a kezelés alatt álló betegek 2-35 %-ánál igazolták a PTSD-t. A szakirodalmi adatok alapján a sikeres túlélők 25%-a túlzottan éber és óvatos, elsősorban a betegség kiújulása miatti félelmek miatt.

Terápiás lehetőségek a PTSS és a PTSD kezelésében rákbetegek esetén

Az állapotfelmérés alapján alkalmazott pszichoszociális intervenciók célja a traumatikus élmény érzelmi feldolgozása és elfogadása, az élettörténetbe való integrációja támogató szociális kapcsolatok keretei között.

Metaanalízisek igazolták, hogy a következő pszichoszociális intervenciók hatékonyak a PTSD kezelésében: kognitív viselkedésterápia, deszenzitizáció, stresszkezelő tréningek: progresszív relaxáció, irányított imagináció, érzelmek kifejezésének támogatása, problémamegoldás fejlesztése. Saját tapasztalataink alapján az egyéni szupportív pszichoterápia kedvező fogadtatásra talál betegeknél, az elért eredmények biztatók.

Mivel az időben nem felismert, kezeletlen PTSD tünete a betegség kezelésének befejezése után is jelen lehetnek, a szimptómák prolongálódhatnak, ezáltal komoly distresszt okoznak és negatívan befolyásolják az érintett személy és hozzátartozói mindennapi életét, életminőség-

gét. Ezen személyeket mielőbb a megfelelő, pszichoszociális intervenciót biztosító munkacsoportokhoz ajánlott irányítani a kezelésüket, illetve az onkológiai gondozásukat végző szakembereknek.

Damoklész kardja szindróma

A daganatos betegek egy része (gyermekkorúak, korai traumát átéltek, éretlen személyiségűek, gyenge megküzdési képességűek, kevés segítő emberi kapcsolattal rendelkezők stb.) időlegesen, vagy állandóan fél, szorong betegségének súlyosbodásától, illetve kiújulásától, végső soron a haláltól akkor, amikor ennek nincs jele, realitása. Leginkább az önerőből uralhatatlan félelemben élés, a gyakori orvoshoz járás, az indokolatlan vizsgálatok türelmetlen kérése jellemzi őket. Alapvető életfunkcióikban is megzavarja őket ez a szorongásos-depresszív állapot, amelynek rendezésében nem segíthet a „józan ész” (logikai érvelés, edukáció, illetve a gyakori vizsgálatok stb.). Onkopszichológiai szűrés, pszichodiagnosztikai vizsgálat segíthet e szindróma meglétének igazolásában és az egyénre szabott pszichoszociális intervenció kidolgozásában, alkalmazásában.

Poszttraumás növekedés (PTN)

A fogalom lényege: a traumákkal, veszteségekkel, betegségekkel való küzdelem pozitív személyiségfejlődéshez vezethet, melynek során az értelmi és az érzelmi feldolgozás növekedéssé alakulhat át, az adott személyben optimistább életszemlélet, pozitívabb életfilozófia alakulhat ki.

A daganatos betegek három területen tapasztalnak kifejezett, speciális (nem az általános fejlődésnek tulajdonítható), kedvező változást betegséggel való megküzdésük eredményeként: emberi kapcsolatok, személyiség és megküzdési képesség.

1. emberi kapcsolatok: kifejezettebb szeretet és kapcsolati igény kinyilvánítás a társ, a családtagok, a barátok iránt;
2. személyiség: megnövekedett érzékenység és empátia, nyitottság mások iránt, fokozottabb én-erő, nagyobb megelégedettség, pozitívabb életszemlélet, az élet értékeinek fokozottabb értékelése.
3. megküzdési képesség: nyitottabbá válás a körülmények és a történések elfogadásában, jobb probléma felismerés, hatékonyabb stresszkezelés, kedvezőbb érzellem kifejezés.

Jim és munkatársai véleménye alapján jóllehet a PTN segíti a betegeket a traumatikus események feldolgozásában és integrálásában, mindez ellentmondásosan kapcsolódik a testi és lelki jó közérzethez, a pszichológiai kimenetel végeredményéhez.

A pszichoszociális szempontok és gyakorlat integrálásának szükségessége a komplex betegellátásba – a diagnózis közlésétől a sikeres túlélésig

Bizonyos, hogy nem elég a daganatos beteg testét meggyógyítani, és kezelését, testi-lelki rehabilitációját a hozzátartozók, valamint a szakemberek életminőségének figyelmen kívül hagyásával megtervezni. Ma már dokumentált, hogy az egész betegségfolyamat során, majd a tartós és sikeres túlélés alatt a komplex onkológiai gondozás fontos része a pszichoszociális szemlélet, és a bizonyítékokon alapuló pszichoszociális intervenciók alkalmazása.

A daganatos betegek *lelki segítésének főbb tényezői:*

1. a páciensek – és lehetőség szerint hozzátartozóik – minél korábbi, majd az érzelmileg megterhelő időszakokban megismételt, önkéntes pszichoszociális szűrés (depresszió, szorongás, alkalmazkodási nehézségek, PTSD mérése, pszichoszociális problémák és igények felmérése). A daganatos betegek kb. 20-25 %-a igényel alkalmas pszichológiai/pszichiátriai kezelést kezelése/gondozása folyamán!
2. Az adatok alapján a pszichoszociális kezelési terv elkészítése a következő lépés, melynek megvalósítását össze kell hangolni az orvosi kezeléssel és az onkológiai gondozással. Számításba kell venni a betegek elutasító attitűdjét is (stigmatizálástól való félelem, a szükséges információk hiánya, rejtett szuicid készlettség stb.).
3. A mentálhigiénés szakemberek (klinikai szakpszichológus, pszichiáter, szociális munkás) az adatok, vizsgálati eredmények elemzése után megszervezik és biztosítják a megfelelő, személyre szabott intervenció megvalósítását, majd az utánkövetés biztosítását.

A daganatos betegség és kezelésének szomatikus és pszichoszociális következményei alapvető jelentőségűek és befolyásolják az adott beteg és hozzátartozói jólétét és életminőségét. A daganatos betegek és a sikeres túlélők heterogén csoportot alkotnak: vannak, akik szinte tünet/problémamentesek, mások krónikus problémákkal és tünetekkel küzdenek mindvégig. Az utóbbiak különösen veszélyeztetettek a lelki és a szociális tünetek időltté válásának szempontjából. Szerencsére napjainkban, az onkológia területén dolgozó egyre felkészültebb klinikai szakpszichológusok, pszichoterapeuták, pszichiáterek és szociális munkások arra törekednek, hogy minél hamarabb felismerjék és megfelelő lelki-, és szükség esetén pszichofarmakonokkal történő kezelésben is részesítsék az aktív onkoterápiában részesülő, illetve sikeresen túlélő betegeket.

A körültekintéssel megtervezett, randomizált, kontrollált prospektív klinikai vizsgálatok szolgáltatják a legmeggyőzőbb bizonyítékokat a daganatos betegeknél alkalmazott pszichoszociális intervenciókkal kapcsolatos kérdésekre, melyek közül a leggyakrabban feltett: elősegíti-e a pszichoterápia a kezelés alatt álló daganatos betegek túlélési idejének meghosszabbodását? Tudományosan

igazolt bizonyíték erre nincs. De fontos eredményeket már sikerült elérni, például a daganatos betegek lelki distresszét csökkenteni, alkalmazkodási és megküzdési

képességeiket támogatni speciális igényeikhez alakított pszichoszociális intervenciókkal, és ez által több esélyt adni a gyógyulásnak.

Irodalom

- Cutler JL, Goldyne A, Markowitz JC. (2004) Comparing Cognitive Behavior Therapy, Interpersonal Psychotherapy and Psychodynamic Psychotherapy. *Am J Psych* 161, 9: 1567-1573.
- Foa EB, Meadows EA. (1997) Psychosocial treatments for PTSD: a Critical Review. *Ann Rev Psychol* 48:449-80.
- Holland J, Weis, T. (2008) The New Standards of Quality Cancer Care: Integrating the Psychosocial Aspects in Routine Cancer From Diagnosis Through Survivorship. *Cancer*, 14, 6: 425-429.
- Jim HSL, Jacobsen PB. (2008) Posttraumatic Stress and Posttraumatic Growth in Cancer Survivorship: A Review. *Cancer*, 14, 6:414-420.
- Kazak AE, Alderfer M, Rourke MT. (2004) Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *J Pediatr Psychol*. Apr-May;29(3):211-9.
- Kásler M. A daganatos betegek helyzete Magyarországon.
http://209.85.135.132/search?q=cache:SZAOFIbT7AQJ:www.ehok.usn.hu/wp-content/uploads/aoknet/Onkologia/helyzet.rtf+hazai+onkológiai+adatok&cd=20&hl=hu&ct=clnk&gl=hu&lr=lang_hu
- Komlósi P. (2006) Csoport-pszichoterápia. In: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Horti J, Riskó Á. (szerk.) Medicina Kiadó, Budapest. 269-272.
- K. Szilágyi A, Diószeghy Cs, Varga K. (2008) Az intenzív terápiás team tagjaként alkalmazott pszichológus hatása az ápolási időre. *Orvosi Hetilap*, 149, 49: 2329-2333.
- Meyerowitz BE, Kurita K, D'Orazio LM. (2008) The Psychological and Emotional Fallout of Cancer and Its Treatment. *Cancer*, 14, 6: 410-414.
- Perczel Forintos D. (2005) A poszttraumás stressz zavar kognitív viselkedésterápiája. In: *Kognitív viselkedésterápia*. Szerk.: Mórótz K, Perczel Forintos D, Medicina Kiadó, Budapest, 417-437.
- Riskó Á. (1999) *A test, a lélek és a daganat*. Animula, Budapest
- Riskó Á, Tari A. (2006) Egyéni pszichoterápia. In: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. Horti J, Riskó Á. (szerk.) Medicina Kiadó, Budapest, 265-269.
- Horti J, Riskó Á. (szerk.) (2006) Daganatos betegek pszichodiagnosztikai szűrésének sajátosságai. In: *Onkopszichológia a gyakorlatban*. 257-261. Medicina Kiadó, Budapest
- Rowland J. (2008) What Are Cancer Survivors Telling Us? *Cancer*, 14, 6:361-369.
- Susánszky É, Riskó Á. (2006) Élet a betegség után. Sikeresen kezelt rosszindulatú daganatos betegek életminőségének vizsgálata. In: *A magyar népesség életminősége az ezredfordulón*. Szerk. Kopp M, Kovács M. Semmelweis Kiadó, Budapest, 477-485.

Klinikai zavarok és mentalizációs deficit – A kötődéselméleti perspektíva II.

Clinical disorders and deficits of mentalization – The Attachment Theory Perspective II.

Hámori Eszter

Pázmány Péter Katolikus Egyetem, Pszichológiai Intézet

Kulcsszavak: kötődés, mentalizáció, fejlődési zavar

Keywords: attachment, mentalization, developmental disorders

Bevezető - a kötődéselmélet

A John Bowlby, angol pszichiáter, pszichoanalitikus nevéhez fűződő kötődéselmélet az 1950-es években új, az etológia eredményeire, a rendszerelméletre és a kognitív fejlődéslélektanra alapozott koncepciót vázolt fel az korai anya-gyermek kapcsolat természetéről és működéséről. Bowlby megfigyelése szerint a kötődés egy cél-orientált, evolúciósan megvalapozott viselkedéses rendszer, amelynek önálló, a túlélést szolgáló motivációs bázisa van. A rendszer célja, hogy azokat a viselkedéseket aktiválja, amelyek az elsődleges gondozóval, azaz az anyával való közelséget fokozzák olyan helyzetekben, amikor a csecsemő külső veszélyt, vagy belső stresszt érzékel, mint amilyen a gondozó személytől való szeparáció, illetve a fájdalom vagy a fáradtság. Pszichés szempontból a kötődési rendszer a biztonság keresését, és ezen keresztül az érzelmi szabályozás kialakulását szolgálja.

A kötődési rendszer Bowlby (1980) szerint egy diádikus, 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, majd 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.

A kötődési viselkedés szisztematikus vizsgálatára Ainsworth (1978) és munkatársai fejlesztették ki az ún. *Idegen Helyzetet*. Vizsgálataik alapján egy éves csecsemők anyjuktól való rövid szeparációra adott reakcióit elemezve három fő kötődési típust írtak le. A **biztonságosan**

kötődő csecsemők elkeseredtek az anya távozására, azonban visszatértek könnyen megnyugtathatóak voltak és visszatértek az explorációhoz. A **szorongó-elkerülő** viselkedést mutató csecsemők semmi jelét nem adták a szeparáció keltette stressznek, fiziológiai mutatóik azonban magas stresszhatást jeleztek, explorációs aktivitásuk lecsökkent. A **szorongó-ambivalens** csecsemők extrém módon kiborultak, és az anya visszatértek sem lehetett őket megnyugtanni. *Main* és kollégái (*Main és Solomon*, 1986) később egy negyedik típust is felismertek. Az ún. **dezorganizált** viselkedésű csecsemők a szeparáció hatására bizarr, sztereotíp viselkedéseket és a disszociatív állapotokhoz hasonló reakciókat produkáltak, ami arra utalt, hogy a stresszhelyzetben képtelenek voltak adaptív módon kezelni a helyzet által provokált szorongásokat.

A *Main és munkatársai* (1990) által kidolgozott félig-strukturált mélyinterjú (AAI, **Felnőtt Kötődési Interjú**) segítségével a felnőttkori kötődési reprezentációk természetének feltérképezésére nyílt lehetőség a 90-es évektől kezdődően. Az interjúban a felnőtt gyermekkori kötődés élményeiről, és a kötődési személyekhez való érzelmi viszonyulásról kérdeztek emlékeket. Az élménybeszámolók narratív elemzése során a csecsemő kötődési viselkedéséhez hasonló kategóriákat azonosítottak a megkérdezetteknek. 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 emlékeit koherens, integrált, érzelmileg feldolgozott élményekként elbeszélő felnőttek kötődési mintája biztonságosnak bizonyult, míg a korai kötődési élményeket inkoherezen, érzelmileg inkonzisztensen elbeszélő felnőtteknél a szorongó kötődés különböző típusait jelelték meg. *Fonagy és munkatársai* klasszikus tanulmányukban (*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 alátámasztotta azt a feltevést, hogy a kötődési minták szülőről gyermekre 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, miközben a törékeny biztonság élménye, és a gondozóval való közelség keresése megtartható. Ennek ára azonban az, hogy a pszichés egyensúly megőrzése érdekében az én túlzott megterhelésnek van kitéve, következésképp nagyobb a valószínűsége a különféle pszichopatológiai tünetek kialakulásának.

