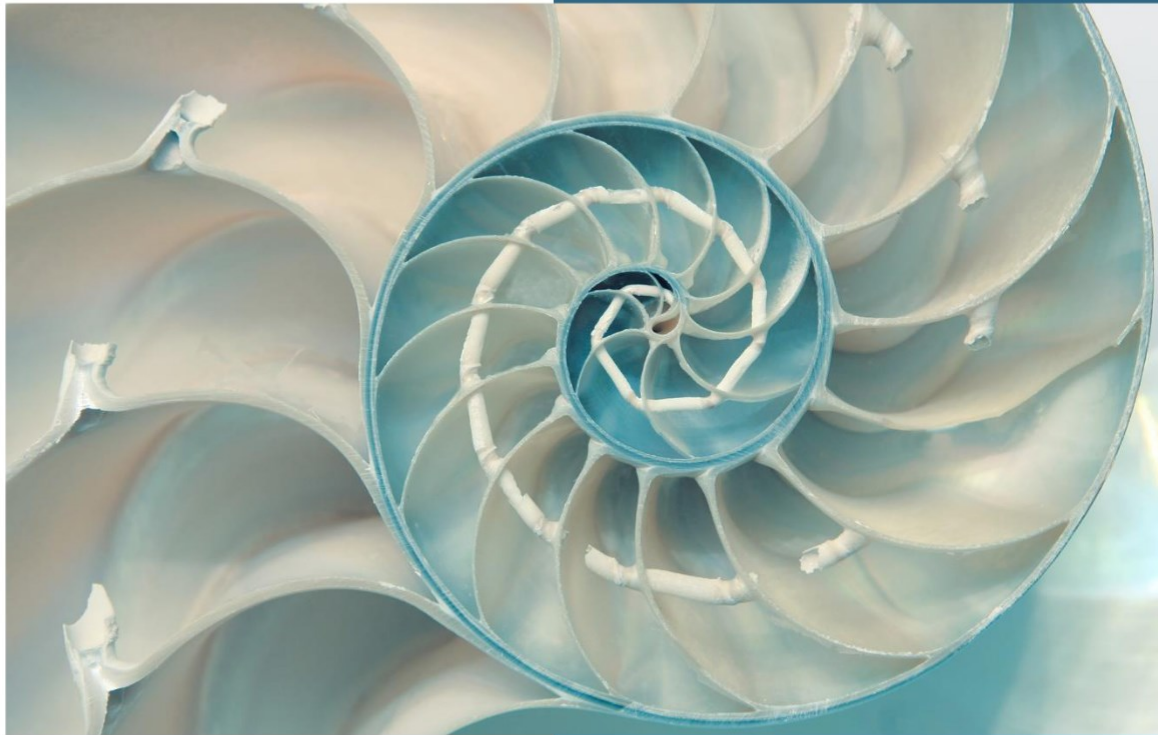


PSZICHOPATOLÓGIA GYAKORLAT



Segédanyag

Kakuszi Szilvia - Tóth Anett

Szegedi Tudományegyetem
Gyermekegyógyászati Klinika és
Gyermekegészségügyi Központ
Gyermekek- és Ifjúságpszichiátriai
Osztály

2018

COPYRIGHT: 2018,
Szegedi Tudományegyetem Egészségtudományi és Szociális Képzési Kar

LEKTORÁLTA: Borbola Gábor

Creative Commons NonCommercial-NoDerivs 3.0 (CC BY-NC-ND 3.0)

A szerző nevének feltüntetése mellett nem kereskedelmi céllal szabadon másolható, terjeszthető, megjelentethető és előadható, de nem módosítható.

TÁMOGATÁS:

Készült az EFOP-3.5.2.-17-2017-00003 számú, „Duális és gyakorlatorientált felsőoktatási képzések fejlesztése és oktatási innováció a szociális munka és a segítő szakmák terén a Dél-alföldi régióban” című projekt keretében.

Szeged • 2018

SZERZŐK

KAKUSZI SZILVIA

KLINIKAI SZAKPSZICHOLÓGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

TÓTH ANETT

TANÁCSADÓ SZAKPSZICHOLÓGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

TÁJÉKOZTATÓ

Speciális kiemelések



Megjegyzés helye



Ez egy kiemelt információt tartalmazó szövegrész. Figyelemfelkeltő szerepe van.

Navigálás

Az alábbi két navigáló gombot helyeztük el az oldalak fejlécében. Ezek:



Bárhonnan elérheted a fő tartalomjegyzéket.



Bárhonnan átléphetesz a Stílusmutató fejezetéhez

Amennyiben a tananyagot Acrobat Readerrel olvassa, úgy lehetősége van a dokumentumot bejárni a linkek segítségével a böngészőknél már megszokott módon. Előre lépni a linkre klikkeléssel lehet, visszalépni pedig a billentyűzet Alt+kurzor mozgató nyilak közül a balra.

TARTALOMJEGYZÉK

Szerzők	III
Tájékoztató	IV
Tartalomjegyzék	V
Bevezető	9
1. Szociális munka a gyermek- és ifjúságpszichiátrián	11
1.1. Bevezetés.....	11
1.2. A feladatkörök.....	11
1.3. A szülők, a családi háttér fontossága és szerepe.....	12
1.4. A szociális munkás mint a klinikai team tagja.....	12
Ellenőrző kérdések.....	13
2. A kórrajz elemei, a pszichés státusz bemutatása	14
2.1. Bevezetés.....	14
2.2. A klinikai zárójelentés részei.....	14
Egy negatív pszichés státusz leírása.....	15
Egy „pozitív” (kóros állapotot jelző) pszichés státusz leírása.....	15
Ellenőrző kérdések.....	16
3. Bio-pszicho-szociális szemlélet és a konceptualizáció gyakorlata	17
3.1. A bio-pszicho-szociális szemlélet.....	17
A bio-pszicho-szociális modell összetevői.....	17
Az esetformuláció.....	18
A diagnosztikai formuláció.....	19
Ellenőrző kérdések.....	20
4. Pszichodiagnosztikai eszközök 1. – Diagnosztikai interjúk, kérdőívek, becslőskálák	21
4.1. A pszichológiai vizsgálat, értékelés.....	21
4.2. A pszichológiai értékelés eszközei.....	22
A klinikai viselkedésmegfigyelés.....	23

Az interjú.....	23
Klinikai becslőskálák, kérdőívek.....	24
Összefoglalás.....	25
Ellenőrző kérdések.....	25
5. Pszichodiagnosztikai eszközök 2. – Teljesítménytesztek	27
5.1. A teljesítménytesztek típusai	27
5.2. Az intelligencia mérése.....	27
Az intelligencia színvonalövezetei	29
Gyakran használt intelligenciatesztek	29
5.3. Neuropszichológiai tesztek.....	31
Összefoglalás.....	33
Ellenőrző kérdések.....	33
6. Pszichodiagnosztikai eszközök 3. – Személyiségvizsgáló eljárások.....	35
6.1. Személyiségvizsgáló eljárások a diagnosztikában	35
6.2. A Minnesota Többfázisú Személyiségleltár (MMPI)	36
6.3. Projektív tesztek	37
Tematikus Appercepció Teszt (TAT)	37
Rorschach-teszt (Ro)	38
Világjáték.....	38
Rajztesztek.....	39
Összefoglalás.....	42
Ellenőrző kérdések.....	42
7. A kórképeken túl.....	44
7.1. A megküzdés fogalma	44
7.2. A megküzdés maladaptív formái	45
7.3. Önsértések.....	47
7.4. Családi és egyéb környezeti rizikófaktorok	49
Összefoglalás.....	49
Ellenőrző kérdések.....	49
8. A bullying.....	51
8.1. A bullying fogalma.....	51
8.2. A bántalmazó szerepviszony kialakulásának rizikótényezői	53
8.3. A bullying következményei.....	54
8.4. Prevenációs és intervenciós lehetőségek	55
Összefoglalás.....	56
Ellenőrző kérdések.....	56

9. Prevenció, egészségmegőrzés, relapszusmegelőzés	58
9.1. Bevezetés.....	58
9.2. Nozológia, fogalmi meghatározás	58
9.3. A nemzetközi és hazai helyzetkép a megelőzés területén.....	59
9.4. Kockázati és hajlamosító tényezők felmérésének szerepe a prevenció, mentális egészség kapcsán.....	60
9.5. Szerhasználat és a prevenció.....	62
9.6. Visszaesés-megelőzés.....	63
Ellenőrző kérdések	63
10. Bevezetés a viselkedésterápiába, a tanuláselmélet alapjai	65
10.1. Bevezetés	65
10.2. Alapfogalmak.....	65
10.3. A betegség viselkedésközpontú és kognitív megközelítése, értelmezése	66
10.4. A viselkedéstanulás alapfolyamatai	67
10.5. A viselkedésalakulás kognitív tényezői	69
10.6. A viselkedés szerveződés korszerű modellje: A SORCK séma	69
Ellenőrző kérdések	69
11. A kognitív viselkedésterápia rövid elmélete és gyakorlata	71
11.1. Bevezetés	71
11.2. Kognitív viselkedésterápia jellemzői gyermekkorban.....	71
A terápiás program kidolgozásának folyamata	73
Ellenőrző kérdések	76
12. Rendszerszemlélet a klinikaipszichológiában	77
12.1. A családi rendszer szerepe a tünetképzésben.....	77
12.2. A családi rendszerre irányuló terápiás intervenciók szintjei, formái	79
12.3. A családterápia indikációs területei	80
Szkizofrénia a családban	80
Evészavar a családban.....	81
Összefoglalás	83
Ellenőrző kérdések	83
13. Nehézségek, buktatók, kudarcok.....	84
13.1. A kudarcok helye	84
13.2. A kudarcok lehetséges okai	85
13.3. Kommunikáció a pácienssel, az ellenállás oldása	86
13.4. Hálózati és team szintű működési zavarok	89
13.5. Kiegészítés	89
Összefoglalás	90

Ellenőrző kérdések.....	90
14. Irodalomjegyzék.....	91
Ábrajegyzék.....	95
Táblázatjegyzék	96
Fogalomtár.....	97

BEVEZETŐ

Az alábbi tananyagelsősorban klinikai szociális munkások számára készült, a pszichopatológiai elméleti ismereteket kiegészítő, a pszichiátriai betegellátás részleteibe, gyakorlatába betekintést nyújtó segédanyagként. Készítésekor a szerzőket az az alapelv vezérelte, hogy a klinikai team tagjaként a szociális munkás aktívan részt vesz a pszichiátriai kivizsgálás folyamatában, illetve a bio-pszicho-szociális szemléletű esetformulációban, ezért elegendő információval kell rendelkeznie az egyes kórképekkel, valamint a diagnózisokat megalapozó vizsgálati módszerekkel kapcsolatban. Miután nemcsak az egyes egészségügyi, oktatási, gyermekvédelmi stb. intézményekkel áll kapcsolatban, hanem a pszichiátriai betegekkel és családjaikkal is, így szerepe kiemelten fontos az egyes diszfunkciók, mentális állapotok, illetve pszichiátriai szempontból veszélyeztető körülmények felismerésében, továbbá kulcsfontosságú, hogy az adott betegcsoporttal való kommunikáció területén megfelelő jártasságot szerezzen. Hazánkban még nem jellemző, de a külföldi gyakorlatban elterjedt a szociális munkások részvétele egyes terápiás folyamatokban is (különös tekintettel a kognitív és viselkedésterápiára), ezért fontosnak tartjuk, hogy a legfontosabb terápiás módszereket, indikációs területeket és irányelveket is bemutassuk. Az ismertetett példák és módszerek elsősorban a gyermek- és ifjúságpszichiátria területéről származnak.

Ennek megfelelően a tananyag felépítése a következő logikát követi:

Az 1. fejezet klinikai szociális munkás feladatkörét járja körül a klinikai, gyermekpszichiátriai teammunka keretein belül.

A 2. fejezet - tekintettel arra, hogy a szociális munkás egyfelől a szociális összefoglaló elkészítésével járul hozzá a klinikai zárójelentés elkészítéséhez, másfelől terepen dolgozó szakemberként feladata lehet ez elkészült zárójelentések értelmezése - a pszichiátriai zárójelentések felépítésével, nyelvezetével, leggyakoribb elemeivel foglalkozik.

A 3. fejezet a bio-pszicho-szociális szemlélet szerepét mutatja be a pszichiátriai betegellátásban, illetve a szociális szakember feladatait járja körül az esetformuláció folyamatában.

A 4., 5. és 6. fejezet a pszichodiagnosztikai munkában használt leggyakoribb módszereket és eszközöket veszi sorra áttekintő jelleggel, megvilágítva a diagnózis felállításának folyamatát, és röviden ismertetve a zárójelentésekben leggyakrabban említett technikákat, kérdőíveket, teljesítmény- és személyiségteszteket.

A 7. és 8. fejezet olyan helyzetekkel, állapotokkal, pszichiátriai szempontból rizikófaktort jelentő tényezőkkel foglalkozik, melyek önmagukban nem sorolhatók egyetlen kórkép alá sem, de gyakran hozzájárulnak a mentális zavarok kialakulásához, vagy éppen kísérik azokat, s így gyakran megfigyelhetők a klinikai

10 | 1. Szociális munka a gyermek- és ifjúságpszichiátrián

gyakorlatban (maladaptív coping, önsértések, családi diszfunkciók, bullying). Tekintettel a probléma gyakoriságára, valamint arra, hogy a szociális szakembereknek mind a felismerés, mind a megelőzés, mind pedig az intervenció területén nagy szerepük lehet, részletesen foglalkozunk az iskolai kortárs bántalmazás jelenségkörével.

A 9. fejezet a pszichiátriai szempontú prevenció különböző szintjeit járja körül, külön tekintettel a szerhasználattal kapcsolatos megelőzésre.

A 10. és 11. fejezet a viselkedésterápia alapfogalmaival, a terápiás program kidolgozásának folyamatával foglalkozik. Szintén terápiás lehetőségeket, indikációs területeket jár körbe a 12. fejezet: miután szociális szakemberként szerezhető képesítés rendszerszemléletű terápiás intervenciók végzésére, és mivel a mindennapos gyakorlat során (függetlenül attól, hogy klinikai közegben történik-e!) a szociális munkás gyakran találkozhat a családi rendszerek szintjén azonosítható diszfunkciókkal, így fontosnak éreztük a családi tanácsadás és családterápia indikációs területeinek, feladatainak, pszichiátriai kórképekben való alkalmazási lehetőségeinek rövid áttekintését.

A 13. fejezet a pszichiátriai betegekkel végzett segítő munka nehézségeiről, a kudarcok lehetséges okairól, a nehezebb kommunikációs helyzetek kezelésének módjairól nyújt összefoglalást, különös tekintettel a segítő mentálhigiénés egészségvédelmének lehetőségeire, illetve kiemelt fontosságára.

1. SZOCIÁLIS MUNKA A GYERMEK- ÉS IFJÚSÁGPSZICHIÁTRIÁN

KAKUSZI SZILVIA

KLINIKAI SZAKPSZICHOLÓGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Az elméleti órához szorosan kapcsolódva a (klinikai) szociális munka feladatkörének rövid bemutatása történik, valamint a pszichopatológia ismeretének fontosságáról esik szó, mely az egyéb -klinikumon kívüli- ellátórendszerekben jelentkező kliensek kapcsán előfordulhat.

1.1. BEVEZETÉS

Az intézményi kivizsgáláson belül kifejezetten pszichiátriai betegekkel találkozunk, ugyanakkor egyre nő azon esetek száma, melyek kapcsán a szociális hálózat bevonása válik elsődlegessé, tehát a pszichiátriaiak vélt probléma valójában a szociális háttér rendezésével válna megoldhatóvá. A kivizsgálások kapcsán az esetek összetettsége miatt az együttműködés más egészségügyi, oktatási, gyermekvédelmi intézményekkel: tanulási képességeket vizsgáló szakértői bizottságokkal, nevelési tanácsadókkal, gyermekotthonokkal, drogambulanciával, drogrehabilitációs intézményekkel, fejlesztőközpontokkal, iskolákkal stb. kulcsfontosságú. A szociális munkások feladata az osztályon elengedhetetlen.

1.2. A FELADATKÖRÖK

Feladataik közé tartozik:

- Az ügyeleti időben pszichés, egészségügyi, jogi, mentálhigiénés, családvédelmi tanácsadás biztosítása, hivatalos ügyintézkésekben segítségnyújtás.
- Szakorvosi konzultációk szervezése a gyermekvédelmi szakemberek számára.
- A gyermekjóléti központ ellátottjai számára az együttműködési megállapodások alapján időpontok kérése az egészségügyi szolgáltatóktól.
- Szakorvosi vélemények beszerzése.

12 | 1. Szociális munka a gyermek- és ifjúságpszichiátrián

- Az illetékességi körbe nem tartozó esetek továbbítása.
- Szakmai képviselő létrehozása.
- Közös működési koncepció, fejlesztési terv, ellenőrzési szempontrendszer meghatározása.
- Dokumentáció elkészítése, szociális összefoglaló megírása, intézkedés.

Jelenlétük szükségszerű azon oknál fogva is, hogy a gyermekek és serdülők pszichés és mentális nehézségeinek gyógyítása esetében a család és a környezet bevonása szükséges. A mentális nehézség sok esetben ezen a szinten gyökerezik, ennek megfelelően leghatékonyabban sok esetben helyileg, az adott miliőre vonatkozóan oldható meg.

1.3. A SZÜLŐK, A CSALÁDI HÁTTÉR FONTOSSÁGA ÉS SZEREPE

A szülők, családok – illetve törvényes képviselők- bevonása szükséges, ugyanakkor ez olykor akadályba ütközik, ilyenkor a szociális ellátó rendszer bevonása nyújthat segítséget az ellátás során. A kezelésbe kerülés során, valamint a klinikai vizsgálatok, illetve az utógondozás során a szülő kooperációja kulcsfontosságú - amennyiben ez lehetséges, mivel olykor pl. a szülői mentális állapot, pszichopatológiai érintettség, fizikai elérhetőség stb. ezt nem teszi lehetővé. A gyermek- és ifjúságpszichiátria, illetve addiktológia területén számos olyan kórkép érhető tetten, melyben a szülői kooperáció nélkül az állapot akár életet veszélyeztetővé is válhat pl. súlyos anorexia nervosa, elhanyagolás, bántalmazás, pszichózis stb. A szülők szerepének hangsúlyozása fontos a terápiás cél, a reális elvárások meghatározása kapcsán is, mely a további terápiát és a hatékony beavatkozást szintén elősegítheti. A klinika kivizsgálás során a szociális munkás koordináló szerepe, konzultáción történő részvétele segítheti a hatékony együttműködést.

1.4. A SZOCIÁLIS MUNKÁS MINT A KLINIKAI TEAM TAGJA

A klinikai team tagjaként szociális munkásaink a kivizsgálás folyamatában aktívan részt vesznek, elegendő információval rendelkeznek a meghatározott kórképekkel, a bekerülés körülményeivel, a diagnózissal kapcsolatban, adott esetben szociális összefoglalójukkal egészítik ki a klinikai zárójelentést. Nehezebb helyzetben lehetnek azok a kollégák, akik egyéb intézményekben látnak el feladatokat, pl. egyre nagyobb törekvés tapasztalható az iskolai szociális munka megvalósulása érdekében, mely néhány helyen elérhető is. Akik nem egészségügyi háttérrel és közegben - pl. terepen, kistérségben, tanyavilágban stb. - végzik munkájukat, számukra kiemelten fontos a pszichopatológia ismerete, a különböző mentális állapotok felismerése.



Gyakorlat: Esetismertetés és feldolgozás, melyben a szociális hálózat, a szociális munkás szakember bevonása kulcsfontosságú. Az eset kapcsán a szerteágazó feladatkörük is bemutatása kerül. Csoportos megbeszélés keretében arról is szó lesz, hogy milyen elvárásai, előfeltevései vannak a hallgatóknak a leendő szakmájukkal kapcsolatban, milyen felmerülő dilemmák, esetleges szakmai szorongások fogalmazódnak meg az órán elhangzottak alapján.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Milyen fő tevékenységek, beavatkozási formák tartoznak a szociális munkás feladatkörébe?
2. Milyen jelentőséggel bír a pszichopatológia ismerete a szociális munkás szakember számára?

2. A KÓRRAJZ ELEMEI, A PSZICHÉS STÁTUSZ BEMUTATÁSA

KAKUSZI SZILVIA

KLINIKAI SZAKPSZICHOLOGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Az óra célja a zárójelentés részeinek bemutatása, valamint a pszichopatológiához szorosan tartozó pszichés státusz elemeinek ismertetése.