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. A későbbi kutatások olyan emlékezési, pszichés védekezési és figyelmi stratégiabeli sajátosságokat ismertek fel, amelyek – elsősorban a dezorganizált kötődésre jellemző kognitív stratégiákhoz hasonlóan – sokban mutattak hasonlóságot az énféjlődés súlyosabb zavaraira jellemző – és különösen a borderline zavarokra specifikus – kognitív és védekező stratégiákkal (*Fonagy, Bateman*, 2008).

A csecsemőkori dezorganizált kötődés megfigyelése nyomán *Bolwby* (1980) eredeti leírása és elképzelése a gyermekkori gyászról, annak patológiás formáiról, és kötődési kapcsolatra gyakorolt hatásáról kezdtek érthetőbbé tenni a súlyos felnőttkori depressziók háttérében zajló korai kapcsolati mintákat. 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 traumaélmény-kezelési módot. *Liotti és munkacsoportja* (*Liotti*, 1992) borderline betegeknél szintén azonosították az érzelmi-regulációs minták dezorganizált kötődésre jellemző patológiás szerveződését.

Az 1990-es évektől egyre több kötődés-specifikus mérőszköz 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 megállapítása, és bizonyos klinikai zavarokkal történő összefüggésének felismerése.

A bizonyítékokon alapuló gyógyászat szellemében a gyermekklinikai kutatások számos klinikai zavar háttérében azonosították a kötődési rendszer zavarára, vagy deficitjére utaló jegyeket. *Hesse és Main* (2000) eredménye szerint például 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 érzelmei 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 érzékelték, és stressz-

helyzetekben az egyedül maradás élményét élték át, ami a szorongó-elkerülő kötődési mintára utalt.

Az újabb kutatások eredményeinek összefoglalása azt mutatta (*Chicetti, 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 tűnt azonban, hogy önmagában a szorongó kötődés e két altípusa nem feltétlenül jelzi előre egy adott klinikai zavar nagyobb előfordulását, sem pedig a kötődésnek az adott zavara specifikusan jellemző dinamikus profilját. Az ún. „kategorizációs modell” – azaz a biztonságos és a szorongó kötődés különféle altípusait azonosító, és ehhez egy adott pszichopatológiai konstellációt rendelő elképzelés – több kutatás eredményei alapján nem tudott megbízható és elégséges magyarázó modellt nyújtani az egyes klinikai zavarok háttérében álló kötődés-specifikus jellemzők megállapításához (vö.: *Fossati és mtsai, 2003*).

Az utóbbi évek legújabb kutatásai egyre inkább a kötődés „többdimenziós kontinuum modelljének” (*Fossati és mtsai, 2003*) magyarázó erejére hoznak adatokat. A többdimenziós kontinuum modell a tipológiai megközelítéssel szemben az egymást kizáró kötődési stílusok együttes jelenlétére is választ adhat, és alátámasztja a komplex kötődési minták jelenlétét egészséges és klinikai populációk esetében is. A többdimenziós kontinuum modell a kurrens tanulmányok szerint erős magyarázó erővel bírhat bizonyos klinikai zavarok esetén, mint amilyenek pl. szorongásos, a hangulati és a személyiségzavarok (lásd pl. *Fossati, Feeney, Donati, 2003*). *Schwartz és munkatársai (2009)* legújabb vizsgálatukban az evészavarok, és különösen az anorexia nervosa háttérében azonosították az egyszerre és egymással párhuzamosan működő két eltérő munkamodellt, az elkerülő és az ambivalens szorongó kötődési stílust. Vizsgálataik bizonyították, hogy míg a szükségletek folyamatos „negligálása”, elfojtása (azaz az evés elutasítása) az elkerülő kötődésre jellemző érzelmi szabályozási stratégiát tükrözi, addig a folyamatos „életvesztély”, a testre való figyelés igénye, a gondozó személy figyelmének és közelségének állandó fenntartása révén a kötődési rendszer folyamatos aktivitását jelzi, s egyben az ambivalens kötődésre jellemző, az érzelmi aktivitást ébren tartó kötődési mintára utal.

Bizonyos zavarok esetén azonban az egymásnak ellentmondó, de párhuzamosan működő kötődési minták sem tudnak magyarázatot adni az adott zavar háttérében meghúzódó tüneti kép sajátosságaira. Számos kutatás utal arra, hogy ilyen esetekben az adott kötődési stílushoz kapcsolódó dezorganizált kötődési jegyek azok, amelyek jelentősen hozzájárulhatnak az adott specifikus klinikai kép kialakulásához és a tüneti kép sajátosságaihoz (*Putnam, 2006*). Mindez felveti annak szükségességét, hogy megvizsgáljuk a dezorganizált kötődési jegyeknek az adott pszichopatológiai kép alakításában játszott szerepét.

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 kötődési 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 háttérében 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 háttérében.

Fontos felismerés volt azonban, hogy a szülői bántalmazás hiányában is megjelenhet a „D” típus. Ennek háttérében a szülő saját, megoldatlan, kötődés-specifikus traumáinak működésbe lépését találták. Nevezetesen azt, hogy a csecsemő bizonyos stressz-jelzései 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 megnyugtatás 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 „kilépjen” abból a fenyegető helyzetből, amelyből menekülni nem tud.

Putnam (2006) az ilyen kötődési háttéren létrejövő, a későbbi gyermek-, serdülő- és felnőttkorban megjelenő disszociatív tünetek különféle típusaival (disszociatív amnézia, deperszonalizáció 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, személyiségzavarokat (disszociatív, borderline), illetve pszichotikus élményszerveződést.

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

Kötődés és mentalizáció

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 készség 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 elsősorban csecsemője érzelmeit, gondolatait, vágyait, olvasni és értelmezni. Számos kutatás bizonyítja a fejlett reflektív és „gondolatolvasási” készség és a biztonságos kötődés kapcsolatát, valamint hosszú távú hatásait a későbbi társas, érzelmi, és kognitív fejlődésre.

Egy korábbi kutatásunkban kimutattuk, hogy az anya csecsemője 9 hónapos korában tanúsított fejlett mentalizációs készsége a komoly fejlődési rizikóval született koraszülöttek esetében is a biztonságos kötődés kialakulását prediktálta a gyermek 12 hónapos korára (Hámori, 2005). Jelenleg is folyó longitudinális kutatásunk eddigi eredményei pedig azt mutatják, hogy ismeretlen csecsemők viselkedésének értelmezésekor a fejlődési rizikó feltételezése és attribúciója összefüggésben áll a saját gyermekkel kapcsolatban átélt szorongásokkal. Azaz, a szülők többnyire azokat a viselkedésgyegyeket emelik ki és tartják problémásnak egy ismeretlen csecsemő viselkedésének értelmezésekor, amelyek miatt saját, fejlődési rizikóval született gyermekük esetében is aggódnak. Másik fontos eredményünk, hogy a szülők által problémásnak ítélt viselkedésgyegyekre kialakult fokozott szenzitivitás akadályozza a szülőket abban, hogy felismerjék és támogassák saját csecsemőjüknél az intencionális viselkedések bizonyos típusainak megjelenését (pl. tárgyra irányuló problémamegoldás, kontingens kapcsolatok felismerése, interaktív játék kezdeményezése) a gyermek 9 hónapos korában, mivel ezeket a viselkedésgyegyeket sok esetben félreértelmezik, és az adott fejlődési rizikóra utaló jegyként azonosítják (Hámori és mtsai, 2009; Hámori, 2010).*

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”.

Ami a mentalizációs készség fejlődési eredetét illeti, Gergely és Unoka (2008) arra mutatnak rá, hogy a mentalizációs képesség – a korábbi feltételezésekkel ellentétben – nem kizárólag humánspecifikus jellemző, és kialakulása evolúciós szempontból független a kötődési rendszer fejlődésétől. A két rendszer emberi fajra jellemző humánspecifikus kapcsolata éppen a pszichopatológiai jelenségek jellemzőiben érhető tetten, amennyiben a kötődési rendszer súlyos zavarai a mentalizációs készség teljes, vagy részleges gátlásához vezethetnek. Ez utóbbi pedig jól magyarázza az énféjlődés, az érzelmi szabályozás és az önreflektív képesség zavarát, illetve deficitjét bizonyos pszichiátriai képeknél. A legújabb kutatások (Sharp, Fonagy, 2008; Fonagy, Luyten, 2009) a fiatalkori borderline patológia kialakulásában szintén a mentalizációs készség szelektív gátlására hoznak bizonyítékot. A súlyos személyiségzavar etiológiájának újabb kutatásai arra világítanak rá, hogy a tünetek és a diszfunkciók, sőt ezek neurobiológiai háttere (Grosjean, Tsai, 2007) az énféjlődés korai szakaszaiban is kimutathatóak.

Bouchard és munkatársai (2008) felnőtt klinikai 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 különböző 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 nem értése, 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 érzelmek, indulatok, a fantáziák, mivel valóságosként át-

*A „Csecsemő intencionális viselkedésének és az anyai attribúcióknak a szerepe a korai interakciós minták fejlődésében – koraszülött, Down szindrómás és atipikusan fejlődés csecsemők esetén” c. kutatási programot a szerző OTKA F 68374 sz. pályázata támogatja.

élték, 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, Sharp, Fonagy, 2008), illetve a szimbolikus reprezentáció építésének facilitálását a terápiás kapcsolat kontextusában (Sugarman, 2006). Az én-idegen, reflektálhatatlan élmények visszatükrözése és verbalizációja szintén részét ké-

pezheti 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.
- Fonagy P, Bateman A. (2008) *The Development of Borderline Personality Disorder – A Mentalizing Model*. *Journal of Personality Disorder*. 22(1):4-21.
- Fonagy P, Luyten P. (2009) *A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder*. *Development and Psychopathology*, 21:1355-1381.
- Fossati A., Feeney J, Donati D, Donini M, Novella L, Bagnato M, Acquarini E., Maffei C. (2003) *On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire in Italian Clinical and Nonclinical Participants*. *Journal of Social and Personal Relationships*. 20:55-79.
- Gergely G., Watson JS. (1998) *A szülői érzelmi tükrözés szociális biofeedback modellje*. *Thalassa*, 9:56-105.
- Gergely Gy., Unoka Zs. (2008) *Attachment, affect-regulation, and mentalization: the developmental origins of the representational affective self*. In.: Sharp C, Fonagy P, Goodyer I. (Eds.): *Social Cognition and Developmental Psychopathology*. Oxford University Press, 305-343.
- Grosjean B, Tsai GE. (2007) *NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder*. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 32(2):103-115.
- Hámori E. (2000) „Idegen test” a terápiás térben - a separációs 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 – Bukatók és korrekív lehetőségek a korai kapcsolat fejlődésében*. Pázmány Kiadó, 2005.
- Hámori E, Mirk Gy, Szantner J, Jászberényi M. (2009) *Minek alapján tulajdonítunk fejlődési rizikót egy csecsemőnek? A fejlődési rizikó attribúciója, és ennek összefüggései a szülői aggodalmakkal. „Kutatás és terápia metszéspontjai” konferencia, MPT Klinikai Gyermekpszichológiai Szekció, és PPKE BTK Pszichológiai Intézet, Piliscsaba, 2009. október 29.*
- Hámori E. (2010) *Valóság és projekció határán. Az együttlét nehézségei a korai anya-csecsemő kapcsolatban*. Publikációra benyújtva. Lélekelemzés, 2010.
- 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.: Brazelton T, Yogman M. (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.: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings E (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, D.J. (Eds.) *Developmental Psychopathology. Volume Three: Risk, Disorder and Adaptation*. John Wiley and Sons, Inc. 657-696.
- Schwartz M, Galperin L, Gleiser K. (2009): *Attachment as a Mediator of Eating Disorder: Implications for treatment*. http://www.castlewoodtc.com/books/attachment_as_a_mediator.pdf
- Sugarman A. (2006) *Mentalization, insightfulness, and therapeutic action: The importance of mental organization*. *International Journal of Psycho-Analysis*, 87:965-987.
- Sharp C, Fonagy P. (2008) *Social cognition and attachment related disorders*. In.: C. Sharp, P. Fonagy, I. Goodyer (Eds.): *Social Cognition and Developmental Psychopathology*. Oxford University Press, 271-305.
- Target M (1998) *A kötődés reprezentációja súlyos személyiségzavarban szenvedő betegeknél: szempontok a terápiás gyakorlathoz*. *Thalassa*, (9)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.

Gyermekkori depresszió és szorongásos zavarok pszichoterápiája

Psychotherapy of childhood depression and anxiety disorders

Nagy Péter

Vadaskert Kórház és Szakambulancia

Kulcsszavak: kognitív viselkedésterápia, gyermekkori depresszió, gyermekkori szorongás

Keywords: cognitive behavioral therapy, childhood depression, childhood anxiety

A gyermekkori depresszió és a gyermekkori szorongásos kórképek a gyermekpszichiáter és -pszichológus gyakorlatában gyakran előforduló zavarok. A szorongásos kórképek prevalenciáját 8-10%-ra becsülik, a depressziót pedig 2,5-6%-ra, habár a szórás az alkalmazott módszerektől és a vizsgált populációtól függően jelentős (Shaffer D, 1996). A két kórkép között gyakori az átfedés; a szorongásos kórképek időben általában megelőzik a depresszív zavarokat (Biederman J, 1995).

A depresszív zavarok serdülőkorban jelentősen gyakoribbá válnak, és amennyiben célzott kezelésre nem kerül sor, a depressziós epizód átlagos időtartama 32-36 hét (Kovacs M, 1984; McCauley E, 1993). A disztímia ennél hosszabb ideig, átlagosan 3 évig tart. Jelentős a visszaesés kockázata: a depressziós epizódon átesett gyerekek 54%-a 3 éven belül ismét depressziós lesz. A serdülőkori depresszió a szuicidum jelentős rizikófaktora.

A szorongásos kórképek spontán enyhülése ritka, az idő előrehaladtával további szorongásos, ill. depresszív tünetek megjelenése jellemző (Pine DS et al, 1998).

Mindezek alapján a funkcióromlást okozó depresszív és szorongásos kórképek adekvát pszichológiai kezelése feltétlen szükséges. Az elmúlt évtizedekben több olyan strukturált, kézikönyvben viszonylag részletesen, gyakran ülésről-ülésre leírt kognitív viselkedésterápiás program született, amelyek hatékonyságát a randomizált, kontrollált vizsgálatok támasztják alá (Weisz, Jensen-Doss, Hawley, 2006). A legtöbb terápiás program mind kognitív, mind viselkedésterápiás elemeket tartalmaz, ezek aránya azonban a felnőtteknél megszokottaktól általában eltérő. Jelentősebb szerepe lesz a viselkedésterápiás eszközöknek, a kognitív torzításokban, maladaptív sémákban bekövetkező változások is gyakran a viselkedésterápiás intervenciók közvetítése révén zajlanak. A kogníciók és emóciók elkülönítésére, ill. a köztük lévő összefüggések felfogására való képesség az iskoláskorban kezd el kialakulni, és általában a serdülőkorra érik el a gyerekek a metakognitív képességek olyan szintű fejlettségét, amely lehetővé teszi az automatikus gondolatok azonosítását és módosítását célzó technikák alkalmazását.

A számos elérhető kognitív viselkedésterápiás program közül a depresszió kezelésére a PASCET programot, a szorongás kezelésére pedig a Merész Macska programot mutatott be. Mindkét programban alapvető fontosságú az első néhány találkozás alapján kialakított konceptualizáció, amely az egyes ülések és a teljes program menetét személyre szabottá teszi.

A PASCET program a gyermek- és serdülőkori depresszió kognitív és viselkedésbeli jellegzetességeire, illetve az észlelt kontroll és megküzdés kétlépcsős modelljére épül (Rothbaum, 1982; Weisz JR, 1992). A program során a gyermekek megtanulják, hogy hangulatukat az elsődleges kontroll (késztségdeficitek korrekciója, objektív körülmények alakítása), illetve a másodlagos kontroll (kogníciók, elvárások, az értelmezések korrekciója az objektív körülményekhez való adaptívabb alkalmazkodás érdekében, így befolyásolva azok szubjektív hatását) gyakorlására alkalmas készségek elsajátítása révén tartásuk kézben. Az elsődleges kontrollhoz tartozó technikák a problémamegoldás, az aktivitás fokozása, a pozitív önprezentáció, a progresszív relaxáció és az új készségek elsajátításának általános módszere. A másodlagos kontroll eszközei a kognitív torzítások felismerése és módosítása, a rumináció megszüntetése, a pozitívabb attitűd elősegítése és a szociális kapcsolatok támogatása, a társas megküzdési módok gyakorlása.

A Merész Macska program első szakaszában az ülések az edukáció és a megküzdési stratégiák általános bemutatásának célját szolgálják, a második, hasonló időtartamot igénylő szakaszban pedig az addig megtanult technikák gyakorlása zajlik konkrét, lehetőség szerint valós szituációkban. Annak ellenére, hogy az utóbbi években a virtuális expozíció hatékonyságát sikerült kimutatni a szorongás csökkentésében (Emmelkamp PM, 2002), az is egyértelművé vált, hogy ezekben minél kevesebb a valóságos elem, annál kevésbé alakul ki a valódi helyzetben jelentkező szorongás, így a virtuális térben vagy eljátszott szituációban átélte sikeres megküzdés sokszor nem jár együtt a valódi élethelyzetben fellépő szorongás legyőzésének képességével. Ennek megfelelően a szorongó gyerekek kezelése során az egyik alapvető terápiás elem a szorongást kiváltó valóságos, vagy arra a lehető legtöbb tekintetben hasonlító szituációkban történő expozíció, és az ott kialakuló szorongás során az elkerülés, a helyzetből való kilépés megelőzése, és a tanított adaptív megküzdési stratégiák gyakorlása. Az első szakaszban, a szorongáscsökkentő stratégiák megtanulásának fázisában az ülések során – a megfigyeltek és a gyerekek által elmondottak alapján – folyamatosan igyekszünk összegyűjteni minél több olyan helyzetet, amelyek az adott gyermekből szorongást váltanak ki. Ezeket a kiváltott szorongás erőssége alapján hierarchiába rendezzük, hogy később, a második, gyakorlással töltött szakaszban az addig megtanult technikák kipróbálása egyre fokozódó nehézségű szituációkban történjen.

A program során a következő megküzdési stratégiák tanítása és személyre szabott gyakorlása történik: affektív edukáció (mivel a szorongó gyerekek és serdülők kevésbé képesek az érzelmek és a gondolatok elkülönítésére, ill. az alapvető érzelmi állapotok felismerésére és módosítására); progresszív relaxáció (a szorongással járó feszültség egyik aspektusának enyhítésére, ill. a szubjektív coping

kompetencia fokozására); kognitív technikák (a patológiás szorongást eredményező automatikus gondolatok azonosítására és módosítására); problémamegoldás (a passzív és elkerülő reakciók enyhítésére és a kompetencia élményének fokozására); ill. önminősítés és önjutalmazás (az alacsony önértékelés realíshoz közelítésére, a saját teljesítmény árnyaltabb értékelésére).

Irodalom

- Biederman JFS. (1995). *Psychiatric comorbidity among referred juveniles with major depression: fact or artifact?* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34(5):579-90.
- Daniel S. Pine DS, M, Patricia Cohen P, Diana Gurley P, Judith Brook E, Yuyu Ma M. (1998). *The Risk for Early-Adulthood Anxiety and Depressive Disorders in Adolescents With Anxiety and Depressive Disorders.* *Arch Gen Psychiatry*, 55:56-64.
- Emmelkamp PM, Krijn M, Hulsbosch AM, de Vries S, Schuemie MJ, van der Mast CA. (2002 May). *Virtual reality treatment versus exposure in vivo: a comparative evaluation in acrophobia.* *Behav Res Ther* 40(5):509-16.
- Kovacs M, Feinberg TL, Crouse-Novak MA, Paulauskas SL, Finkelstein R. (1984). *Depressive disorders in childhood: A longitudinal prospective study of characteristics and recovery.* *Arch Gen Psychiatry.* *Arch Gen Psychiatry*, Mar;41(3):229-37.
- McCauley E, Myers K, Mitchell J, Calderon R, Schloredt K, Treder R. (1993). *Depression in young people: Initial presentation and clinical course.* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32:714-722.
- Rothbaum, FW. (1982). *Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control.* *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Shaffer D, Fisher P, Dulcan MK, Davies M, Piacentini J, Schwab-Stone ME, Lahey BB, Bourdon K, Jensen PS, Bird HR, Canino G, Regier DA. (1996). *The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study.* *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35(7):865-77.
- Weisz JR. (1992). *Cognition, competence, and coping in child and adolescent depression: Research findings, developmental concerns, therapeutic implications.* *Development and Psychopathology*, 4: 627-653.
- Weisz J, Jensen-Doss A, Hawley K. (2006). *Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care: A meta-analysis of direct comparisons.* *Am Psychol*, 61(7):671-89.

Az ADHD kezelése gyerek- és felnőttkorban

Treatment of ADHD for children and adults

László Zsuzsa

Fimota Központ

Kulcsszavak: ADHD, kognitív terápia, viselkedésterápia
Keywords: ADHD, cognitive therapy, behavior therapy

Az ADHD az egyik leggyakoribb és talán a legzavaróbb viselkedési probléma, ezért nagy figyelmet kap. Így a tudomány és a gyakorlat mellett sokak figyelmét felkelti és ki üzleti vállalkozásként, ki a hit alapján vagy fantáziából kreált elképzelések szerint kínál gyógymódot a jelenségre. Mivel az élet nehéz egy kis fimotával*, a szülők hajlandók bármit kipróbálni, különösen, ha a módszer gyors vagy teljes változást ígér. Nagyon sokféle kezelési eljárás van forgalomban a homeopátiától a neurofeedbackig. Ezeknek hatékonyságát azonban a tudományos vizsgálatok nem igazolták. Kimutatták, hogy ha volt hatás, azt az akaratlan viselkedésterápiás elemek okozták (pl. nagyobb figyelem irányult a gyerekre, a megfelelő viselkedést a szülők azonnal megerősítették stb.). Sajnálatos, hogy ezek

miatt a kezelések miatt sok gyerek nem, vagy csak későn kap hatékony segítséget.

A hatékony kezelés feltétele a pontos diagnózis. Részletes információval kell rendelkezünk a gyerek iskolai és otthoni teljesítményéről, és a baráti kapcsolatainak sikerességéről. Tisztában kell lennünk a tünetek súlyosságával, a pervazivitással, a comorbid tényezőkkel, a család működésével és a szülők kapacitásával. Az ADHD esetében nagyon nagy szerepe van a környezeti hatásoknak, ezért hatékony kezelés csak multimodális megközelítéssel végezhető.

A nagy számú kontrollált vizsgálat ma már lehetővé teszi, hogy a kutatók akár ezres nagyságrendű esetszámon végezzenek metaanalíziseket. Ilyen vizsgálatok történtek

* F-MO-TA (fimota): figyelemzavar, motoros nyugtalanság, tanulászavar szavakból képzett mozaik szó. Jelentésében az ADHD magyarosított megfelelője.

a Ritalin, a viselkedésterápia és az ún. közösségi rutin ellátás összehasonlítására az ADHD-s gyerekeknél. A leghatékonyabb, azaz a legnagyobb mértékű és hosszantartó változást a gyógyszeres és viselkedés terápia kombinációja hozta. Második az önálló gyógyszeres, harmadik az önálló viselkedésterápia és utolsó a rutin ellátás. Az első csoport akkor is sikeresebb, ha kevesebb gyógyszert kap, mint a csak gyógyszerrel kezelt második csoport. Csökkent a gyerekek szorongása, javult az iskolai teljesítménye, kevesebbet ellenkeztek, jobb lett a szülő-gyerek kapcsolat, és javulást mutattak a szociális kapcsolatok terén is.

Gyógyszeres kezelés

A nálunk is forgalomban lévő gyógyszerek:

Ritalin: methylphenidate szigorú vizsgálatok: biztonságos, hatékony, mellékhatása alig van. Az ADHD-s gyerekek 90-nál hatékony.

Ritalin-SR: 6-8 órán át hat.

Strattera: atomoxetine új, nem stimuláns gyógyszer, szelektív noradrenalin reuptake gátló, akkor ajánlott, ha a gyerekek nem reagál a Ritalinra vagy a szülők ellenzik a szedését.

RITALIN (METHYLPHENIDATE)

- ▶ A legtöbbet vizsgált gyógyszer
- ▶ Ismert a hatásmechanizmusa
- ▶ Gyakorlatilag nincs mellékhatása
- ▶ Fél óra alatt felszívódik és kb. 3 óra alatt kiürül
- ▶ Elég akkor bevenni, amikor szükség van rá
- ▶ Adagolása testsúly kilogramm független
- ▶ Az ADHD-sok 90%-nál hatékony
- ▶ Kamaszok és felnőttek is szedhetik
- ▶ ADHD-nál kizárt a hozzászokás, az adagot is ritkán kell emelni
- ▶ Álmoság, fáradtság jelentkezése túladagolást jelez
- ▶ A Ritalint szedő gyerekek között ritkább a drogozás, mint a kortársaiknál

A RITALIN HATÁSA

- ▶ Javítja a koncentráció képességet, ezáltal javítja a produktivitást
- ▶ Emeli az arousal szintet és növeli az agyi vérellátást
- ▶ Csökkenti a feszültséget, ezáltal javítja a szociális kapcsolatokat

MELLÉKHATÁSOK

- ▶ **Gyakori**
 - ▶ Csökkent étvágy a gyógyszer hatása alatt
 - ▶ Álmatlanság, ha a gyerek későn veszi be a gyógyszert
 - ▶ Viselkedés rebound a kiürülést követően
 - ▶ Fej- és hasfájás, ha a gyerek szorong
- ▶ A növekedési hormon **átmeneti** gátlása
- ▶ **Ritka:** szorongás/ depresszió

Triciklikus antidepresszáns: akkor javasolt, ha a Ritalin nem használ, vagy nem adható, pl. ha gyerekek tikkol, vagy ha hangulatzavar a társult tünet. Alacsony dózisban adva, növeli az éberségi szintet, csökkenti az impulzivitást és a zavaró, agresszív viselkedést. A szorongó és depressziós gyerekek esetében javítja a hangulatot. Ez a kezelés azonban hosszútávon nem tartható fenn.

Pszichológiai kezelés

Az ADHD olyan zavar, mely kezelhető, de nem gyógyítható, ezért fontos, hogy a gyerekek és a környezetükben élők egyaránt ismerjék és értsék a gyerek működését, egyéni sajátosságait, annak érdekében, hogy hatékony segítséget tudjanak neki nyújtani. A segítség célja, hogy a gyerekek értékeit megtartva megtanuljon alkalmazkodni és sikeresen együttműködni az őt körülvevő világgal.

Tudományosan bizonyított hatékony kezelési eljárás az ADHD kezelésében a kognitív- viselkedésterápia, 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.

Viselkedésterápiás technikák

A viselkedésterápiás technikák az ún. ABC logikát követik (Antecedens=előzmény, Behavior = viselkedés, Consequens=következmény). Ennek a sémának a rögzítése a szülőknél és pedagógusokban lehetővé teszi a hatékony szemléletformálást, a problémás gyerekek viselkedésének rendezéséhez való megfelelő hozzáállást.

Minden viselkedésnek van előzménye és következménye. Az előzmények befolyásolásán keresztül közvetlen hatást fejtünk ki a gyerek viselkedésére (behaviour intervention). Pl. ha a szülő a lakásban elteszi a törékeny dolgokat, akkor ezzel kizárja annak a lehetőségét, hogy idegesen veszekedjen a gyerekekkel, ha a porcelán vázához közelít, vagy dühből megbüntesse, mert eltört valamit. Hasonló módszerek kialakítását tanulják meg a pedagógusok is. A módszer egyszerű és hatékony, alkalmazása révén a felnőttek hamar visszanyerik kompetencia-érzésüket és motiválttá válnak újabb problémák megoldásában. Megértik, hogy a gyerek viselkedése sok tényező függvénye és nem a szándékos ártani akarás vezérli.