2.1. BEVEZETÉS

A szociális munkás szakemberek a klinikai team tagjaként a kliensek kórrajzával, klinikai zárójelentéssel találkozhatnak, illetve a klinikai kivizsgálás során a zárójelentés részét képezheti a szociális összefoglaló megírása, dokumentálása. Ehhez szükséges tisztában lenni a zárójelentés alapelemeivel.

2.2. A KLINIKAI ZÁRÓJELENTÉS RÉSZEI

Az alábbi példa a gyermek- és ifjúságpszichiátriai gyakorlatból származik, ugyanakkor egyéb egészségügyi területről származó dokumentáció is ezeket a szempontokat vezeti végig a kliensekkel/betegekkel kapcsolatban.

- **Anamnézis:** A szomatikus és pszichiátriai anamnézist, a biográfiai adatokat, fontosabb életeseményeket összefoglaló rövid leírás. (Gyermekek- és serdülők esetében a hozzátartozó, gondviselő által nyert adatok.)
- 🔍 **Heteroanamnézis:** A betegről, betegség alakulásáról adatokat nyújtó, egyéb személy beszámolóján alapuló információt tartalmazza. (Az adatok megbízhatósága, valamint a titoktartás, etikai és személyiséjogok betartása különösen fontos ez esetben.)
- 🔍 **Státusz:** Az adott szakterület alapján szükséges a leírása, részletesebb összefoglalója a szakterülethez tartozó eredményeknek, tapasztalatoknak, adatoknak. A vizsgálatkor az aktuális állapotot tükröző (normál és patológiás egyaránt) keresztmetszeti jelenségek leírása. (Pszichiátriai kivizsgálás esetén

az anamnézist, a korábbi betegségeket, beavatkozásokat, az étel-, és gyógyszerallergiát, a rendszeres gyógyszereket az anamnézis részben tüntetjük fel.) Ide kerülhet pl.: belgyógyászati státusz, neurológiai státusz, valamint a pszichés státusz is.

- **Egyéb vizsgálatok:** ide kerülnek a beavatkozások pl.: pszichológiai vélemény, gyógypedagógiai vélemény, mozgásvizsgálat, szociális összefoglaló stb.
- 🔗 **Epikrízis:** A kórrajz lényeges információinak rövid összefoglalója.
- 🔗 **Terápiás terv:** A felmerülő biológiai, szocio- és pszichoterápiák

Egy negatív pszichés státusz leírása

A tudat vigilitása és integrációja megtartott. Orientáció mind auto-, mind allopszichésen, térben és időben megtartott. Figyelem felkelthető, irányítható, a célképzetet megtartja. Észrevezési, érzékelési zavar vagy erre utaló közvetett jel nem észlelhető. Képzetek, fogalmak az iskolázottsági szintnek megfelelőek. Gondolkodás alakilag és tartalmilag ép. A megjegyző, megtartó és felidéző emlékezés megtartott.

Hangulata közepes fekvésű. Érzelmi reakciói a helyzetnek és a közölt tartalomnak megfelelőek mind minőségileg, mind intenzitásban. A szorongásnak sem szubjektív, sem magatartásbeli, sem vegetatív tünetei nem észlelhetőek. Aktivitása, cselekvőkészsége az anamnesis alapján a korábbiakhoz képest eltérést nem mutat, személyiségének és saját elvárásainak megfelelő. Étvágya átlagos.

Pszichomotoriuma átlagos tempójú, formai zavart nem mutat. Beszéde átlagos gyorsaságú, formailag szabályos, logikus, célirányos. A tekintet-kontaktust megfelelően tartja, mimikája, gesztusai a beszédnek megfelelőek, eltérést nem mutatnak. Magatartása a helyzethez illő, kritikai készsége megtartott. Személyisége a rendelkezésre álló adatok alapján megtartott. Szociális kapcsolatai rendezettek. Önértékelése megtartott. Betegségudata megfelelő mértékű, reális. Értékorientációja, céljai helyzetének és szocializációjának megfelelőek.

Intellektusa megfelel korának, helyzetének, iskolázottságának. Szuicid szándék, készítés, gondolat nem tárható fel.

Egy „pozitív” (kóros állapotot jelző) pszichés státusz leírása

Vigil, tudata beszűkült. Térben orientált, időben parciálisan dezorientált. Perceptuális eltérés vizsgálatkor nem észlelhető, als ob akusztikus tapasztalásokat verbalizál, aktuálisan és anamnesztikusan percepciózavar nem kizárható. Figyelem nehezen felkelthető, spontán térül. Kommunikációba nehezen vonható, célképzetet nehezen tart, negativisztikus. Mimikaszegény arc kifejezés. Szemkontaktust spontán nem vesz fel, rövid ideig tart. Gondolkodása alakilag meglassult, tartalmában manifeszt doxasma nem explorálható. Deprimált hangulat. Anxietas indirekt jelei. Gátolt, meglassult pszichomotorium. Klinikai benyomás alapján intellektusa

16 | 2. A kórrajz elemei, a pszichés státusz bemutatása

korától elmaradó tartományban. Kellően kooperábilis attitűd. Aktuálisan szuicid ideációt és intenciót negál, majd szuicid szándékot hangoztat.

Gyakorlat: Egy fiktív zárójelentés bemutatása, feldolgozása, illetve egy kórlap elemeinek megismerése. A témához szorosan kapcsolódva csoportos megbeszélés témái lehetnek pl.: kinek van betekintési joga a beteg dokumentációjába, illetve az egyes intézmények, pl.: iskola milyen dokumentációt kérhet be a szülőtől. Megbeszélésre kerül olyan kérdés is, mint pl. kötelezhet-e egy iskola pszichoterápiára egy gyermeket, fiatalt, illetve mennyit jelezhet/jelezzon vissza a szülő a kivizsgálás eredményéből. Ezekről a kérdésekről az osztályon a kezelő orvos, illetve a szociális munkás is tájékoztatja a törvényes képviselőket.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Kitől származhat a kivizsgálás során gyűjtött anamnesztikus adat?
2. Mi a pszichés státusz? Milyen elemei vannak?



Fogalmak: anamnézis, heteroanamnézis, státusz, epikrízis, terápiás terv

3. BIO-PSZICHO-SZOCIÁLIS SZEMLÉLET ÉS A KONCEPTUALIZÁCIÓ GYAKORLATA

KAKUSZI SZILVIA

KLINIKAI SZAKPSZICHOLOGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Az óra célja a klienssel történő segítői munka során szem előtt tartható, közös szemléletként alkalmazható, bio-pszicho-szociális megközelítés értelmezése, gyakorlati elsajátítása egy, a gyermek-és ifjúságpszichiátriai ellátásból származó eset nyomán. Az esetismertetéshez szorosan kapcsolódva jelenik meg az alapvetően a klinikumban, mentális egészségügyi ellátórendszerben alkalmazott, ugyanakkor a külföldi ellátórendszerekben pl. a szociális munkások tevékenységében is szereplő esetkonceptualizáció módszere, mely az eset kapcsán szintén feldolgozásra kerül. Az esetbemutatás másodlagos célja a holisztikus szemlélet gyakorlása, mely szükségességét az adja, hogy napjainkban egyre gyakoribb többes diagnózisok születnek az ellátó rendszerekbe érkezők kapcsán, valamint a "tiszta" kórképek csökkenő tendenciát mutatnak, így a szakembereknek is szerteágazóbb tudásra kell szert tenniük.

3.1. A BIO-PSZICHO-SZOCIÁLIS SZEMLÉLET

A mentális rendellenesség vizsgálatakor multikauzális hátteret feltételezhetünk, tehát nem egy tényező okozza a nehézség kialakulását. A nemzetközi minta, valamint a hazai gyakorlat egyaránt a bio-pszicho-szociális megközelítést helyezi előtérbe a mentális egészségügyi esetek értelmezése, feldolgozása kapcsán a szakemberek számára. Ennek alkalmazása a mentális ellátás bármely területén dolgozó szakembert segítheti egy-egy eset értelmezése és segítése során.

A bio-pszicho-szociális modell összetevői

1. táblázat: A bio-pszicho-szociális modell összetevői

Biológiai	Pszichológiai	Szociális
------------------	----------------------	------------------

családi történet	érzelmi fejlődés	család összetétele
genetika	személyiség-szerveződés	kortárs kapcsolatok
fizikai fejlődés	önértékelés	iskola
alkat	önismeret	szomszédok
intelligencia	védő mechanizmusok	etnikai hatások
temperamentum	viselkedési mintázatok	szocioökonómiai státusz
orvosi komorbiditás	kognitív mintázatok	kultúra
	stresszor válaszok	vallás
	coping stratégiák	

Forrás: Henderson, S. W., Martin, A. (2014): Case formulation and integration of information in child and adolescent mental health. In.: Rey, J. M. (ed): IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Henderson & Martin, 2014)

Az esetformuláció

Az **esetformuláció** a biológiai, pszichológiai, szociokulturális faktorok összességéből felállított eset elemzést jelenti. Szemléletmód és eszköz is egyaránt. A módszer elsajátítása egyénileg, valamint intézményi szinten egyaránt fontos lehet. Egyéni vonatkozásban a módszer segíti a kliens problémájának rendszerezését, megértését. Intézményi szinten az adott eset egységesebb interpretációját segíti elő, közös gondolkodást eredményez, illetve a további beavatkozási pontok meghatározása is pontosabb lehet alkalmazásával. A kliens narratívájából, vizsgálatokból, gyermekkel, szülővel, tanárral végzett interjúkból, orvosi és iskolai jellemzésekből nyert információk átformálása koherens és rövid összefoglalóvá. Hipotézist kínál a jelen probléma okairól, természetéről, mely hozzájárul a pontos diagnózis és kezelési terv kidolgozásához. Segítségével a kezelés legadekvátabb módja, helye meghatározható, az állapot később nyomon is követhető. A formulációt klinikai pszichológusok, pszichiáterek, mentális egészséggel foglalkozó személyek, szociális munkások alkalmazzák. Használható diagnosztika, terápia során egyaránt, illetve utánkövetésre (Arany, Kakuszi, Máté, & Szabó, 2017).

A diagnosztikai formuláció

2. táblázat: A diagnosztikai formuláció

Szemponatok	Tartalom
Információ forrása	Beteg, heteroanamnézis, egyéb információ források, orvosi feljegyzések
Fő panasz	Mi a felvétel oka, a fő panasz feljegyzése
A jelenlegi betegség története	Tünetek, lefolyás, gyakoriság, kiváltó események, releváns (negatív) életesemények
Pszichiátriai előzmény	Korábbi értékelések, terápiák, kórházi kezelés, gyógyszerek; önsértés megléte, hetero-, autoagresszió, szerhasználati előzmény; stb.
Orvosi előzmény	Betegségek, kórházi ápolás, műtétek és gyógyszerek, beleértve az alternatív gyógymódokat stb.
Családi pszichiátriai és szomatikus előzmény	Vonatkozó pozitív és negatív családi pszichiátriai és szomatikus előzmények, különös tekintettel a kábítószer-visszaélésre, az öngyilkosságra és a kardiológiai történetre (pl. hirtelen halálesetek)
Szociális (kór)történet	A családi összetétel, családtagok közötti kapcsolatok, a hatóságokkal, szociális szolgálatokkal való kapcsolat és kapcsolódó további kulcsfontosságú események
Iskolai, képzettségi adatok	Iskolák, végzettség, teljesítmény, speciális vagy rendszeres oktatás, iskolai változások, felfüggesztések, eljárások stb.
Fejlődéstörténet	Terhesség, perinatális és prenatális időszak, mérföldkövek csecsemőkorban; motoros, kognitív, társas és viselkedési fejlődés szakaszai
Pszichológiai tesztek	IQ, adaptív működés, beszéd és nyelvhasználat, fejlődés.
Pszichés státusz vizsgálata	



Értékelés	Diagnózis és hipotézisek, iránydiagnózis
Kezelési terv	Kezelési célok és lehetőségek, más személyekkel, szakemberekkel vagy intézményekkel történő kapcsolatfelvétel

Forrás: Henderson, S. W., Martin, A. (2014): Case formulation and integration of information in child and adolescent mental health. In.: Rey, J. M. (ed): IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (Henderson & Martin, 2014)

Gyakorlat: A feldolgozandó eset bemutatása, melyet a hallgatók handout formájában megkapnak, majd létszámtól függően csoportosan történik az anyag feldolgozása.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Mit jelent a bio-pszicho-szociális szemlélet?
2. Foglalja össze az esetformuláció jelentőségét!



Fogalmak: bio-pszicho-szociális szemlélet, esetformuláció

4. PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZÖK 1. – DIAGNOSZTIKAI INTERJÚK, KÉRDŐÍVEK, BECSLŐSKÁLÁK

TÓTH ANETT

TANÁCSADÓ SZAKPSZICHOLOGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Ebben a fejezetben megismerhetjük azokat a technikákat, melyek a pácienssel való találkozás során segítséget nyújthatnak az adatgyűjtésben és diagnózis körvonalazásában: szó lesz az a megfigyelésről, továbbá a pszichiátriában használt kérdőíves és interjútechnikákról.

4.1. A PSZICHOLOGIAI VIZSGÁLAT, ÉRTÉKELÉS

A pszichológiai vizsgálat célja általánosságban a páciens diszfunkciójának megértése és azonosítása, részint a klinikai ellátásba való belépéskor, részint egy megkezdett terápiás folyamat bizonyos pontjain, a terápiás válasz, hatékonyság ellenőrzése céljából.

Optimális esetben a klinikai szakpszichológus által végzett pszichológiai vizsgálat célja, hogy választ adjon a pszichiáter szakorvos által a páciens tüneteinek alapján megfogalmazott **klinikai kérdés(ek)re**. A jól megfogalmazott klinikai kérdés segíti a pszichológust a megfelelő vizsgálati eszközök megválasztásában, illetve abban, hogy a begyűjtött adatokból kiválassza a páciens aktuális nehézségei, diszfunkciója szempontjából releváns tartalmakat. Ebben az értelemben a pszichológiai vélemény tekinthető a szakorvos által feltett klinikai kérdésre adott válasznak.

A jól megfogalmazott **klinikai kérdés** vonatkozhat a tüneteket mutató személy mentális színvonalára, tüneteinek esetleges organikus eredetére, egyes konkrét pszichiátriai zavarok fennállására, a beteg szuicid veszélyeztetettségére, realitáskontrolljának meglétére vagy fellazulására, a terápia és rehabilitáció lehetőségeire, a várható terápiás hatékonyságra stb. Nem tekinthető ugyanakkor klinikai kérdésnek az olyan általánosságban, hipotézis alkotása nélkül megfogalmazott kérdés, mint például: „*Mi okozhatja páciensünk tüneteit?*” (l. még: **formuláció**).



A gyermekpszichiátriai ambulanciára egy édesanya érkezik 15 éves lányával, Nikivel. Amiatt kér segítséget, mert fél évvel ezelőtt gyermekének hangulata és viselkedése gyökeresen megváltozott: egy osztálykirándulásról hazaérve fáradtságról, alvási nehézségekről panaszkodott, majd rövidesen visszahúzódóvá vált, a család tagjaival alig-alig kommunikált. Az édesanya szomorúnak, szorongónak látta. Azóta viselkedése beszűkültté vált: korábban sok barátja volt az osztályban, most csak egy osztálytársával beszélget délutánonként, de közös programokat egyre kevésbé csinálnak (Niki szerint gyakoriak a „beszólogatások”, megalázások az osztályban, ezeknek sokszor ő is áldozata). Korábban versenyszerűen atletizált, ezt egy sportsérülés miatt (négy hónapja tornaórán ínszalagszakadása volt) abbahagyta, nem szeretné folytatni a későbbiekben sem. Talán emiatt is történt, hogy az utóbbi időben sokat hízott, ami zavarja, fogyni szeretne, gyakran koplal, kivonja magát az otthoni étkezésekből is. Tanulmányi átlaga sokat romlott, tavaly 3-as, 4-es tanuló volt, jelenleg öt tárgyból áll bukásra. Otthon gyakoriak a konfliktusok, részben a tanulás és a serdülő visszahúzódása miatt, részben azért, mert Niki állandóan feszült, minden felkapja a vizet; különösen nevelőapjával jön ki nehezen.

Niki szülei bő egy éve váltak el, nevelőapa néhány hónappal később került a családba. Velük él még Niki 5 éves húga, illetve a nevelőapa 23 éves fia.

Az édesanya azért most kér segítséget, mert Niki karján friss vágások nyomait fedezte fel néhány napja, és nagyon megijedt. A serdülő elmondása szerint nagyjából fél éve rendszeresen falcol, elsősorban feszültséglevezető céllal, de öngyilkossági gondolatai is előfordultak már.

A fenti esetet olvasva milyen fantáziáink támadhatnak, és milyen hipotézis(eke)t tudunk megkockáztatni? Milyen további információra lenne szükségünk a család tagjaitól? Meg tudunk-e fogalmazni jó klinikai kérdés(eke)t?

4.2. A PSZICHOLOGIAI ÉRTÉKELÉS ESZKÖZEI

A pszichológus által használt diagnosztikai eszközök széles spektruma áll a szakemberek rendelkezésére a klinikumban. Az alkalmazott eljárás jellege alapján a következő nagy csoportokat különíthetjük el:

- Megfigyelés
- Diagnosztikai interjúk
- Klinikai becslőskálák, kérdőívek
- Tesztek:

- Teljesítménytesztek:
 - Intelligenciatesztek
 - Neuropszichológiai tesztek ○
- Személyiségvizsgáló eljárások:
 - Objektív eljárások
 - Projektív tesztek

A klinikai viselkedésmegfigyelés

A viselkedésmegfigyelésnek alapvetően két típusát különböztethetjük meg: megfigyelhetjük a páciens viselkedését természetes szituációkban, illetve beszélhetünk úgynevezett analóg obszervációról. Nyilvánvalóan kevésbé akad alkalom arra, hogy a személyt mindennapi életvitele során, napi teendőinek végzése közben figyelhessük meg, így az obszerváció első típusa a pszichiátriai osztályokon jellemzően az osztály mindennapos rutinjai során valósul meg: a foglalkoztató csoportok működése, a kötetlen szabadidő eltöltése mind-mind hordozhat információt a páciens nehézségeiről, tüneteiről, kapcsolódási módjairól, kommunikációjáról, konfliktuskezelési eszköztáráról stb. Gyermekpszichiátriai osztályos kivizsgálások alkalmával gyakori észrevétel, kritika a szülők részéről, hogy a gyermek napok óta van az osztályon, és „nem történik semmi”. Fontos tisztáznunk ezért minden esetben, hogy a látszólag cél nélkül – konkrét, direkt szomatikus, pszichológiai vagy egyéb vizsgálatok nélkül – eltelő napok is számos kulcsfontosságú információt szolgáltatnak a gyermek viselkedéséről, melyeket a kivizsgálásban, kezelésben résztvevő team tagjai regisztrálnak.

Az analóg obszerváció tipikus példája, amikor a szakember a gyermek szerepjátékát figyelheti meg, illetve vehet részt benne, általában már a pszichológiai vizsgálat keretein belül. Gyermekes esetében a játék az egyik leginformatívabb eszköz, hiszen rengeteget elárul a gyermek mindennapi tapasztalatairól, szokásos megoldási módjairól, vágyairól, félelmeiről, érzelemkifejezési módjairól stb.

Az interjú

A klinikai pszichológiában az interjú célja a pácienssel kapcsolatos információk összegyűjtése, gondolkodásának, attitűdjeinek, érzelmi állapotainak, vélekedéseinek megismerése, illetve aktuális állapotának felmérése. Az interjút vezető szakember meghatározott cél érdekében irányítja a beszélgetést, nagyjából előre definiált témák, kérdések érintésével. Az interjútechnika a pszichológiai tesztekhez képest jóval kevésbé formalizált, kötetlenebb módszer, ugyanakkor ennek is többféle formája létezik, attól függően, mennyire előre meghatározott vagy éppen rugalmas az interjúkészítés módja. Ennek alapján megkülönböztethetünk:

- strukturálatlan,
- félig strukturált és
- strukturált interjút.



becslőskálák

A strukturált interjútechnikák standard kérdéseket tartalmaznak előre megadott sorrendben, céljuk általában minél pontosabb diagnózis, differenciáldiagnózis felállítása. A félig strukturált interjúk esetében az előre meghatározott kérdések sorrendje általában rugalmasabb.