A következmény-szabályozás (contingency management) az egyik legfontosabb és hatékonyan alkalmazott módszer. Ez annyiban különbözik a felnőttek spon-tán jutalmazó, büntető nevelési módszereitől, hogy átgondolt, szisztematikus rendszert alkalmaz az elvárt viselkedés kialakulásáig illetve rögzüléséig. A viselkedés következménye lehet pozitív vagy negatív megerősítés. Viselkedésterápiában a negatív következmény a pozitív megerősítés elmaradását vagy a korábbi pozitív megerősítők visszavételét, egy adott helyzetből való eltávolítást vagy a részvétel megtagadását jelenti. A kezelésnek mindig arra kell fókuszálni, amit a gyerek meg tud csinálni. Az elvárt viselkedés megjelenését követi a pozitív megerősítés (= ami az adott viselkedés előfordulási valószínűségét növeli) a megszüntetni kívánt viselkedést pedig a negatív megerősítés (= ami az adott viselkedés előfordulási valószínűségét csökkenti).

ADHD-s gyerekek a közvetlen azonnali kis jutalmat előnyben részesítik a későbbi nagyobb jutalommal szemben, ezért a zsetonrendszer, illetve az ún. rávezetés (shaping) módszer a hatékony eszköz náluk a viselkedésformálásban és a viselkedésreperioár bővítésben.

A büntetésre (a szándékos, akaratlagos lelki vagy fizikai bántásra) nem, vagy ellenállással reagálnak. Az indulatos reakció, vagy a már megszerzett megerősítők pl. zseton visszavétele dühöt, ellenállást vált ki.

Kioltás: a pozitív megerősítő elhagyása negatív viselkedés esetén, és annak nyomatékosítása, hogy a megfelelő viselkedést ismét pozitív megerősítés követi, ez egyik leggyakrabban használt viselkedésformáló eszköz a fimoták terápiájában, mert maximális együttműködést vált ki belőlük.

Kognitív technikák

1. A saját viselkedés monitorozásának megtanulása az önirányítottság növelésére,
2. öninstruációs technikák tanítása: a latencia növelése a reakció késleltetésére, a viselkedésszervezés, viselkedésválasztás tudatosítására,
3. a problémahelyzet felismerésének és a problémamegoldás folyamat-sémájának rögzítése,
4. önkontroll technikák: az elemzés, tanulás, gyakorlás és alkalmazás folyamatán keresztül az önirányított, önmegegerősítő, önbecsülést növelő viselkedésszervezés kialakítása,
5. a felnőttek terápiájában jelentős szerepe van még a kognitív torzítások kezelésének (irracionális és negatív gondolatok, diszfunkcionális attitűdök, maladaptív sémák).

Modelltanulás

A kognitív viselkedésformálás részeként a viselkedésválasztás kiegészítő technikájaként, a szülőkkal való munkában a szülői viselkedési modell tudatosításában használjuk. Felnőttek esetében a spontán modellkövetés a kognitív torzítások azonosítása a pszichoterápiás munka részét képezi.

Közösségi modell

Az utóbbi években egyre több szó esik az ún. közösségi segítők rendszerének kidolgozásáról. Régóta tudjuk, hogy az alkalmazkodási és viselkedésszervezési nehézségek kezelése annál hatékonyabb, minél nagyobb körben sikerül egységesíteni az érintettre adott reakciókat, visszajelzéseket. Ilyen pl. ha a szülők és az iskola hasonló elvárásokat támaszt a gyerekekkel szemben és hasonló módon értékeli a gyerek akcióit. A közösségi modell az adott közegen belül, a környezet természetes résztvevőinek munkáját összehangolva a megelőzést és az egészségfejlesztést tekinteti céljának. Sokféle programmal: relaxáció, kognitív átstrukturálás, problémamegoldás, konfliktuskezelés, megbirkózási stratégiák tanításán keresztül, kortárs segítőkkel és kortárs-modellekkel segítik a beilleszkedést és a személyiségfejlődést.

A multimodális terápia összetevői

A gyerek énképének és viselkedésének közvetlen formálói a szülők, ezért fontos tudni, hogy milyen állapotban

vannak. Karakterüktől mennyire idegen a gyerek karaktere és viselkedése. Milyen szinten frusztráltak, mekkora stresszt élnek át, mennyire képesek együttműködni, mennyire borult föl a család szerkezet, sérült a párkapcsolat.

Sok esetben a szülők már nagyon rossz helyzetbe kerülve kérnek segítséget. Ilyenkor a szakma gyakran hibát követ el azzal, hogy a szülők állapotát felmérve család-, pár- vagy egyéni terápiát javasol a szülők számára. Ez komoly hiba, ha a gyerek viselkedészavarban szenved.

A szülőtréning segíthet abban, hogy a szülők magát a problémát megértsék, a neveléstechnikák kipróbálása révén legyen sikerélményük, érezzék, hogy képesek visszanyerni a gyerek irányítását, a családi élet szervezését és ezáltal nyerjék vissza az önbecsülésüket. Ezt követően a gyerek egyéni terápiája idején, a szülők már nyitottá válnak a család és párkapcsolat rendezésére. A szülőt meglehetősen igénybevevő egyéni terápiát pedig akkorra kell halasztani, amikor a gyerekevelés új technikái és módszerei rögzültek és a család stabilizálódott.

Szülőtréning

A szülők számára érthetővé és elfogadhatóvá kell tenni a gyerek viselkedését. Meg kell tanulniuk különbséget tenni a viselkedéskontroll, a viselkedésszabályozási zavar okozta problémák és a szándékos engedetlenség között, hogy dönten tudjanak, mikor szorul segítségre a gyerek és mikor kell leállítani. Csökkenteni kell a szülői büntudatot, hogy a zavaros érzelmi visszajelzések, én-üzenetek helyett, képessé váljanak arra, hogy a viselkedés és a környezeti következmények közötti összefüggéseket tanítsák a gyerekeknek. Ezen túl meg kell ismerniük a hatékony viselkedésrendezési technikákat.

Pedagógus konzultáció

A pedagógus bevonása a problémamegoldásba elengedhetetlennek látszik, amíg a gyerek a kezelés bizonyos fokára nem ér. A pedagógus segítségnyújtása és a gyerek önbizalmának építése nélkül az externalizációs viselkedés szélsőséges formákat ölthet. A felnőtt követelő, elutasító környezet folyamatos provokáló ágensként hat a gyerekre. A pedagógusok neveléstechnikai eszköztárának bővítése mellett fontos a pedagógust segítő szakemberek bevonása pl. pszichológus, fejlesztőpedagógus, szociális munkás stb.

A kortárs-segítők és kortárs-mediátorok rendszere hazánkban még nem épült ki. A tanári mentor rendszer néhány iskolában már hatékonyan működik.

Fizikai kivizsgálás

Ellenőrizni kell a gyerek érzékszerveinek megfelelő működését. Többek között ki kell zárni a „petit mal” típusú epilepszia jelenlétét, a cukorbetegséget és a pajzsmirigy rendellenes működését.

Egyéni terápia

A gyerekekkel történő munkában az énkép és önbecsülés helyreállítása a munka alapja. A gyerekeknek értenie kell saját problémáját és tisztában kell lennie erősségeivel, hogy pszichés energiáit mozgósítani tudja a változáshoz. A viselkedésszerveződés fejlesztése kognitív-viselkedésterápiával történik. A másodlagosan kiépülő hangulati, érzelmi zavarokat pszichoterápiával, a társult problémákat más szakemberek bevonásával kell rendezni.

A szociális készségek kialakítása

Többnyire csoportos formában történik. A viselkedéscsoportos bővítése, a konfliktuskezelés, az önkontroll viselkedések stb. elsajátításán keresztül a közösségbe való beilleszkedésük és együttműködő készségük fejlesztése történik.

Gyógyszeres kezelés

Minden olyan esetben szükség van rá, ha a gyermek személyiségfejlődése zavart szenved és a környezeti feltételek tovább már nem módosíthatók.

Egyéb segítség

Körülmekintő felmérés szükséges ahhoz, hogy a gyermek környezeti feltételeit a hatékony változások érdekében módosíthassuk. Ennek elengedhetetlen feltétele a gyermek motiválása és a sikerek révén a változásra való motiváció fenntartása. Az 1993-as többszörösen módosított oktatási törvény lehetőségeket kínál arra, hogy a fimoto gyerekek a szükséges speciális segítséget megkapják. Adódhatnak olyan helyzetek, amikor a gyerekeknek a tanórától való felmentésével tudunk segíteni. Ha a gyermek sikertelen, frusztrált, ha a folyamatos negatív visszajelzések miatt a helyzet provokálóan hat rá, akkor fennáll annak a veszélye, hogy az amúgy is a kontroll zavarával küszködő gyermek szélsőséges magatartásra ragadhatja magát. Fimoták esetében alapelvek, hogy a nemkívánatos viselkedés bekövetkeztét igyekszünk megelőzni. Sok esetben a megfelelő felmentés elégséges segítség ahhoz, hogy a gyermek beilleszkedjen, és jól teljesítsen a hagyományos iskolai körülmények között. A felmentés hiányában a helyzet sokszor annyira eldurvul, hogy csak speciális körülmények között folytatható a gyermek iskoláztatása. Ennek természetesen további pszichés következményei is vannak. Az alábbi esetekben érdemes a felmentéseket megfontolni:

- ▶ Írás vagy a kötött írás alóli felmentés – a gyenge grafomotoros készség miatt
- ▶ Torna és technika órák alóli felmentés – az impulzivitás miatt.
- ▶ A fáradt, kiégett, idős, kezdő vagy gyászban lévő tanárok órái alóli felmentés – az intenzív provokáció miatt.
- ▶ Szolfézs, ének, néptánc alóli felmentés – a monotonia miatt.

ADHD kezelése felnőttkorban

A felnőtt ADHD-sok egy része az ún. kezelt csoport, akiket gyerekkorukban már diagnosztizáltak és valamilyen terápián már részt vettek. Ismerik problémáikat, van már tapasztalatuk saját nehézségeikről, erényeikről és meghatározott stratégiájuk van problémáik kezelésére. Ezzel szemben a nem kezelt eseteknél gyakoriak az életvezetési problémák, a szer-abúzus és a pszichés zavarok. Gyakori társult problémák: alacsony önbecsülés, szorongás, depresszió, iskolai és munkahelyi problémák. Még ma is előfordul, hogy a szakemberek nem veszik észre az alapproblémát és hangulatzavarral, személyiségzavarral kezelik az ADHD-sokat. Mivel ez a kezelés nemigen használ, sokan azonosulnak a környezeti visszajelzésekkel és beletörődnek, hogy jellemhibájuk vagy erkölcsi problémájuk van, ami további komoly érzelmi megterhelést jelent számukra. Az ADHD-sok szoronganak és elkerülik azokat a helyzeteket, amelyekben korábban kudarcot vallottak (pl. nem mernek iskolába jelentkezni, félnek, hogy minden újra megismétlődik). A szociális, interperszonális kapcsolataik is sérülnek, az impulzivitás, feledékenység, figyelmetlenség, motoros nyugtalanság, a hangulatváltozások, a szociális jelzések azonosításának nehézsége mind nehezíti a baráti kapcsolatok fenntartását. Visszajelzéseket kapnak, hogy a viselkedésüket udvariatlannak, érzéketlennek, felelőtlennek, kellemetlennek tartják. Visszahúzódóvá, elkerülővé válnak, hogy védjék magukat.

Az ADHD-s felnőttek terápiája éppúgy **multimodális**, mint a gyerekeké.

Oktatás

Információ átadás magáról a neurológiai problémáról, annak megértése, hogy ez nem morális vagy jellembeli probléma, nem lustaság vagy alacsony intelligencia következménye.

Annak megértése, hogy az ADHD nem gyógyítható, de meg lehet tanulni együtt élni vele és az előnyeit kihasználni, a nehézségeket kompenzálni.

A családtagok tájékoztatása. A környezet negatív visszajelzéseinek (buta, lusta, felelőtlen, éretlen, motiválatlan, érdektelen, nem kitartó) a reménytelenség érzésének érdeklődésbe és motivációba fordítása.

Pszichoszociális kezelés

Készségtréningek az életminőség javítására, szociális készségek javítása, önkontroll fejlesztése, és kognitív viselkedéstréning

Egyéni konzultáció: a célok kijelölése, stratégiák kidolgozása, a múltbeli tünetek, események értelmezése az új információk fényében, önmegfigyelés, jutalmazás, szervezés-beosztás gyakorlatok, indulatkontroll stb.

Család- és párterápia: a házastárs gyakran mérges, frusztrált és zavarodott, a kapcsolat gyakran megromlik.

Pályaválasztási és munkahelyi tanácsadás: gyakran a helytelen pályaválasztás erősíti fel az ADHD-s tüneteket

Csoportterápia: szemi-strukturált, tematizált formában hatékony. A támogatáson túl az interszónális készségek javításában van jelentősége

Coaching: támogató, gyakorlati együttműködési folyamat, amiben a kliens és az edző együtt dolgoznak. Azonosítják a célokat kidolgozzák a megfelelő stratégiákat.

Az edző a folyamatos figyelmével és a megfelelő időben történő beavatkozással segíti a klienst a napi rutinok, és a számára hatékony életmód kialakításában, működtetésében.

A járulékos problémák kezelése, szer-abúzus, evészavar, szorongás hangulatzavar stb.

Irodalom

Barkley RA (1998) *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*, the Guilford Press.

Barkley RA, Murphy KR, Fischer M (2008) *ADHD in Adults, What the Science Says*, the Guilford Press

Comings DE, Chen TJH, Blum K, Mengucci JF, Blum SH, Meshkin B. (2005) *Neurogenetic interactions and aberrant behavioral co-morbidity of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): dispelling myths*.