Mind a felnőtt, mind a gyermekpszichiátriában többféle standardizált, strukturált vagy félig strukturált interjútechnikát alkalmazunk: az időigényesebb módszerek közé tartozik például az ISCA (Interview Schedule for Children and Adolescents (Sherril & Kovács, 2000), mely egy tünetekre fókuszáló, félig strukturált interjú gyermekek és serdülők számára. A M.I.N.I., vagyis a Mini-International Neuropsychiatric Interview egy nagyjából negyed óra alatt felvehető, rövid, strukturált diagnosztikus interjú, melynek felnőtt és gyermekpszichiátriában használható verziója egyaránt létezik (Sheehan, és mtsai., 1998). A SCID I. és II. (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I/II Disorders) (First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 2002) felnőttekkel használható, hosszabb, félig strukturált klinikai interjú.

Klinikai becslőskálák, kérdőívek

A többnyire önbeszámoláson alapuló, általában papír-ceruza módszerek között megkülönböztethetünk problémáspecifikus, illetve általánosabb célú, szélesebb jelenségeket vizsgáló kérdőíveket. A problémáspecifikus kérdőívek jellemzően egy-egy pszichiátriai zavart vagy diszfunkciót járnak körül. Ilyen kérdőív például a Beck-féle Depressziós Skála (Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961), mely egy rövid, 21 itemet tartalmazó papír-ceruza teszt, célja a depressziós tünetek azonosítása a felnőttek körében. Gyermekpszichiátriában használt változata a CDI (Children's Depression Inventory – Gyermek Depresszió Skála (Kovács M., 1985)).

Az általánosabb célú (többdimenziós) kérdőívekre egy gyakran használt és tipikus példa a gyermekekkel való munkában használt SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman, 1997)), vagyis az erősségek és nehézségek kérdőíve. A 25 tételes kérdőív önmagában távolról sem diagnosztikus értékű, de segítséget nyújthat az érzelmi tünetek, a viselkedésproblémák, a hiperaktivitás és figyelemzavar, valamint a kortárs kapcsolati problémák szempontjából veszélyeztetett gyermekek kiszűrésére, valamint a jó proszociális készségek azonosítására.

A www.sdqinfo.hu oldalon keressük meg a kérdőív magyar nyelvű változatait, majd egy megfelelően megválasztott verziót töltsünk ki valamely, világirodalomból ismert gyermekszereplőre gondolva! Milyen profilt rajzol ki a kérdőív, tudunk-e problémás területet vagy éppen erősséget azonosítani? Egybecseng-e ez az adott szereplőről való tudásunkkal, róla alkotott képünkkel? Milyen profilt alkotnánk Nemeček Ernőről vagy Nyilas Misiről? Mennyire tér el két különböző személyiségű szereplő – például Harry Potter és Draco Malfoy – profilja?

Noha a kérdőívek zöme önkitöltős, a legfiatalabbak esetében nyilván nem tudunk információt szerezni ilyen módszerrel. Az SDQ-nak éppen ezért létezik szülői és

tanári verziója is, és csak az idősebbek – 11 éven felüliek – részére készült önkitöltős változat.

Ehhez hasonlóan számos problémáspecifikus kérdőívre is igaz, hogy nem csupán önkitöltős formában létezik, főleg a gyermekpszichiátriában gyakori, hogy ugyanazon kérdőív szülői és tanári verziójának kitöltésével próbálunk párhuzamosan tájékozódni a gyermek viselkedéséről életének különböző szinterein. Így például a hiperaktivitás és figyelemzavar diagnosztikájában alkalmazott Conners-féle ADHD Becslőskálának (Conners, Sitarenios, Parker, & Epstein, 1998) is párhuzamosan használt mind a tanári, mind a szülői verziója.



Nem csupán a kérdőíveknél, hanem általában a diagnózis felállításának folyamatában is kulcsfontosságú, hogy minél több lehetséges forrásból információt gyűjthessünk, a páciens életének minden fontos területét megvizsgálhassuk az esetleges diszfunkciók szempontjából. A pszichiátriában ezért kiemelten fontos az anamnézis, az exploráció és pszichodiagnosztika mellett a heteroanamnézis, a megfigyelés, gyermekek esetében az iskolai, tanári jellemzés.

ÖSSZEFOGLALÁS

A pszichodiagnosztika célja a páciens diszfunkcióinak feltárása és jobb megértése, végső soron az előzetes benyomások alapján megfogalmazott hipotézis(ek) tesztelése, a klinikai kérdés(ek) megválaszolása. A pszichodiagnosztikai módszerek közül áttekintettük a megfigyelés, a diagnosztikus interjúk, illetve a klinikai tünetbecslő skálák és kérdőívek szerepét.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

3. Melyik állítás nem igaz a klinikai interjúkra?
 - a. mindig célra irányuló, a hétköznapi beszélgetésnél strukturáltabb
 - b. a kérdések sorrendje minden esetben szigorúan meghatározott
 - c. három típusa a strukturált, félig strukturált és strukturálatlan interjú
 - d. léteznek szigorúan tünetekre fókuszáló, differenciáldiagnosztikai célú változatai is

4. Az alábbiak közül melyik a hiperaktivitás és figyelemzavar diagnosztikájában használt, problémáspecifikus kérdőív?
 - a. CDI
 - b. SDQ
 - c. SCID



becslőskálák

d. Conners-féle Gyermekviselkedési Kérdőív



Fogalmak: klinikai kérdés

5. PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZÖK 2. – TELJESÍTMÉNYTESZTEK

TÓTH ANETT

TANÁCSADÓ SZAKPSZICHOLÓGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Ebben a fejezetben összefoglalást adunk az intelligencia, illetve a különféle kognitív – megismerő, végrehajtó, figyelmi stb. – funkciók mérésére használt objektív teljesítménytesztekkel.

5.1. A TELJESÍTMÉNYTESZTEK TÍPUSAI

A teljesítményteszteknek alapvetően két nagy csoportját szokás elkülöníteni: az intelligenciateszteket és a különféle neuropszichológiai tesztek. Az intelligenciateszteket a mentális színvonal felmérésére, az esetleges mentális elmaradás – vagy hanyatlás – felderítésére, illetve az intelligenciastruktúra feltérképezésére (különböző képességterületeken nyújtott teljesítmény egymáshoz való viszonya) használják. A neuropszichológiai tesztek a páciens úgynevezett „kognitív térképezését” segítik, információval szolgálnak a megismerő és végrehajtó funkciók működéséről, illetve a központi idegrendszer esetleges működési zavarairól.

5.2. AZ INTELLIGENCIA MÉRÉSE

Hogyan definiálnánk az intelligencia fogalmát?

Az intelligencia mérésének első eszközeit a 19. sz. végén egy gyakorlati szükséglet hívta életre: a francia oktatási rendszer objektív vizsgálati eszközt szeretett volna bevezetni az iskolaérettség vizsgálatára. A francia pszichológus, Alfred Binet munkássága nyomán született meg az első, eredeti formájában 30, fokozatosan nehezedő tételből – feladatból – álló intelligenciateszt 1905-ben.

28 | 5. Pszichodiagnosztikai eszközök 2. – Teljesítménytesztek

A legelső, gyermekek mentális képességeinek feltérképezésére alkalmazott intelligenciatesztek úgynevezett fejlődési intelligenciahányadossal dolgoztak: az alapján, hogy a gyermek az egyre nehezedő feladatok megoldásában meddig jutott el sikerrel, kiszámolták a **mentális korát**, majd ez osztva a tényleges életkorával és megszorozva százzal megállapították a mentális nívóját jellemző úgynevezett intelligenciakvócienszt (IQ).

$$IQ = \text{mentális kor} / \text{biológiai életkor} * 100$$

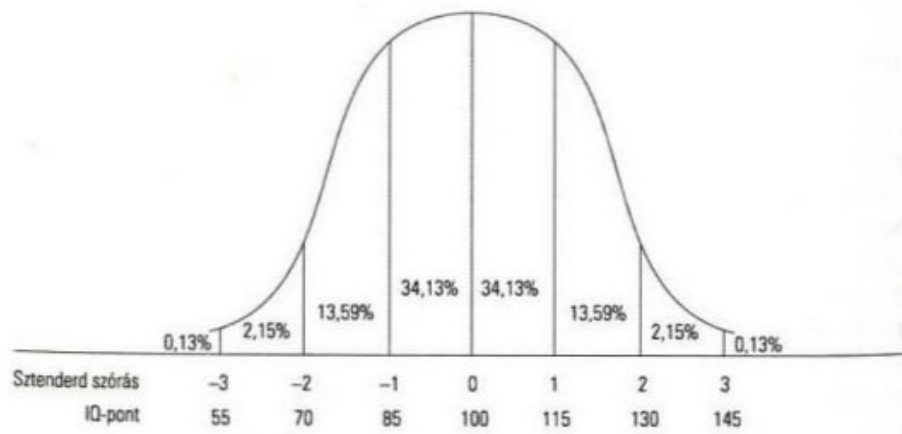
Mennyi annak a 6 év 3 hónapos gyermeknek az intelligenciahányadosa, akinek a mentális kora 5 év 6 hó?

A Binet által megalkotott teszt módosított verziója Stanford-Binet-teszt néven futott be nagy karriert az Egyesült Államokban; egy magyar nyelvre adaptált változata, a **Budapesti Binet-teszt** máig használatos a hazai gyakorlatban.

Noha Binet tesztje a gyermekek fejlődésének nyomon követésében betöltötte eredeti feladatát, egyre nagyobb igény mutatkozott a felnőttek intelligenciamérése iránt, amire Binet módszere nem volt alkalmas.

Miért nem alkalmazható a Binet által definiált intelligenciahányados felnőttek esetében?

Felnőttek számára használható intelligenciatesztet elsőként David Wechsler állított össze, és ő vezette be a felnőttek mentális készségeit jól jellemző **deviációs IQ** fogalmát. Ez nem mást jelent, mint hogy felnőttek esetében a mentális készségek normál eloszlásából indulunk ki, és egy adott korcsoport átlagos teljesítményéhez – a binet-i hagyományokhoz igazodva – rendeljük hozzá a 100-as IQ értéket. Majd a teljesítménygörbe (l. ábrán) minden egyes szórásához (az átlagtól való átlagos eltéréséhez) hozzárendelünk 15 pontot: így lesz a korcsoport átlagától egy szórásnyira teljesítő intelligenciahányadosa 85, illetve 115, a két szórásnyira teljesítőké pedig 70, illetve 130. Az intelligencia normál eloszlásából adódóan így azt is meg tudjuk mondani, hogy az adott szórásnyi tartományba a populáció hány százaléka esik, illetve hogy egy adott szinten teljesítő személy korcsoportjának hány százalékánál teljesít jobban (centilis):



1. ábra: Az intelligencia normál eloszlása

Kép forrása: Kovács Kristóf (2008): Intelligencia. In: Csépe, V., Győri, M., Ragó, A. (szerk.): Általános Pszichológia 3.: Nyelv, tudat, gondolkodás. Osiris, Budapest; 422. o. (Kovács K., 2008)

Az intelligencia színvonalövezetei

A fenti eloszlás alapján az intelligencia színvonalövezeteit hagyományosan a következőképpen szokás megállapítani:

- 90 és 110 között: átlagos tartomány
- 110 és 120 között: átlagos-magas
- 120 és 130 között: átlag feletti, igen magas
- 130 felett: extrém magas
- 80 és 90 között: alacsony-átlagos
- 70 és 80 között: átlag alatti, határövezeti
- 70 alatti: igen alacsony, mentális elmaradásnak megfelelő
- 50 és 70 között: enyhe értelmi elmaradás
- 35 és 50 között: középsúlyos értelmi elmaradás
- 35 alatt: súlyos értelmi elmaradás

Gyakran használt intelligenciatesztek

A klinikai gyakorlatban leggyakrabban használt intelligenciatesztek napjainkban deviációs IQ-t mérő úgynevezett Wechsler-féle tesztek. (Wechsler, 2008)

Életkori felbontás alapján a következő tesztekkel találkozhatunk:

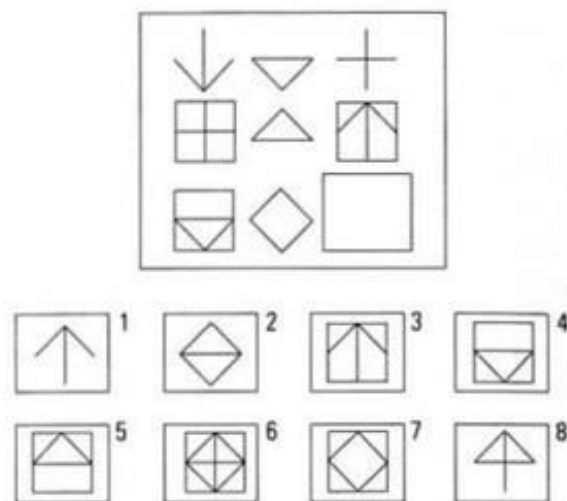
- 2-7 éves kor között: Wechsler Óvodás és Kisiskolás Intelligenciateszt (WPPSI)
- 6-16 éves kor között: Wechsler Gyermekek Intelligenciateszt (WISC)

- 16 éves kor felett: Wechsler Felnőtt Intelligenciateszt (WAIS)

E tesztek közös jellemzője – a deviációs IQ alkalmazásán túl -, hogy az intelligenciastruktúráról is informálnak: számos, különböző típusú feladatot tartalmaznak, melyek az általános mentális nívón túl különféle részképességek szintjét (verbális megértés, munkamemória, perceptuális következtetés és információfeldolgozási sebesség) is mérik.

Az intelligenciatesztek egy másik nagy csoportja csupán egy-két feladattípussal dolgozik, gyorsan, akár csoportosan is felvehető, és részletes intelligenciaprofil helyett csupán átfogó eredményt ad. Az e csoportba tartozó tesztek jellemzően nonverbálisak, és az úgynevezett **fluid intelligencia** mérését (az a képességünk, mely segítségével ismeretlen, újszerű problémahelyzeteket oldunk meg, korábbi ismeretek hasznosítása nélkül) célozzák. Legismertebb képviselői e csoportnak az úgynevezett **Raven-féle Progresszív Mátrixok** (Raven, Raven, & Court, 2003), ahol egy 3x3-as táblázatban bemutatott 8 nonfiguratív elemhez kell kiválasztani nyolc lehetséges válasz közül azt a kilencediket, amelyik leginkább illik a táblázat logikájába. A Raven-féle mátrixok négy típusa használatos különböző életkorú és képességszintű csoportokban:

- A Színes Raven-teszt alkalmazható a gyermekek, illetve gyengébb mentális készségűek tesztelésére;
- A Standard Raven-teszt az átlagos képességű felnőttek tesztelésére használatos;
- A Standard Plusz változat az átlag feletti tartományban mér;
- A Haladó Raven-teszt pedig a legmagasabb képességtartományban differenciál.



2. ábra: Példa egy Raven-típusú mátrixra

A legkisebb gyermekek fejlődéséről – még ha érzékeljük is, hogy esetleg az átlagosnál lassabb ütemű – az intelligenciatesztek nem nyújtanak információt. A klinikai gyakorlatban éppen ezért használatos a **Brunet-Lézine-féle pszichomotoros teszt**, melynek egyszerű próbái már három hónapos kortól segítenek a gyermekek fejlődési ütemének felmérésében, egy, az fejlődési IQ-hoz hasonló mutatószám, a fejlődési hányados (FQ) meghatározásával. Természetesen e teszt még javarészt a gyermek viselkedésével kapcsolatos megfigyeléseken, illetve szülői beszámolókon alapul.

A személyes és társas készségek felmérésére szolgáló eszköz lehet még a **Vineland-féle szociális érettségi skála**, mely inkább félig strukturált interjú, mintsem képességteszt, de általában a mentális elmaradás tényének és fokának megállapítására szolgál. Jellemzően egészen fiatal és/vagy egyáltalán nem kooperáló gyermekek, illetve jelentős mentális elmaradást, funkcióromlást mutató felnőttek mindennapi rutinokban való jártasságának, önállóságának felmérése használják, általában a szülő vagy a gondozó beszámolója alapján. A skála a kommunikáció, a szociabilitás, a mozgásfejlődés és az önellátási készségek mentén értékeli a fejlődést, egy átfogó mutatóval (SzQ, vagyis szociális fejlődési hányados) jellemezve a teljesítményt. Az FQ és az SzQ színvonalövezetei hagyományosan az IQ-éhoz hasonlóan értékelendők.

5.3. NEUROPSZICHOLÓGIAI TESZTEK

A neuropszichológia a pszichológiának azon ága, mely az agy működése és a lelki folyamatok közötti összefüggésekkel foglalkozik. A neuropszichológiai tesztek az egyes megismerő és végrehajtó folyamatok (memória, figyelem, észlelés, beszédészlelés és -produkció stb.) működését, esetleges diszfunkcióit tárja fel, lehetőséget nyújtva arra, hogy a szakember következtetéseket fogalmazzon meg egyes központi idegrendszeri károsodásokra vonatkozóan. A neuropszichológiai tesztek értékelése alapvetően neuropszichológusi kompetencia.



Néhány gyakran használ neuropszichológiai teszt, a teljesség igénye nélkül:

- Addenbrook-teszt – 22 feladatból álló tesztsor a demencia szűrésére;
- Corsi-féle kockateszt – a munkamemória vizsgálatára használt teszt, egy táblára helyezett kockákat kell egymás után megérinteni, a vizsgálatvezető által bemutatott sorrendet reprodukálva;
- Bender-teszt – gyermekek vizuo-motoros koordinációját vizsgáló teszt, melyben különféle geometrikus alakzatokat kell a vizsgálati személynek lemásolnia; stb.

32 | 5. Pszichodiagnosztikai eszközök 2. – Teljesítménytesztek

A megismerő folyamatok működésére irányuló, neuropszichológiai jellegű teljesítménytesztek közül kiemelendők a **figyelemtesztek**, melyek különösen a gyermekpszichiátriában igen gyakran használtak, a hiperaktivitás és figyelemzavar diagnosztikájában. A leggyakrabban használt figyelemtesztek a következők:

- **Szék-lámpa teszt** – 5 éves kortól alkalmazható figyelemteszt óvodások részére, a gyermek elé helyezett lap mindkét oldalán 21 sorban soronként 19 apró rajz található, ezek közül kell áthúznia az összes szék és lámpa képét; a rendelkezésre álló idő 5 perc.
- **Toulouse - Piéron-teszt** – 8 éves kortól használható teszt, a kitöltőnek azokat az alakzatokat kell áthúznia 20, egyenként 20 elemet tartalmazó sorban, melyek a teszt elején megadott 4 célalakzat valamelyikével megegyeznek; a rendelkezésre álló idő 5 perc.
- **d2 teszt** – 9 éves kortól használható teszt a szelektív figyelem és monotóniatűrés mérésére, a kitöltőnek 14, egyenként 57 db elemet (p, b, d és q betűk, körülöttük 0-4 db ponttal) tartalmazó sorban áthúznia azokat a d betűket, melyek körül pontosan 2 pont található.
- **KHV teszt** – 7-9 éves gyermekek csoportjában sztenderdizált figyelemvizsgáló teszt, ahol 80 darab, fejenként 24 apró képet ábrázoló kártyalap szétválogatni aszerint, hogy a két célinger – kutya és kacsa képe – valamelyike (vagy mindkettő) megtalálható-e rajtuk.

A figyelemvizsgáló tesztek közös jellemzője, hogy egyaránt figyelembe veszik a munka minőségi aspektusait (hibázások száma és jellege) és a munkavégzés tempóját (feladatmegoldás ideje vagy az adott idő alatt átnézett elemek száma), s e kettő alapján következtethet a szakember figyelemkoncentrációs nehézség fennállására.



Tekintettel arra, hogy a figyelemtesztek felvétele általában igen rövid időt igényel (5-20 perc), s a teljesítményt számos szituatív tényező befolyásolhatja pozitív vagy negatív módon, így a figyelemtesztben nyújtott teljesítmény önmagában soha nem diagnosztikus értékű a hiperaktivitás és figyelemzavar szempontjából, mindig más információforrásokkal (szülői és tanári kérdőívek, heteroanamnézis, megfigyelés stb.) együtt értékelendő.