Mórotz K, Perczel Forintos D. (2005) *Kognitív viselkedésterápia*. Medicina Kiadó, Budapest

Etikai kérdések a klinikai pszichológiában és a pszichoterápiában

Ethical questions in clinical psychology and psychotherapy

Kovács József

Semmelweis Egyetem, Magatartástudományi Intézet, Bioetika Részleg

Kulcsszavak: pszichológiai etika alapelvei, pszichoterápiás etika, a klienssel való kettős kapcsolat

Keywords: ethics in psychology, ethics in psychotherapy, double relationship with clients

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 önérdék háttérbe szorítását követeli meg az általában kiszolgáltatott, érdekei védelmére kevésbé képes kliens védelme érdekében. Ezért az etika radikálisan más nézőpontot követel meg, mint a szakember jogi megközelítésű kockázatkezelése. Utóbbi ugyanis a szakember érdekét szolgálja (pl. a kártérítési perek elkerülését), az etikai megközelítés viszont a kliens érdekét tekinti előbbre valónak. Az etikus viselkedés mindig több, mint pusztán jogi szabályok betartása, noha a jogszabályok betartása egy jogállamban az etikus viselkedés minimuma. A jól ismert szójáték jól kifejezi a kettő közötti különbséget. A kockázatkezelő megközelítése azt kérdezi: mi bajom lehet nekem a kliensből, s hogyan kerülhetem ezt el? Az etikus megközelítés kérdése viszont az: mi baja lehet a kliensnek, s hogyan tudnék neki segíteni?

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 következők¹:

- ▶ 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 szükség 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 előfordulásának lehetőségét csökkenteni. Ehhez komoly személyes bátorságra is szükség van, hiszen a mások hibáira való figyelmeztetés a másikban indulatokat szülhet és a megtorlás vágyát ébreszt.

heti fel. Fontos ezért, hogy kollégáinkat hibákra 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 nyomon követése. Az etikátlan viselkedés sokszor a kompetenciahatárok túllépésének formájában megy végbe. Ilyenkor valaki nem ismeri saját határait, s olyasmit akar tenni, melyre nincs elegendő képzettsége vagy tapasztalása. 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 összeeszik, s a pszichológus-kliens viszony mellett egy magánember-magánember viszony is létrejön, mely előnytelenül változtatja meg a pszichológus-kliens viszony dinamikáját.²

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).³

A kliens kizsákmányolása legtöbbször a keretek betartásának elégtelenségéből következik. Ilyen pl. a klienssel való szexuális vagy üzleti kapcsolat, mely azért számít különösen etikátlannak, 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 képviselőre kevésbé képes, kizsákmányolásának valószínűsége nő.

Az etikátlan viselkedés gyakori oka a terapeuta kiégettsége is. Ennek etikai jelentősége az, hogy a pszichológus-terapeuta személyiségével is gyógyít, az tehát egyfajta munkaeszköznek tekinthető. A személyiség kifejlesztése és karbantartása így etikailag ugyanolyan jelentőségű, mint pl. egy sebész esetén az operációhoz használt műszerek megfelelő sterilizálása és karbantartása. Ha a pszichológus személyisége munkaeszköz, akkor annak karbantartása etikai kötelesség, mert a megfelelő színvonalú munkavégzés feltétele.⁴

Az etikai döntéshozatal menete

Etikai probléma gyanúja esetén elegendő időt kell biztosítanunk a tények megismerésére, s kellően higgadt lelkiállapot szükséges ahhoz, hogy a szükséges objektivitást biztosítani tudjuk. Lehetőleg be kell vonnunk a dilemma megoldásába az összes érintett felet, hiszen csak így biztosítható a probléma sokféle nézőpontot figyelembe vevő, elfogulatlan vizsgálata.

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.) 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 introspekcióra való képességet is igényel, mely pszichológusoknál általában inkább adottnak vehető, mint egyéb szakmák képviselőinél. A döntés előtt meg kell tehát kísérlelnünk 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.⁵

Etikai krízishelyzetek

Ilyenek a kliens szuicid veszélyeztetettsége, vagy ha a kliens egy más konkrét személy életét veszélyezteti. Ilyen lehet gyermekek bántalmazásának, a velük való szexuális vagy egyéb visszaélésének a napvilágra kerülése. Ezek azok az esetek, amikor a titoktartás megsértése szükséges lehet. Jó ilyenkor az ún. preventív etikai megközelítés: egy

már kialakult krízist legtöbbször nem könnyű etikailag megnyugtatóan megoldani, krízisek felbuklásának lehetőségére azonban fel kell készülni, s azokat meg kell előzni, vagy etikus megoldásukat elő kell készíteni. Például már a terapeuta-kliens kapcsolat kezdetén jó felhívni a kliens figyelmét a titoktartás korlátaira, vagyis hogy melyek azok az esetek, amikor a terapeuta nem tarthatja meg a titkot.

Pszichológiai etikai kódexek

A magyar pszichológusok számára iránymutató a *Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe*.⁶

Hasznos iránymutató még az Amerikai Pszichológiai Társaság ehhez nagyon hasonló, de terjedelmében sokkal bővebb etikai kódexe.⁷

Hasznos segítséget nyújtanak a klinikai pszichológia rokon területeinek illetve szubdiszciplínáinak etikai kódexei is. Rokon terület például a *Szociális Munka Etikai Kódexe*⁸, vagy a *Pszichiáterek Etikai Kódexe*⁹, míg szubdiszciplína a *Pszichoterápia Etikai Kódexe*¹⁰, 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 a kötelessége, s az előírás, hogy mindenki a saját kompetenciahatárain belül maradva 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 szuicid veszély esetén, illetve hatósági, bírósági megkeresés kapcsán a titok megőrzésének lehetőségei korlátozottak.

Fontos kötelesség a kliens kizsákmányolásától, kizsákmányolásától való tartózkodás, s így általában a kettős kapcsolat kerülésének parancsa, hiszen a kettős kapcsolat legtöbbször a kliens kizsákmányolásának az „előszobája”.¹¹

A klinikai pszichológia és a pszichoterápia néhány etikailag fontos problémája

Kompetenciaproblémák. A terapeutaának ismernie kell saját kompetenciahatárait, s csak olyan kliensek kezelését szabad elvállalnia, akiknek a kezelésére kellő képzettséggel és tapasztalattal rendelkezik. A terapeutaának fel

kell ismernie, ha saját maga ideiglenesen nem képes kompetens módon folytatni munkáját (pl. betegség, kiégés), s fel kell ismernie az inkompetenciát más terapeutában is. Mindkét esetben lépéseket kell tenni az inkompetencia megszüntetésére vagy az általa okozott kár megelőzésére.

A pszichológiai tesztekkel kapcsolatos néhány általános szabály. Jól ismert szabály, hogy ilyen tesztek csak szakképzett pszichológus vehet fel, illetve értékelhet. Kevésbé ismert azonban, hogy a teszt biztonságát óvni kell, hisz a tesztek értékelésének, a „jó” válaszoknak a nyilvánosságra kerülése és elterjedése a teszt reliabilitását rontja. Ugyanakkor bármely teszt felvétele előtt a kliensnek joga van tudni, hogy az milyen célt szolgál, s abból milyen információk nyerhetők, vagyis a teszt segítségével mit lehet megtudni róla.¹²

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.¹³

Az értékek és a kulturális különbségek fontosságának az elhanyagolása a pszichoterápiás munkában. Alapvető dilemma például, hogy elnyomó környezet esetén 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.¹⁴

Etikailag nehéz helyzetek a pszichoterápiában. Ennek sokféle formája létezik. Vannak jól ismert „nehéz” betegek (pl. szuicid szándékát hangoztató beteg, magánellátásban a nem fizető beteg, a határokat tartani képtelen beteg, a terapeuta saját megoldatlan problémájával jelentkező beteg, a terapeutát fenyegető, vagy értékrendjétől radikálisan eltérő beteg stb.) Itt különösen fontos, hogy a terapeuta ismerje saját teherbírásának s képzettségének határait, s szükség esetén ne vállalja el vagy küldje tovább azt a beteget, akinek problémáját nem tudja kezelni. Fontos azonban, hogy ez a kliens és ne a terapeuta érdekében történjen. Ha ugyanis minden nehéz beteget elutasítanak, ez a betegek cserbenhagyását jelentené.

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 fizetés-képtelensége 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.¹⁵

A klienssel való kettős kapcsolat. A kliens és a terapeuta között akkor áll fenn kettős kapcsolat, ha a terapeutának a klienssel – vagy annak rokonával, ismerősével – a terápiás kapcsolaton kívül egy másfajta kapcsolata is van

(pl. üzleti, szexuális stb.) A kettős kapcsolat mindig a keretek megtartásának problémáját is jelenti, s ez – noha önmagában nem szükségszerűen jelent etikátlan viselkedést, de annak – fokozott kockázatát jelenti. A kettős kapcsolatnak sokféle formája létezik¹⁶, s noha ezek veszélyességével, elfogadhatóságával kapcsolatban némiképp változott az álláspont, a keretek betartásának fontossága ma idősebben, mint valaha. A keretek megsértésének számos figyelmeztető jele van¹⁷, s ezek fellépése arra kell, hogy készítse a terapeutát, hogy szupervíziót kérve, illetve a keretek betartását újból megkísérelve megelőzze az ilyenkor gyakran fellépő etikai kisiklásokat.

Irodalom

1. Kovács J. (2006) *A modern orvosi etika alapjai. Bevezetés a bioetikába.* Budapest: Medicina könyvkiadó. (p. 99-109)
2. Varga K. (2009) *Pszichológus etika 99 dilemma tükrében.* Budapest: Medicina könyvkiadó (p. 221-259)
3. Koocher GP, Patricia Keith-Spiegel P. (2008) *Ethics in Psychology and the Mental Health Professions. Standards and Cases. (Third ed.)* Oxford: Oxford University Press (p. 9-11.)
4. Kovács J (1993) *A művészetek jelentősége az orvos életében. Az orvosi személyiség karbantartása, mint morális kötelesség? Lege Artis Medicinæ 3. évf. 12. szám. december 29. (pp. 1194-1202)*
5. Koocher GP, Keith-Spiegel P (2008).: *Ethics in Psychology and the Mental Health Professions. Standards and Cases. (Third ed.)* Oxford: Oxford University Press (p. 21-24.)
6. Magyar Pszichológiai Társaság – Magyar Pszichológusok Érdekvédelmi Egyesülete (2004): *Pszichológusok Szakmai Etikai Kódexe. (SzEK)* In: Varga Katalin (2009): *Pszichológus etika 99 dilemma tükrében.* Budapest: Medicina könyvkiadó (p. 470-483)
7. American Psychological Association (2002): *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct.* (<http://www.apa.org/ethics>)
8. 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>.)
9. Magyar Pszichiátriai Társaság (2000) *Etikai Kódex.* (<http://www.psychiatry.dote.hu/Mpt/Tarsasag/tarsszab1.html>)
10. *Pszichoterápiás Tanács (1993): Etikai Kódex.* In: Szőnyi G, Füredi J (szerk.) (2000): *A pszichoterápia tankönyve.* Budapest: Medicina Könyvkiadó (p. 570-574)
11. Koocher GP, Patricia Keith-Spiegel P. (2008) *Ethics in Psychology and the Mental Health Professions. Standards and Cases. (Third ed.)* Oxford: Oxford University Press (p. 42.)
12. *Ibid.* (p. 245)
13. Kovács J (2007): *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában.* Budapest, Medicina Könyvkiadó (p. 605-608.)
14. Koocher GP, Patricia Keith-Spiegel P. (2008) *Ethics in Psychology and the Mental Health Professions. Standards and Cases. (Third ed.)* Oxford: Oxford University Press (p. 110-111.)
15. *Ibid.* (p. 164.)
16. Pope KS (1991): *Dual Relationships in Psychotherapy. Ethics and Behavior.* 1, (p. 22-34.) In: Bersoff DN (1995): *Ethical Conflicts in Psychology.* Washington DC: American Psychological Association. (p. 209-210)
17. Koocher GP, Patricia Keith-Spiegel P. (2008) *Ethics in Psychology and the Mental Health Professions. Standards and Cases. (Third ed.)* Oxford: Oxford University Press (p. 271.)

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/szex, felépülés

Keywords: addictology, gender/sex, 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 diagnózist sze-

mélyeknél megfigyelték, hogy a szerhasználatot megelőzően már egyéb pszichiátriai betegségben 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 panaszai 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, gyógypedagógussal, addiktológiai konzultánssal, szociális munkással, szakápolóval, asszisztenssel, családterapeutával, jógaossal és más segítő foglalkozású szakemberrel.

2001-től a klinikai szakpszichológus képzetszagra „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 megalapozódhat, hiszen az állapotfelmérés már része a segítségnek. 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 (*Rácz J, 1999.*)

Klinikai pszichodiagnosztika

Általánosságban, a pszichodiagnosztikai eljárások széles körét alkalmazhatjuk az addiktológiai 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,

- ▶ problémameghatározás,
 - ▶ 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

Szóbeli 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) (*Rácz J, 1999.*)

Eredményességi vizsgálatok

Célja a terápiás intervenciók céljainak megvalósulását vizsgálni.

Szempontjai:

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

A nemek szerepe az addikciók terápiájában

Good és mtsai (1990) határozták 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 droghasználata, 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 megnyilvánulások 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 történetekért, míg a férfiak inkább másokat okolnak a kialakult helyzetért, vagy külső körülményekre hárítják a felelősséget. A terápiás kapcsolat számlájára írják esetleg, vagy a terapeutának címezik 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 kifejezésmódja, 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 szeparáció és individuáció szakaszán keresztül nyerik el neki identitásukat (Gilligan, 1983.)

A nők inkább a családot helyezik előtérbe és az intimitásban az érzelmeket keresik, míg a férfiak inkább választják a kockázattal együtt járó életformát és másképp reagálnak a tapasztalatokra (lásd F fiatal férfi szindróma!)

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 *fóbiák*), az érzelgősséget, a szinpadiasságot.

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, szex addikció*).