Napjainkban elterjedőben vannak a számítógép segítségével felvehető, akár a gyermek mozgásait is regisztráló (így a hiperaktivitásról is informáló) figyelemtesztek; ezek használata azonban Magyarországon még nem bevett gyakorlat.



3. ábra: Korszerű figyelemteszt

Kép forrása: <http://www.quotient-adhd.com>

ÖSSZEFOGLALÁS

A teljesítménytesztek közé soroljuk az intelligenciateszteket, illetve a különféle neuropszichológiai tesztek. Az intelligenciateszteknek léteznek több képességterületre kiterjedő, intelligenciastruktúra vizsgálatára alkalmas verziói (pl. WPPSI, WISC, WAIS), illetve szűkebb területre kiterjedő, zömében fluid intelligenciát vizsgáló fajtái (pl. Raven-teszt). A figyelemtesztek az ADHD diagnosztikában gyakran használt, rövid, leggyakrabban papír-ceruza alapú teljesítménytesztek.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Az alábbiak közül melyik nem intelligenciateszt?
 - a. Raven-féle Progresszív Mátrix
 - b. Corsi-féle kockateszt
 - c. WPPSI
 - d. WISC

2. Melyik IQ tartományt nevezzük határövezeti intellektusnak?
 - a. 120 és 130 között
 - b. 90 és 110 között
 - c. 70 és 80 között
 - d. 50 és 70 között



Fogalmak: mentális kor, deviációs IQ, fluid intelligencia

6. PSZICHODIAGNOSZTIKAI ESZKÖZÖK 3. – SZEMÉLYISÉGVIZSGÁLÓ ELJÁRÁSOK

TÓTH ANETT

TANÁCSADÓ SZAKPSZICHOLOGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Ebben a fejezetben megismerkedünk a leggyakrabban használt klinikai személyiségvizsgáló kérdőívvel, a Minnesota Többfázisú Személyiségleltárral (MMPI), valamint a projektív személyiségvizsgáló módszerek alkalmazásának alapelveivel és a klinikai gyakorlatban leggyakrabban előforduló típusaival.

6.1. SZEMÉLYISÉGVIZSGÁLÓ ELJÁRÁSOK A DIAGNOSZTIKÁBAN

A diagnosztika során a diszfunkciók hátterének feltárásában, megértésében nagy segítséget nyújtanak az olyan vizsgálati eszközök, melyek a teljes személyiség működéséről hordoznak információt, s ebben az összefüggésben világítják meg a fókuszban álló működési zavarokat. Két típusú személyiségvizsgáló eljárást szokás megkülönböztetni: az objektív eljárásokat és a projektív tesztek.

Az objektív eljárásokat voltaképpen tárgyalhatnánk a diagnosztikai célú kérdőívek között is, hiszen többnyire önkitöltős, papír-ceruza tesztekéről van szó (bár a legtöbb módszerhez létezik számítógépes szoftver is). Az egy-egy problémára fókuszáló vagy akár általánosabb célú diagnosztikus kérdőívekhez képest azonban ezek a személyiségtesztek – vagy személyiségleltárok – az egyén lelki működésének átfogó megértésére törekednek, hátterükben többnyire valamely, a személyiségszerveződés egészének leírására irányuló, átfogó személyiségelmélet áll.

A klinikumban legelterjedtebb személyiségleltár az úgynevezett **Minnesota Többfázisú Személyiségleltár**, röviden MMPI különféle nagy pszichiátriai betegségcsoportok jellemzőit foglalja magába, az ezekre jellemző tünetek, tulajdonságok mentén, a teljesség igényével igyekszik feltérképezni a diszfunkcióval küzdő személy nehézségeit, személyiségének jellegzetes működésmódjait.

Az objektív eljárások előnye, hogy könnyen, akár csoportosan felvehető, gyorsan kiértékelhető (különösen számítógépes felvétel esetén), sztenderdizált módszerek.

Hátrányuk, hogy a diszfunkciók, tünetek okairól keveset árulnak el, illetve a projektív tesztekhez képest viszonylag könnyű őket szándékosan megtévesztő módon kitölteni.

A projektív tesztek az objektív módszerekkel szemben nem közvetlenül kérdeznak rá a személy nehézségeire, vágyaira, motivációra, fantáziára stb.; indirekt módszerekről van szó, ahol a válaszadás egyéni mintázatai sokkal inkább érvényesülni tudnak, s a tudatos válaszhamisítás is lényegesen nehezebb, mert a válaszadó jellemzően nincs tisztában a teszt pontos rendeltetésével, értékelésének alapelveivel.

6.2. A MINNESOTA TÖBBFÁZISÚ SZEMÉLYISÉGLELTÁR (MMPI)

A pszichiátriai betegek állapotának leírását, funkcióromlásuk felmérését segítő, soktényezős klinikai személyiségtesztet az 1940 években az Egyesült Államokban dolgozta ki Hathaway és McKlinley (Hathaway & McKinley, 1951). Napjainkban jellemzően számítógépes szoftver segítségével történik a felvétele és értékelése. 1989-es átdolgozása, 2009-es hazai adaptációja ótamásodik verziója, az MMPI-2 használatos a magyarországi gyakorlatban. A teszt teljes verziójában 567 tételből (igaz vagy hamis volta mentén mérlegelendő állításból) áll. Felvétele nagyjából 1-1,5 órát vesz igénybe, s elsősorban felnőtt, 18 éven felüli személyeknél alkalmazzák.

A tesztben adott válaszok alapján 10 különböző klinikai skálaérték számolható: a hipochondria- (Hd), a depresszió- (D), a hisztéria- (Hy), a pszichopátia- (Pp), a maszkulinitás-feminitás (Mf), a paranoia- (Pa), a pszichaszténia- (Pt), a szkizofrénia- (Sc), a hipómánia- (Ma), valamint a szociális introverzió skála (Si).



Noha az egyes tünetcsoportokra fókuszáló klinikai skálák olyan tételekből épülnek fel, melyekkel az adott betegcsoportba sorolható páciensek jellemzően egyetértenek, egy-egy emelkedett klinikai skálaérték önmagában nem diagnosztikus értékű, csak valamennyi klinikai skálaérték figyelembe vételével, mintázatban értékelhető.

A teszt a klinikai skálákon túl tartalmaz úgynevezett validitásskálákat, amelyek feladata a figyelmetlen vagy véletlenszerű, esetleg szándékosan torzító kitöltési attitűdök (tünetek elfedése vagy éppen túlhangsúlyozása, szimuláció) kiszűrése. Az L, vagy hazugság skála magas értéke őszintétlenségre utal, azt jelzi, hogy a kitöltő túlzóan jó fényben kívánja feltüntetni önmagát, ami a tünetek elfedésével is együtt járhat. A K, vagy korrekciós skála olyan tételekből áll, melyeket az egészséges kitöltők általában nagy valószínűséggel tartanak igaznak önmagukra nézve; magas értéke pozitív önbemutatást jelez, alacsony értéke a tünetek túlhangsúlyozására utalhat. Az F skála „szokatlan”, időnként bizarr állítások összessége, a magas F pontszám véletlenszerű, figyelmetlen kitöltést, de súlyos patológiát (vagy szimulációs tendenciát) is jelezhet.

Az **MMPI-A**, vagyis a teszt serdülőkre adaptált változata szintén elérhető magyar nyelven, 14-18 éves fiatalok személyiségvizsgálatára alkalmas, és a felnőtt verziónál valamelyest kevesebb, „mindössze” 478 tételt tartalmaz.

6.3. PROJEKTÍV TESZTEK

A projektív tesztek olyan személyiségvizsgáló módszerek, melyek során a vizsgált személynek homályos, bizonytalan, nem egyértelmű ingerekre kell válaszolnia. A projektív tesztek alapelve, hogy ebben a helyzetben a személy válasza nem annyira a bemutatott ingert sajátosságait fogja leírni, sokkal inkább saját rejtett érzelmeit, belső konfliktusait vetíti – projiciálja – a bemutatott projektív felületre. A projektív tesztek a pszichoanalitikus szemléletben gyökereznek, mely szerint az emberek tudatos és tudattalan tartalmakkal, attitűdökkel egyaránt rendelkeznek, és viselkedésük mozgatórugói sok esetben túlmutatnak a tudatos gondolkodáson, esetleg nem is hozzáférhetőek tudatosan. A projektív tesztek többértelmű, strukturálatlan ingeranyaga lehetővé teszi a személy számára, hogy belső, nem tudatos működésének szervezőelvi mentén strukturálja, értelmezze ezt az ingeranyagot, és válaszában megjelenítsen olyan, a tudattalanjában gyökerező tartalmakat, melyeket a diagnosztikus interjúk és kérdőívek explicit kérdéseivel nem lehetne feltárni.

Tematikus Appercepciós Teszt (TAT)

A **Tematikus Appercepciós Tesztet** – avagy TAT-ot – az 1930-as években fejlesztette ki az amerikai pszichológus, Henry A. Murray (Murray, 1943). Az anekdota szerint a teszt ötlete Murray egyik tanítványától, Cecilia Robertsól származott, aki arról számolt be tanárának, hogy amikor a fia beteg volt és ágyban feküdt, azzal szórakoztatta magát, hogy az újságokban látott képekről történeteket talált ki. Roberts arra volt kíváncsi, vajon a módszer alkalmas lenne-e a személyiség mélyebb dinamikájának feltárására.

A Murray által megalkotott teszt 32 táblából áll, minden táblán egy-egy fekete-fehér kép látható, mely jellemzően egy, avagy több embert ábrázol valamilyen bizonytalan, nem egyértelműen azonosítható helyzetben. Az appercepció kifejezés a lelki működésnek arra a sajátosságára utal, hogy a világot hajlamosak vagyunk korábbi tapasztalatainknak megfelelően észlelni, értelmezni. A vizsgált személy feladata, hogy a kép – képzeletét minél inkább szabadon engedve - egy történetet találjon ki. Minden táblának van valamilyen felhívó jellege – olyan téma vagy tartalom, melyet jellemzően előhív a válaszadóból -, és a táblákon különböző nemű és életkorú figurák láthatóak, hogy minden személy esetében kiválaszthatóak legyenek azok a táblák, melyek korához, neméhez és aktuális nehézségeihez leginkább illeszkednek (ilyenkor a legkönnyebb az azonosulás a szereplővel, és ekkor várható a leggazdagabb projekciós anyag a válaszadótól). Egy ülés során általában legfeljebb 10 táblát exponálnak a válaszadónak, összesen két ülésben legfeljebb 20-at - hogy pontosan melyeket, azt a pszichológus választja ki az előző szempontok mentén.