Nők, addikció, szex

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 férfiakra alkotnak. Például az ittas nő könnyen csábítható, mohó a szexben, nem válogat a partnerekben és így tovább. Az alkoholt fogyasztó férfiak esetében nagyon ritkán használnak szexualitást, minősítő kifejezéseket, míg a nőket promiszkuitás, 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. Azt találták, hogy az alkoholista nők 71%-a mesélt az érzelmi bántalmazásáról, így gúnyolják, degradálják, molesztálják, 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%-kal nagyobb mértékű az alkoholista nők esetében. Mindenfajta zaklatás sokkal brutálisabb az alkoholista nőekkel szemben, mint a nem alkoholistákkal szemben. Az alkoholista nők 74%-a esett áldozatul szexuális bántalmazásnak, a másik csoport 50%-a élt át hasonló életet során. A szexuális bántalmazás szinte száz százalékban a gyermekkorban történt az alkoholista 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 átszőve 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.

Férfiak, addikció, szex

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, feminizmust 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, hiperszertartásos, hipermechanikus, merevvé kell válni. Öndesztuktív 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 jegyeznénk 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”, az „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 ré-

szére alakult, de később fogadott nőket is. Többféle módon működött; beszéd vagy írás hagyományok, rituálék, saját sztori 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 hősies férfi. Megismerhetjük azokat a tipikus szerepkonstrukciókat, melyeket a korai szocializáció során alakítottak ki a klienseknél, de felnőttkorra diszfunkcionálissá váltak. Ilyen tipikus szerep a hősies férfi, aki bátor, erős, aki elviseli a testi és lelki fájdalmat.

A problémakezelés módja I. Nők

A PLISSIT modell

A P-LI-SS-IT mozaikszó egy négy szintű 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 klienst 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 kezeléseket eredményességét, vagy annak hiányát. Ennek ismeretében lehet pontosan megfogalmazni a kliens elvárásait és a kezelés 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 előlről a szexuális események történeti sorrendben való feltárását és folytatódik a terápia, amíg szükséges.

A problémakezelés módja II. Férfiak

A kezelés során megtestesülő férfi értékeket a következő konfliktus pontok mentén vázolták fel a szerzők.

A szemtől-szembe (face to face) kapcsolat helyett a vállveve (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 a helyzet és aktivitás, a vállveve 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 *folymatnak* 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 hősies férfi ethoszával hozható kapcsolatba, ami elvárja a férfitől, hogy gyors és hatékony legyen. De ugyanakkor a kezelés folyamata jelleme 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, pletykálás, és más beszélgetések. A harmadik hely az a hely, ahol szükséges, hogy játsszunk, hogy különleges dolgokat tegyünk, könnyed beszélgetések és fizikai aktivitás váltsák egymást. A férfiaknál ez a harmadik hely tipi-

kusan 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 konfliktuspont. 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 válnak valóra és ez lassítja a folyamatot. Ilyen illúziók lehetnek például, hogy a terápia gyors és komplikációtól mentes lesz. Példaként említik a középkorú férfiak alkohol abúzusának kezelését. Nem lehet akármiről beszélni, csak mondjuk a testi vizsgálatokról, mint vizeletteszt, és hasonlóról. Amiről szívesen beszélnek inkább a betegségük helyett, azok a következők.

Munka, érték, 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 Employee Assistance Program lényege, hogy a munkahelyi – többnyire nagyvállalatok – szűrővizsgálat során megállapítják, hogy ki veszélyeztetett alkoholra 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.

Irodalom

- Bácskai E, Gerevich J, Rózsa J szerk. (2001) *Európai Addikció Súlyossági Index: EuropASI* oktatási kézikönyv. Szászorszép Kiadó, Budapest
- Brannon L. (1996): *Gender: Psychological Perspectives*. Boston: Allyn&Bacon.
- Covington SS, 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. Szenvedélybetegségek, III/2. 97-103. (Holsten-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 kezelésről, a kábítószer-használatot kezelő ellátásról, és a megelőző-felvilágosító szolgáltatások szabályairól
- Gilligan C, Ward J, 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 aware therapy: a synthesis of feminist therapy and knowledge about gender*. *Journal of Counseling and Development* 68:376-380
- Gerevich J (2000) *Kémiai függőségek pszichoterápiája*. In: *A pszichoterápia tankönyve*. 486-500. Szerk.: Szőnyi G, Fűredi J, Medicina Könyvkiadó, Budapest
- 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 MJ. (1990) *Conceptualizing and Selecting Measures of Treatment Outcome: Implications for Drug Abuse Outcome Studies*. In: Onken LS, Blain JB. (eds.) *NIDA Research Monograph* 104. 80-90.
- Nemzeti Stratégia a kábítószer probléma visszaszorítására, Ifjúsági és Sportminisztérium, 2000.
- Rácz J (1999) *Addiktológia. Tünettan és intervenciók*. HIETE, Budapest
- Straussner SLA, Zelin E (Eds.) (1997) *Gender & Addictions. Men and Woman in Treatment*. New Jersey: Jason Aronson.

A patológiás játékszenvedély és a kényszeres hajtépegetés kognitív viselkedésterápiája

Cognitive Behaviour Therapy of Pathological Gambling and Trichotillomania

Mórotz Kenéz

EU-TEAM HUMÁN Bt.

Kulcsszavak: kényszer-spektrum, patológiás játékszenvedély, a patológiás játékszenvedély etiológiája, kognitív disztorziók, 12 lépcsős program, trichotillomania, a trichotillomania etiológiája, automatikus és koncentrált hajtépegetés, kognitív viselkedésterápiás intervenciók,

Keywords: Obsessive-compulsive spectrum, pathological gambling, etiology of pathological gambling, cognitive distortion about chance, cognitive behavioral intervention, 12 step program, trichotillomania, etiology of trichotillomania, focused and non focused form of hair-pulling, the most frequent antecedents of hair pulling, cognitive behavioral interventions, habit reversal

Bár a fenti két kórformát a legújabb diagnosztikai rendszerekben az impulzuskontroll zavar formakörében találjuk meg, ez a besorolás korántsem ellentmondásmentes. Mind a patológiás játékszenvedély, mind pedig a kényszeres hajtépegetés számos olyan jellegzetességet mutat, amelynek alapján könnyen besorolhatók a viselkedéses addikciók közé is. Egy másik megközelítés az impulzuskontroll zavarával jellemzett kórképeket a kényszer-spektrum jelenségkörébe sorolja. E koncepció szerint a lelki zavarok egy csoportja elhelyezhető a kompulzivitás-impulzivitás tengelyen, amelynek egyik végpontján az irreális veszélybecslés alapján kialakuló túlzott kockázatvállalás, másik pólusán pedig a viselkedés következményeit nem mérlegelő mértéktelen veszély- és kockázatvállalás áll (lásd az ábrát).

Az impulzuskontroll zavarok közül jelen áttekintésben a patológiás játékszenvedéllyel, valamint a kényszeres hajtépegetéssel – trichotillomania – foglalkozunk részletebben.

Patológiás játékszenvedély

Epidemiológiai adatok szerint a patológiás játékszenvedélyben érintettek élettartam prevalenciája 1-3% között mozog. Ezen belül különösen veszélyeztetett a 18 év körüli populáció, ebben a körben ez az érték 4-6 százalékot is elér. Számos adat szól arról, hogy a prevalencia értékek a

játéklehetőségek megnövekedett elérhetőségével emelkednek.

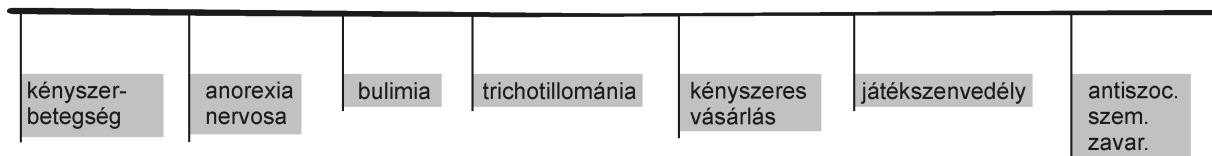
A játékszenvedély-betegség etiológiájában egyaránt fellelhetők mind a neurofiziológiai faktorok, mind a személyiségi és diszpozicionális jellemzők, mind pedig sajátos tanulástörténeti folyamatok. A kórkép kognitív viselkedésterápiás megközelítése szempontjából kiemelt jelentőségű annak a tanulási és élményfolyamatnak az elemzése, amely egyfelől magyarázatul szolgál a jelenség rendkívüli rezisztenciája számára, másfelől lehetővé teszi a terápiás hatáslehetőségek és bemeneti pontok összeállítását. Az egyik legfontosabb kérdés, hogy melyek azok a fenntartó tényezők, amelyek az adott viselkedés nyilvánvaló negatív következményei ellenére is megerősítőleg hatnak, pontosabban, hogy a negatív kimenet miért nem képes szabályozni ezt a szenvedélyt. Ez utóbbira vonatkozóan megállapítható, hogy a betegek a negatív kimenetet sajátos percepció szűrőn keresztül értelmezik, s ezt nem mint szükségszerűen bekövetkező eseményt, hanem mint valamely addig nem kellően figyelembe vett körülmény hatásának tulajdonítják.

Ebben a folyamatban a következők jelenségeknek van kiemelt szerepe:

- ▶ babonák,
- ▶ a nyereséget és veszteséget illető téves attribúciók,
- ▶ szelektív emlékezet,
- ▶ illuzórikus korrelációk feltételezése,

kompulzivitás

impulzivitás



- ▶ Az események bejósolhatóságának és kontrollálhatóságának illúziója.

A szerencsejáték patológiájában minden bizonnyal a játékeseményeket illető igazolhatatlan hipotéziseken alapuló, a bejósolhatósággal és kontrollálhatósággal kapcsolatos illuzórikus várakozások tekinthetők központi jelentőségűnek. Jól illusztrálja ezt az ún. „chasing” (hajsza) jelenség: a beteg esetenként jelentős veszteséget úgy fogadja, hogy azt mintegy meg kell torolni, s újra beveti magát a játékba. Sajátos hatású az ún. „near-miss” jelenség, amely azt az élményt adja a betegnek, hogy hajszálon múlt a nyeresége, azaz tulajdonképpen közelebb került a nyerő álláshoz.

Nem elhanyagolható a feszültségalakulási ciklusok szerepe is: gyakran tapasztalható, hogy a játékos valójában az izgalmat, majd annak rapid lezuhanása élményét keresi. Tanuláseméletileg fontos tényező a játék során megjelenő intermittáló megerősítések jelensége, ez ugyanis ismerten markáns viselkedéfenntartó konstelláció.

Az aktiváció szempontjából mind az alulaktivált, mind a túlaktivált állapot hozzájárulhat a játék iránti készletettség megjelenése és erősödése szempontjából.

A kognitív viselkedésterápia fő beavatkozási lehetőségei a következők:

- ▶ **Önmonitorozás.** Ennek során feltérképezzük mindazon külső és belső körülményt, amely a játékszituációba történő belépés, illetve bennmaradás szempontjából kritikusak, beleértve az önáltató gondolatokat és önverbalizációs jelenségeket.
- ▶ **Ingerkontroll.** A fenti szituációk elkerülésének, illetve kivédéseinek lehetőségei.
- ▶ **Deszenzitizálás.** A játékszituációval asszociálódó feszültségélmények kezelése.
- ▶ **Szorongásmentesülés.** A játékszituációból való távolmaradás, illetve kilépésnek a szorongástól való megszabadulás élményével történő asszociációja.
- ▶ **Aktivitás-tervezés.**
- ▶ **Problémamegoldó tréning.** Gyakori, hogy a beteg játék iránti készletetése éppen olyan helyzetekből fakad, amelyekben kudarcokat, tehetetlenségélményt él meg. A tréning abban segíthet, hogy a beteg differenciáltabb problémamegoldó kognitív és viselkedésszintű eszközkészletet sajátítson el.
- ▶ **Kognitív intervenciók**
 - ▶ az eséllyel és véletlennel kapcsolatos kogníciók azonosítása és korrekciója,
 - ▶ nagy kockázatú helyzetek felismerése,
 - ▶ a játékre ösztönző gondolatláncolat felismerése és korrekciója, különös tekintettel a babonákra és illuzórikus korrelációkra.

A kényszeres hajtépegetés

Ez a tünetegyüttes ugyancsak rendkívüli rezisztenciával rendelkezik. Élettartam prevalenciája 2 és 4% közé tehető. A leggyakoribb betegségkezdet a 12-13 éves korosztályban mutatkozik. Gyakori, hogy ez a tünet olyan székenyérzettel és rejtőzködéssel jár, amely súlyosan érinti a betegek szociális készségeit és aktivitását. Jellemző, hogy a terápiába történő belépés sok évvel – esetenként 10-12 évvel – a tünet jelentkezése után történik. A hajtépegetésnek két – ugyanannál az egyénnél esetenként váltakozóan megjelenő – formája van, az automatikus és a koncentrált forma. Utóbbit a művelet tudatos előkészítése és megtervezése, folyamatos figyelemmel kísérése jellemzi, előbbi más, a figyelmet lekötő tevékenység – olvasás, tanulás, TV-nézés, telefonálás stb. – közben, úgyszólván észrevétlenül jelentkezik.

A kórkép megértése szempontjából fontosak azok az analógiák, amelyek a hajtépegetés és az állatoknál megfigyelhető „grooming” viselkedés között megállapíthatóak: veszélyhelyzetben lévő, menekülő és megerősítő aktivitásukban korlátozott állatoknál a tollazat, szőrzet extrém tépegetése jelentkezik.

Különösen a gyermekkorban kezdődő formáknál gyakori a veszteségélmény. A kórkép alakulásában a patológiás szerencsejátékhoz hasonlóan fontos szerepet játszik a rapid feszültségalakulási ciklus, amely a rendkívül intenzív készletetést követő aktus által hirtelen lezuhan. A betegek ezzel kapcsolatos leggyakoribb érzései:

- ▶ a hajtépegetés megnyugtat
- ▶ elmúlnak a rossz érzéseim
- ▶ megszabadít az unalomtól
- ▶ jobban érzem magam, megkönnyebbülök
- ▶ valami rossz ürességélmény elmúlik
- ▶ elfelejtem a mérgemet
- ▶ olyan, mintha transzban lennék
- ▶ tisztábbnak érzem magamat

Egyes vizsgálatok azt igazolták, hogy a trichotillománia esetében a hajtépéskor jelentkező fájdalomérzés csökkent, vagy egyáltalán nincs jelen.

A trichotillománia kognitív viselkedésterápiájában a következő hatáslehetőségekkel élhetünk:

- ▶ önmonitorozás, amelynek során tudatossá válnak azok a külső és belső körülmények, amelyek szerepet játszanak a folyamat elindításában,
- ▶ ingerkontroll, amely lehetővé teszi, hogy a beteg a fent azonosított helyzeteket elkerülje, illetve kivédje,
- ▶ tudatosítás – a várható cselekvéslefordulás kijózanító verbalizációja,
- ▶ averzív konzekvenciák végiggondolása,
- ▶ a hajtépegetési művelet „megtervezése”,
- ▶ negatív tréning,
- ▶ túlcerebronizálás,
- ▶ szokás-átalakítás (habit reversal),
- ▶ relaxáció,
- ▶ pozitív változások anticipálása.

Az öngyilkossági veszélyeztetettség pszichés háttértényezői és a problémamegoldó képességek zavara

Suicide Danger: Psychological Background and Problem Solving Deficits

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, szocio-ökonómikus, 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 hátterét képező túláltalánosított önéletrajzi emlékezet valamint az alacsony szintű problémamegoldó képességek területére. E módosítható kockázati tényezők ismerete elengedhetetlen a korszerű szuicid prevenciók programok kidolgozásához. Hazánkban ez annál is inkább időszerű, mert a *Fekete és Osváth* vezette felmérésből (11) 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 visszaesések 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 hátterét képező depresszió jól ismert kognitív elméletét *Beck* neve fémjelzi. *Beck és mtsai* (2, 12, 13, 19, 20) 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 látják a valóságot, önmagát pedig értéktelennek és sebezhető-

nek 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 (20).

2. **A reménytelenség.** A reménytelenség jelenléte többszörösen beigazolódott depresszív állapotban (20, 21, 25), 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 (6, 24).

A korrelációs eredményeket túllépve, egy 10 évet felölelő longitudinális vizsgálatban (5) 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 (29-31). Később *Beck & mtsai* (6) ambuláns betegek nagy mintáján is (1958 fő) megismételték ezeket az eredményeket.

A reménytelenséget a jövőperspektíva elvesztésével jellemezhető, hátterében 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 jellemezhető.

Evans és mtsai (34) vizsgálata hasonló eredményre vezetett: az öngyilkossági kísérletet elkövetett személyek az illesztett kontrollcsoporthoz képest szignifikánsan több túláltalánosított emlékképet idéztek fel, valamint kevesebb és kevésbé hatékony problémamegoldási stratégiát találtak náluk. E kutatók empirikus bizonyítékkal is szol-

gálnak a már Beck által felvetett gondolatra, miszerint a túláltalánosított emléknymok és a problémamegoldás szintje között kapcsolat lehet (22). Evans és mtsai feltételezése szerint a probléma megfogalmazása, csakúgy, mint alternatív megoldások kitalálása a „memória-adatbázis-hoz” 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 naplóvezetési feladatának az előnyét, mivel a probléma-helyzetek 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 (pl. 14, 35). Így a túláltalánosítás, azaz bizonyos élményekhez való nehezített hozzáférés, egyfajta védekezés lehet a traumatikus emlékekkel szemben.

Pollock és Williams (8) öngyilkossági kísérletet elkövetett személyeket hasonlított össze illesztett 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 vizsgálatok 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 irányvonalát a problémamegoldó képesség jellegzetességeire irányult, és már a hatvanas években felmerült gondolatot folytatta, miszerint ennek sérülése összefüggésben lehet az öngyilkossági veszélyeztetettséggel.

Sadowski és Kelley (41) kutatása a Social Problem Solving Inventory-vel (SPSI) szintén a problémamegoldás folyamatának szakaszairól szolgál információkkal. Serdülőkkel végzett vizsgálatokban az öngyilkosságot megkísérelt és a betegkontroll csoport az egészségesekhez képest minden dimenzióban rosszabbul teljesített: a problémaorientáció, a probléma-meghatározás, alternatívák generálása, a döntéshozatal és a megvalósítás terén egyaránt.

Reinecke és mtsai (43) 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 kap-

csolat, 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.

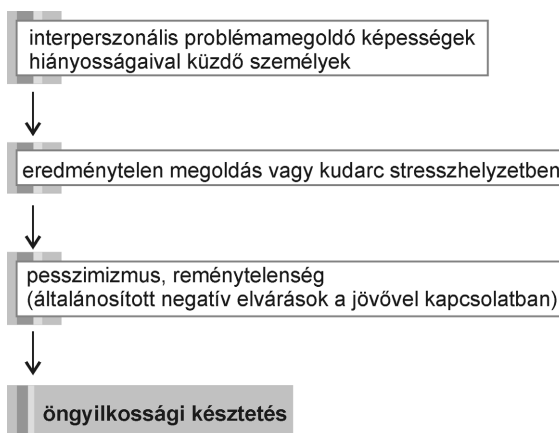
Az eddig bemutatott vizsgálatok jól illeszkednek a reménytelenség már korábban kidolgozott „stressz-diathesis” modelljébe (9), amely a következőképp foglalja össze a folyamatot (1. ábra):

Végül legújabbban Pollock és Williams (8, 10) 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



1. ábra

A reménytelenség „stressz-diathesis” modellje (Schotte és Clum nyomán, 9)

nyolcvanas évektől kezdve a szuicid prevencióban erre nagy hangsúlyt fektettek. *D'Zurilla és 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 (52).

1. sürgősségi ellátás elérhetősége
2. problémamegoldó készségek tanítása
3. kombinált terápia, intenzív affektív és kognitív címkézéssel, 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 (60). 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 alkalmaz-

ható mind gyenge, mind pedig átmenetileg (például egy betegség következtében) sérült 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* (53), később *D'Zurilla és Nezu* (62) 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.

Irodalom

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

„Most mit kell tennem? Joga van hozzá?” – Jogok és kötelezettségek a klinikai szakpszichológusi munkában a jogász-pszichológus szemével

“What should I do? Is s/he entitled...?” – The rights and obligations of the clinical psychologist according to the law

Németh Rita

Semmelweis Egyetem ÁOK, Igazságügyi- és Biztosítás-orvostani Intézet

Kulcsszavak: betegjogok, egészségügyi adatvédelem, orvosi titoktartáshoz való jog

Keywords: patients' rights, protection of personal health data, right to medical confidentiality

Betegjogi és adatvédelmi szempontok

I. A klinikai szakpszichológia és a pszichoterápia az egészségügyi törvényben

Általában a pszichológusok működését szabályozó törvény még nem áll rendelkezésre, noha ilyen igény már a szakma részéről is felmerült. Klinikai szakpszichológusként azonban működésünk megkezdésekor hamar szembeesünk azzal, hogy jogszabályok keretek közé szorítják munkánkat, melyek ismerete nélkül tevékenységünket nem is végezhetjük. Alap- és működési nyilvántartásba kell vetetni magunkat, ha ezen a területen szeretnénk dolgozni. Majd elkezdődik a továbbképzési pontok gyűjtése, mely kötelezettséget szintén jogszabály rója ránk. Amikor pedig elhatározzuk, hogy magánrendelőt nyitunk, ismét hatósági eljárásban kell részt vennünk, amikor az ÁNTSZ-hez fordulunk.

A klinikai pszichológusok és a pszichoterápia vonatkozásában elsősorban az egészségügyi törvény (1997. évi CLIV. tv. az egészségügyről, továbbiakban Eütv.) ad eligazítást.

Az Eütv. az Egyéb egészségügyi ellátások cím alatt foglalkozik a pszichoterápiával és a klinikai szakpszichológiával a 103.§ alatt. A (2) bekezdés meghatározza, hogy ki végezheti a klinikai szakpszichológiai tevékenységet, illetve céljai felsorolásával definiálja azt:

„**Klinikai szakpszichológiai tevékenység** az a klinikai és mentálhigiéniai szakpszichológus által végzett tevékenység, amely

- a lelki egészség megőrzésére és helyreállítására,
- a lelki zavarok megállapítására, vizsgálatára és okainak feltárására,
- az egyes betegségek diagnosztizálásához szükséges pszichodiagnosztikai vizsgálatok végzésére, valamint
- a lelki zavarok pszichológiai módszerekkel történő korrekciójára irányul.”

A **pszichoterápia** [(1) bek.] pedig többféle módszeren alapuló, tudományosan megalapozott, a pszichés és pszichoszomatikus zavarok esetén alkalmazott, egyéni vagy csoportos formában, több, meghatározott időtartamú ülésben történő terápiás eljárás, amelyet a *pszichoterápiás eljárások végzésére képesítéssel rendelkező szakorvos, vagy klinikai pszichológus végezhet önállóan.*

A törvény ezen kívül csupán a terápia önkéntességét (mind a beteg, mind a terapeuta oldaláról) és az orvosi vizsgálat alkalmazásának szükségességét emeli ki. A klinikai szakpszichológusok szempontjából ez utóbbi fogalmaz meg kötelezettséget:

„A pszichoterápia megkezdése előtt orvosi vizsgálat szükséges. A klinikai szakpszichológus munkája során *köteles* orvosi konzultációt igénybe venni minden esetben, *amikor a beteg állapota vagy állapotának védelme indokolja.*”

Az Eütv. egyéb rendelkezései is vonatkoznak azonban ránk, amikor a törvény egészségügyi szolgáltatásról és egészségügyi szolgáltatóról, ill. egészségügyi dolgozóról ír. Fontos tudni, hogy az előírások ugyanúgy érvényesek a magánszektorban (egyéni vagy társas vállalkozásban – pl. Bt, Kft) vagy egészségügyi ellátást nyújtó állami intézményben dolgozó szakemberekre (szektorsemlegesség elve).

II. Az egészségügyi dolgozók adatvédelmi és betegjogi szempontból legfontosabb kötelezettségei

1. Tájékoztatási kötelezettség. A tájékoztatási kötelezettséget a törvény a kezelőorvos kötelezettségeként írja elő. A fogalmi meghatározás a kezelőorvos definíciójába a klinikai szakpszichológust nem vonja bele, orvosokról ír. Ez azonban természetesen nem jelenti, hogy a klinikai szakpszichológusnak ne lenne szükséges tájékoztatást adni az általa alkalmazandó módszerekről, az ellátás folyamatáról, várható kimeneteléről, a lehetséges alternatívákról, a beteg ezekkel kapcsolatos döntési jogáról – elsősorban a beteg tájékoztatáshoz való joga alapján. A terápiás szerződés részeként ezt általában meg is teszik a terapeuták, pszichodiagnosztikai vizsgálat esetén pedig sokszor a betegek maguk is érdeklődnek. Amennyiben teljes körűen figyelembe szeretnénk venni minden előírást és ajánlást, akkor célszerű lenne (törvényi kötelezettség nincsen rá, de a vitás eseteket így ki lehet védeni) írásba foglalni az együttműködés kereteit, valamint azt is, hogy a beteg megkapta a fenti tájékoztatást az alkalmazandó módszerrel kapcsolatosan.

2. Dokumentációs kötelezettség. A dokumentációs kötelezettség a klinikai szakpszichológusnak, pszichoterapeutának is egyértelműen kötelezettsége. A beteg vizsgálatával és a gyógykezelésével kapcsolatos adatokat, leleteket az egészségügyi dokumentáció tartalmazza.

Egészségügyi dokumentáció a gyógykezelés, az egészségügyi szolgáltatás során a betegellátó, egészségügyi szolgáltató tudomására jutott *egészségügyi és személyazonosító adatokat* tartalmazó feljegyzés, nyilvántartás vagy bármilyen más módon rögzített adat, függetlenül annak hordozójától vagy formájától. A beteg vizsgálatával és gyógykezelésével kapcsolatos adatokat az egészségügyi dokumentáció tartalmazza.

Az Eütv. 136.§ (2) bekezdése pontosan felsorolja, hogy az egészségügyi dokumentációnak mit kell tartalmaznia (így a beteg személyazonosító adatait, az értesítendő személyt, kiskorú esetén a törvényes képviselő nevét, elérhetőségét, a kórelőzményt, diagnózist, gyógykezelési tervet megalapozó vizsgálati eredményeket, azok idejét, az elvégzett beavatkozásokat stb.)

Az egészségügyi dokumentációt úgy kell vezetni, hogy hűen tükrözze az ellátás folyamatát. Ebbe a klinikai szakpszichológus és pszichoterapeuta esetében beletartozik a pszichodiagnosztikai tesztvizsgálat dokumentációja – ha van –, a diagnózis, a terápiás indikáció, az alkalmazott terápiás módszer, a terápiás szerződés, a terápiás terv, összefoglaló stb.

3. Titoktartási kötelezettség. Az egészségügyi dolgozót, ill. az egészségügyi szolgáltatóval munkavégzésre irányuló jogviszonyban álló más személyt (pl. asszisztens, titkárnő stb.) minden, a beteg egészségi állapotával kapcsolatos, valamint az egészségügyi szolgáltatás nyújtása során tudomására jutott adat és tény vonatkozásában, *időbeli korlátozás nélkül* (!) titoktartási kötelezettség terhel (mindegy, hogy az vizsgálatból, dokumentációból származik-e). Ez a titoktartási kötelezettség *azonban nem vonatkozik arra az esetre, ha a beteg ez alól felmentést adott, vagy jogszabály az adat szolgáltatásának kötelezettségét írja elő* (lásd lentebb).

III. A betegek jogai

A betegjogok az egészségügyi ellátórendszerrel kapcsolatba kerülő személyek alapvető jogait foglalják össze az Eütv.-ben, függetlenül attól, hogy betegségük miatt, vagy valamely más okból (pl. szűrés, megelőzés) kerülnek vele kapcsolatba. E jogok gyakorlásának is van azonban korlátja, pl. mások jogainak sérelme, életének, testi épségének veszélyeztetése.

Alább felsoroljuk a nevesített betegjogokat és részletebben elemezzük azokat, melyek az adatkezelést, adatvédelmet szorosabban érintik.

1. A megfelelő egészségügyi ellátáshoz való jog.
2. Az emberi méltósághoz való jog.
3. A kapcsolattartás joga.
4. A gyógyintézet elhagyásának joga.

5. A tájékoztatáshoz való jog.
6. Az önrendelkezéshez való jog.
7. Az ellátás visszautasításának joga.
8. Az orvosi titoktartáshoz való jog.

- ▶ A betegnek joga, hogy az egészségügyi ellátásában részt vevő személyek az ellátása során tudomásukra jutott egészségügyi és személyes adatait (ez az orvosi titok) csak az arra jogosulttal közöljék.
 - ▶ A betegnek joga van arról nyilatkozni, hogy betegségről, annak várható kimeneteléről kiknek adható felvilágosítás, ill. kiket zár ki egészségügyi adatainak részleges vagy teljes megismeréséből.
 - ▶ Azonban hozzájárulása nélkül is közölni kell az adatait, ha törvény elrendeli, mások életének, testi épségének és egészségének védelme szükségessé teszi, ill. az ápolását, gondozását végző személlyel közölni lehet azokat az adatokat, melyek hiánya állapotának károsodásához vezethetne.
 - ▶ Joga van hozzá, hogy vizsgálata és kezelése során csak azok a személyek legyenek jelen, akiknek részvétele az ellátásban szükséges, ill. akik jelenlétéhez a beteg hozzájárult, kivéve, ha törvény másként rendelkezik (pl. oktatókorházak).
 - ▶ Sürgős szükség és a veszélyeztetett állapot esetét kivéve joga van, hogy vizsgálatát és kezelését beleegyezése nélkül mások ne hallják, lássák.
9. Az egészségügyi dokumentáció megismerésének joga.
- ▶ Az egészségügyi dokumentációval az egészségügyi szolgáltató, az abban szereplő adattal a beteg rendelkezik.
 - ▶ A beteg jogosult megismerni a róla készült egészségügyi dokumentációban szereplő adatait; egészségügyi adatairól, azok kezeléséről szintén tájékoztatást kapni; a rá vonatkozó egészségügyi adatokat megismerni; az egészségügyi dokumentációba betekinteni, azokról – saját költségére – másolatot kapni.
 - ▶ Egészségügyi adatairól indokolt célra – saját költségére – összefoglaló vagy kivonatolt írásos véleményt kérhet, és ez esetben azt ki kell adni.
 - ▶ A beteg kérheti a rá vonatkozó egészségügyi dokumentáció pontosítását, kiegészítését, amit a kezelő saját szakmai véleményének feltüntetésével jegyez fel.
 - ▶ Fontos tudni, hogy törölni nem lehet hibás adatot, úgy kell javítani, hogy az eredeti adat is megállapítható legyen.
 - ▶ Ha az eü dokumentáció más személy magántitok-védelméhez való jogát érintő adatokat is tartalmaz, azokon kívül jogosult csak a megismerésre a beteg.
 - ▶ Cselekvőképtelen személy dokumentációját megismerheti az általa írásban - vagy írásképtelenség esetén két tanú előtt szóban - megnevezett személy, ill. elsősorban a törvényes képviselő, ennek hiányában a vele közös háztartásban élő és cselekvőképes házastárs, élettárs, gyermek, szülő, stb. Csak ilyen hozzátartozó hiányában a vele nem egy háztartásban élő gyermek, szülő, stb. Ez egy szigorú sorrend!

- ▶ Korlátozottan cselekvőképes személynél is ez a jog az előbbieken megnevezett személyt, ill. a törvényes képviselőt illeti meg.
- ▶ Az ellátás alatt írásban bárkit felhatalmazhat a beteg az eü dokumentációba való betekintésre, ill. másolat készíttetésre. A kezelés után csak teljes bizonyító erejű magánokiratban teheti ezt meg.
- ▶ A beteg halála után törvényes képviselője, közeli hozzátartozója, örököse írásos kérelmében jogosult a halál okával összefüggő, továbbá a halál bekövetkezését megelőző gyógykezeléssel kapcsolatos egészségügyi adatokat megismerni, az egészségügyi dokumentációba betekinteni, valamint azokról – saját költségére – másolatot kapni.
- ▶ Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezelésének és védelmének részletes szabályait külön törvény, az 1997. évi XLVII. tv. állapítja meg.

Igen érzékeny kérdés azonban a mi szakmánkban, hogy a fentiek szerint tehát a betegnek joga van a dokumentáció megismerésére. Noha a terápiás gyakorlatban a betegek ritkán lépnek fel ezzel az igényvel, célszerű a dokumentációt oly módon vezetni, hogy ha a beteg kéri, akkor az kiadható legyen. A terapeuták, klinikai szakpszichológusok joggal féltik a beteget ezeknek az adatoknak a megismerésétől, hisz az iatrogén ártalmat is okozhat, azonban a törvényi előírás nem tesz ilyen jellegű kivételt, csupán a pszichiátriai beteg esetében és ott is csak igen szűk körben. Pszichiátriai beteg esetében is csak kivételesen és orvos által korlátozható a beteg egészségügyi dokumentáció megismeréséhez való joga, és csak abban az esetben, ha alapos okkal feltételezhető, hogy gyógyulását nagymértékben veszélyeztetné, vagy más személy személyiségi jogait sértené az egészségügyi dokumentáció megismerése.

IV. Adatok kezelése és továbbítása

Az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló törvény határozza meg minden egészségügyi ellátást nyújtóra, így a klinikai szakpszichológusokra és pszichoterapeutákra is vonatkozó, egészségügyi adatkezelési szabályokat. Ezek a szabályok azokra az esetekre is vonatkoznak, amikor nem beteg, hanem egészséges személy kerül kapcsolatba az egészségügyi szolgáltatóval, azaz velünk. Ha valaki segítséget kér tőlünk, akkor a dokumentációs kötelezettség alapján személyazonosító adatokat is (pl. név, születési adatok, cím stb.) rögzítünk, nyilvántartunk, így azok kezelőivé válunk. A törvény pontosan meghatározza azt, hogy milyen adatokat tekintünk személyazonosító adatnak. Ezek a fentebb megjelölt adatok például, de minden olyan adat is, amely alkalmas lehet a személy azonosítására. Majd amikor a pszichodiagnosztikai vizsgálatba, terápiába kezdünk, egészségügyi adatok birtokába kerülünk, melyeket szintén dokumentálnunk szükséges, mint az alkalmazott beavatkozásokat, azok eredményeit, a terápiás tervet, a terápiás

szerződést. Így keletkezik az *egészségügyi dokumentáció, melyek kezelői mi leszünk, de a benne foglalt adatok felett főszabályként az érintett rendelkezik.*

Az egészségügyi adatok az adatvédelmi törvény (1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról) alapján különleges adatok, különösen szenzitív adatok, melyek ily módon sokkal szigorúbb védelemben részesülnek.

Egészségügyi adat az érintett testi, értelmi és lelki állapotára, kóros szenvedélyére, valamint a megbetegedés, ill. az elhalálozás körülményeire, a halál okára vonatkozó, általa vagy róla más személy által közölt, ill. az egészségügyi ellátó-hálózat által észlelt, vizsgált, mért, leképezett vagy származtatott adat, továbbá az ezekkel kapcsolatba hozható, az azokat befolyásoló mindennemű adat (pl. magatartás, környezet, foglalkozás).

Ebből a definícióból látható, hogy a pszichológus, pszichoterapeuta ilyen adatok tömegének birtokába kerül a betegekkel folytatott munkája során, így neki ezekre igen nagy figyelmet kell fordítania.

Fontos kitétel, hogy személyes adatot csak törvényes cél eléréséhez szükséges esetekben és mértékben lehet kezelni. Csak olyan és annyi adat kezelhető, amely az adatkezelési cél megvalósításához elengedhetetlenül szükséges.

Az adatkezelés során leegyszerűsítve két fő szempontot kell érvényesíteni: egyfelől biztosítanunk kell, hogy azok, akiknek joguk van az adatokat megismerni, megismerhessék azokat, másrészt pedig azt, hogy az illetékteleken ne juthassanak hozzá. Ezt illetően jogi felelősségünk van! Biztosítanunk kell az adatokat a véletlen vagy szándékos megsemmisítéssel, megsemmisüléssel, megváltoztatással szemben is.

Összefoglalóan kik jogosultak és milyen feltételekkel megismerni az egészségügyi dokumentációt a leggyakoribb esetekben?

1. Elsősorban természetesen az érintett (vizsgált személy, páciens stb.) jogosult tájékoztatást kapni a gyógykezeléssel kapcsolatos adatkezelésről, a rá vonatkozó egészségügyi és személyazonosító adatokat megismerheti, az egészségügyi dokumentációba betekinthez, valamint azokról saját költségére másolatot kaphat.
2. Az érintett ellátásának ideje alatt rajta kívül az általa írásban felhatalmazott személyt is megilletik a fenti jogok.
3. Az ellátás befejezése után a teljes bizonyító erejű magánokiratban felhatalmazott személyt is megilletik ezek a jogok.
4. Az egészségügyi ellátó-hálózaton belül továbbíthatók az adatok, ha az a gyógykezelés érdekében fontos, kivéve, ha a beteg írásban megtiltja. A betegséggel össze nem függő adatok nem továbbíthatóak.
5. Sürgős szükség esetén az érintett hozzájárulása nélkül is továbbíthatóak adatok.
6. Ha az érintett, ill. törvényes képviselője írásban hozzájárul az adatok továbbításához azok bármilyen esetben - de csak az abban foglalt esetleges korlátozásokon

belül – továbbíthatók, tehát az *adatkezelő mentesül a titoktartás alól.*

7. Ha törvény írja elő az adattovábbítást, akkor kötelesek vagyunk azt megtenni. Mely *hatóságok írásbeli megkeresésére kell ezt megtenni?*
- ▶ bíróság, ügyészség, igazságügyi orvosszakértő,
 - ▶ büntetőügyekben nyomozóhatóság is,
 - ▶ szabálysértési eljárás során az eljárást lefolytató szerv,
 - ▶ nemzetbiztonsági szakszolgálatok megkeresése.

Nagyon fontos: a *megkeresőnek* a törvény alapján /1997. évi XLVII. tv. 23.§ (2)/ *meg kell jelölnie a megkeresésben az adatkezelés pontos célját és a kért adatok körét,* és mi ebben a körben vagyunk kötelesek adatot szolgáltatni. Amennyiben ezt nem jelölik meg, bátran kérjük a megkeresés pontosítását a fenti törvényhelyre hivatkozással!

A törvény szerint egészségügyi intézményen belül az egészségügyi és személyazonosító adatok védelméért, a nyilvántartás megőrzéséért az adatot kezelő intézmény vezetője a felelős. Az adatvédelmi felelőst/felelősöket is ő jelöl ki. Ha 20 főnél több adatkezelő dolgozik valahol, ott szervezeti egységenként kötelező adatvédelmi felelőst kijelölni.

Nagyon fontos szabály, hogy az egészségügyi dokumentációt a szolgáltató kezeli és *köteles megőrizni* a törvényben előírt módon és ideig – *ez legalább 30 év, ill. a zárójelentés vonatkozásában legalább 50 év* –, de a benne foglalt adatok felett a beteg rendelkezik főszabályként.

Az adatkezelési szabályok megsértése a jogi felelősségen túl sok esetben etikai vétséget is keletkeztet, így etikai eljárást is vonhat maga után. Ezekre az adatkezelési szabályokra a fentiek alapján tehát igen nagy figyelmet kell fordítanunk, törekednünk kell az előírások betartására, függetlenül a szabályok bonyolultságától.

Felhasznált jogszabályok

1992. évi LXIII. törvény a személyes adatok védelméről és a közérdekű adatok nyilvánosságáról

1997. évi CLIV. törvény az egészségügyről

1997. évi XLVII. törvény az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

2009. évi CLIV. törvény az egyes egészségügyi tárgyú törvények módosításáról

Felhasznált irodalom

Az adatvédelmi biztos tájékoztatója az egészségügyi adatok kezeléséről. Forrás: az adatvédelmi biztos honlapja, www.obh.hu/adatved
Alexin Z. (2007) *Megoldatlan problémák az egészségügyi adatkezelésben. Infokommunikáció és Jog*, 22. sz.

Dr. Kelényi Z. (2006) *Kötelező titoktartás és betegtájékoztatás. Magyar Orvos*, 10. sz.

Páva H. *Az egészségügyi adatok védelméről általában. Szószóló Alapítvány a betegek jogaiért, www.szoszolo.hu/Tanulmányok*

Rendelje meg a nagyszerű

ORVOSKÉPZÉS szakfolyóiratot, mely a **graduális és posztgraduális orvosképzés lapja!**

Megjelenik évi négy alkalommal + különszámokkal:

- ▶ 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!

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.

valamint az *EOK* könyvesboltban:

1094 Semmelweis Egyetem, EOK, Tüzoltó utca 37-47.



ORVOSKÉPZÉS

A graduális és posztgraduális képzés folyóirata

MEGRENDELŐLAP

Az ORVOSKÉPZÉS folyóirat megjelenik évi négy alkalommal + különszámokkal

- ▶ 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!

Az ORVOSKÉPZÉS folyóiratot megrendelheti *levélben, faxon az alábbi megrendelőlapon*, illetve az info@semmelweiskiado.hu, illetve az orvoskepzes@semmelweiskiado.hu e-mail címen

☞

MEGRENDELEM AZ ORVOSKÉPZÉS C. FOLYÓIRATOT

Kedvezményes éves előfizetés -es évre

KÉZBESÍTÉSI ADATOK

Cég neve:

Irányítószáma

Település Utca, házzám

Telefonszám ; Fax:

E-mail cím@.....

SZÁMLÁZÁSI ADATOK (amennyiben eltér a kézbesítési adatoktól)

Cég neve:

Irányítószáma

Település Utca, házzám

KAPCSOLATTARTÓ SZEMÉLY ADATAI / HÍRLEVELET KÉREK

Neve:

Telefonszám ; Fax:

_____, 1. negyedév _____, 2. negyedév _____, 3. negyedév _____, 4. negyedév

FIZETÉSI MÓD

Csekkel fizetek Átutalással fizetek Készpénzzel/Bankkártyával fizetek a kiadóban
(1089 NET, Nagyváradi tér 4., Legendus könyvesbolt)

Megrendelését a csek, 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, Nagyváradi 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, Nagyváradi tér 4.