10 évnél fiatalabb gyermekek vizsgálatára alkalmas a tesztnek egy sajátos változata, a **Gyermek Appercepciós Teszt**, avagy CAT (Children's Apperception Test). Ez a teszt mindössze 10 táblából áll, mindegyik táblán egy-egy fekete-fehér kép látható, melyen különböző állatok valamely bizonytalan, homályos helyzetben hétköznapi

tevékenységekben vesznek részt (pl. kötelet húzó medvék, teázó majomcsalád stb.). A teszt alkalmazásának alapelve, hogy a kisebb gyermekek könnyebben azonosulnak állatfigurákkal, képesek emberi érzéseket és motivációkat tulajdonítani nekik.

Rorschach-teszt (Ro)

Az egyik leggyakrabban alkalmazott, mint a felnőtt, mind a gyermekpszichiátriában használható projektív eljárás a Hermann Rorschach svájci pszichiáter által az 1910-es években kidolgozott **Rorschach-teszt**. A teszt 10 táblából áll, melyeken szimmetrikus, fekete-fehér vagy színes tintafoltok láthatók. A vizsgálat személynek egyesével exponálják a táblákat, s neki el kell mondania, hogy a foltok egészében vagy részleteiben mit lát, mire emlékeztetik azok őt.

A foltokra adott egyéni válaszokból következtetni lehet a válaszadó mentális nivójára, érzelmi életére, elkülöníthetőek a mentális egészség, illetve a patológiás lelki működések jegyei. A válaszok jelölésére és értékelésére hazánkban Mérei Ferenc dolgozott nagyon részletes és komplex eljárást (Mérei, 2002). A tesztben a megjelenő tartalmakon túl a szakembernek az is értékelnie kell, hogy a válasz formailag mennyire adekvát – vagyis az adott folt vagy részlet valóban hívja-e az adott választ -, a folt egészére vagy csak kis részletére vonatkozik-e, inkább a folt színe vagy formája befolyásolta-e a válaszadást, a válasz mennyire gyakori avagy egyedi, originális, illetve hogy a személy miként viselkedik a vizsgálat közben, hogyan reagál az egyes táblákra, válaszát miképpen fogalmazza meg stb. A válasz értékelésében az is szerepet játszik, hogy az adott táblának mi a felszólító jellege – Mérei szerint ugyanis mindegyik tábla egy-egy meghatározott jelenségre reflektál, azzal a témával kapcsolatos tartalmakat, asszociációkat hív. Így ha valamelyik táblánál elakadást vagy szokatlan megoldásokat tapasztalunk, az arra utalhat, hogy a vizsgálat személy számára egy konfliktusokkal terhelt témáról van szó.

Világjáték

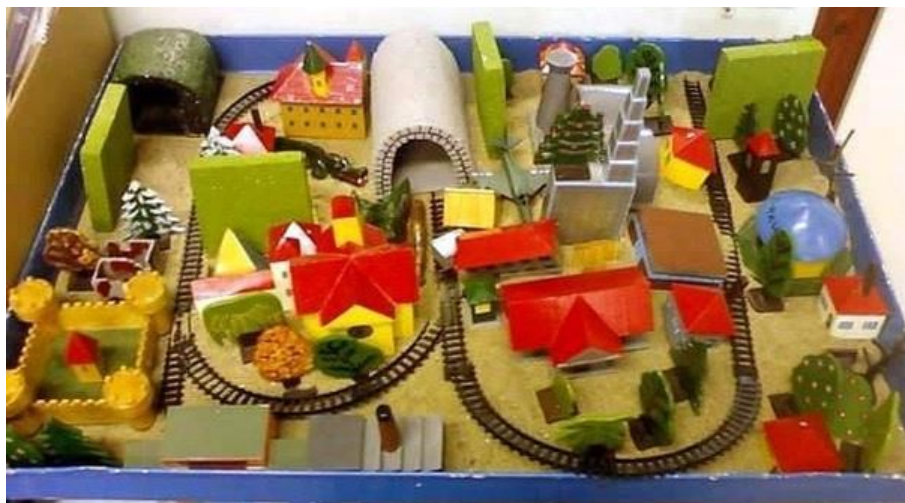
Noha világszerte számos, a Világjátékhoz hasonló diagnosztikus és/vagy játékterápiás eszközt alkalmaznak (francia nyelvterületen a Muchielli-féle Képzeletbeli Várost, Németországban a Scenotestet, mely egyébként szintén használatos hazánkban stb.), a **Világjáték** mai formájának kialakítása Polcz Alaine nevéhez fűződik (Polcz, 1999).

A Világjátékot mint diagnosztikus és terápiás eszközt leggyakrabban gyermekekkel végzett munkában alkalmazzák, de használható serdülőkkel, sőt felnőttekkel is. A feladat egy saját világ megépítése egy 50x70 cm-es, a tengert szimbolizáló nagy kék fémtálcán, homok, illetve épületek, ember- és állatfigurák, növények, bútorok, járművek, használati tárgyak stb. felhasználásával. Az építés befejezését követően, az úgynevezett utótesztben a pszichológus számos kérdés tehet fel a gyermeknek az elkészült világról:

Hol élsz ebben a világban? Kivel laksz együtt? Ki vagy te ebben a világban? Hol süt a nap ebben a világban, hol van árnyék? Hol üt ki tűz? Valami nagyon jó/rossz dolog történik ebben a világban, mi az? stb.

A Világjáték értékelésénél figyelembe kell venni a gyermek viselkedését az építés folyamán, az építésre, illetve homokozásra szánt időt, a homokozás módját, a felhasznált elemek számát és azok téri elrendezését (zsúfolt vagy szellős-e a világ, mennyire összerendezett, koherens – vagy inkább kaotikus, dezorganizált; vannak-e preferált sarkok vagy éppen üresen hagyott területek stb.), az építés módját, sorrendjét (elsőként kiválasztott tárgy, középponti vagy a tálca pereme menti építkezés), a felhasznált kategóriák számát (épület, ember, állat, növény, jármű stb.), ez egyes elemek egymáshoz viszonyított helyzetét, a kiválasztott elemek jellegét (pl. vadállatok vagy háziállatok választása inkább) stb. - illetve az utótesztben elmondottakat.

A felsorolt szempontok mentén gondolkodva mit tudunk megállapítani az alábbi építményről? Milyen benyomásokat, fantáziákat kelthet bennünk?



4. ábra: Világjáték

Kép forrása: saját gyűjtés

Rajztesztek

A klinikai gyakorlatban a rajzoknak diagnosztikai és terápiás eszközként is fontos szerepe van. Különösen gyermekkorban igaz, hogy a rajzolás az önkifejezés egy spontán és természetes módja, mely segítségével a gyermek megjelenítheti vágyait, fantáziáit, konfliktusait, formát adhat érzelmi történéseinek, külvilággal való viszonyának. A rajztesztek a felnőttek diagnosztikájában is használható módszerek.

A leggyakrabban alkalmazott rajztesztek, a teljesség igénye nélkül (Vass, 2013):

1. Összetett rajztesztek: Ház-, Fa-, Emberrajz-teszt (HTP)

A vizsgált személynek ebben a sorrendben – különböző lapokra – egy ház, egy fa és egy ember rajzát kell elkészítenie. Az utótesztben a pszichológus kérdéseket tesz fel az elkészült rajzokra vonatkozóan: *Hány emeletes a ház? Kié a ház? Melyik szobában lakna a rajzoló és miért? Milyen az időjárás a képen?; Milyen fajta fa látható a képen? Mennyi idős lehet? Él-e? Vannak-e esetleg elhalt részei? Egyedül áll-e vagy egy facsoport tagjaként?; A rajzolt személy nő-e vagy férfi? Hány éves? Mit csinál? Mire lenne szüksége és miért?; stb.*

2. Farajz-tesztek: Négyfa-teszt

A rajzolóknak el kell készítenie egy fa, egy másik fa, egy képzeletbeli fa és egy beteg fa képét. Az utótesztben a pszichológus a fentiekhez hasonlóan szerez információkat a megjelenített fákról és környezetükről.

3. Családrajzok:**a. Családrajz-teszt**

A rajzolóknak meg kell jelenítenie a saját családját. Az utótesztben tisztázható, hogy kik szerepelnek a képen, s az is informatív, ha esetleg valaki vagy valakik lemaradnak a rajzról.

b. Elvarázsolt család

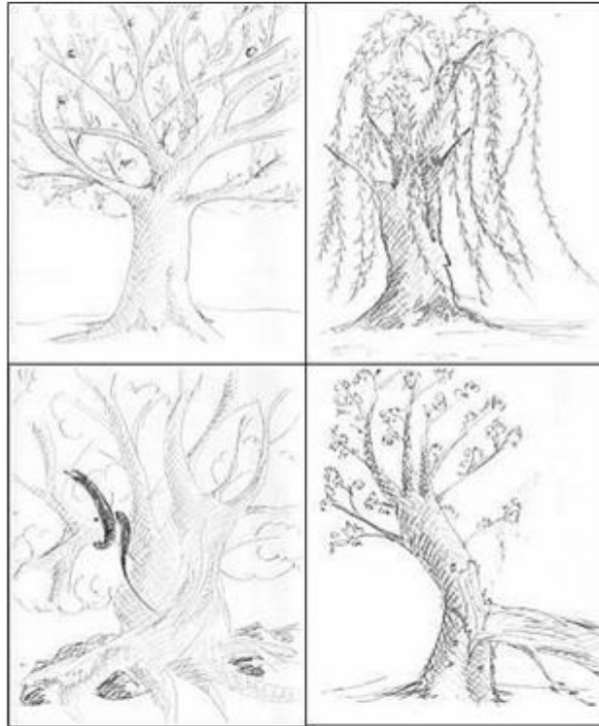
Az instrukció: *"Képzeld el, hogy jön egy varázsló, és mindenkit elvarázsol a családjában valamivé. Rajzold le, hogy kit mivé varázsol!"* – Az utótesztben feltérképezhető, hogy melyik családtag mivé és miért éppen azzá a dologgá változott.

4. Kinetikus rajzok**a. Kinetikus családrajz**

A vizsgált személynek le kell rajzolnia a családját úgy, hogy minden családtag csinál valamit.

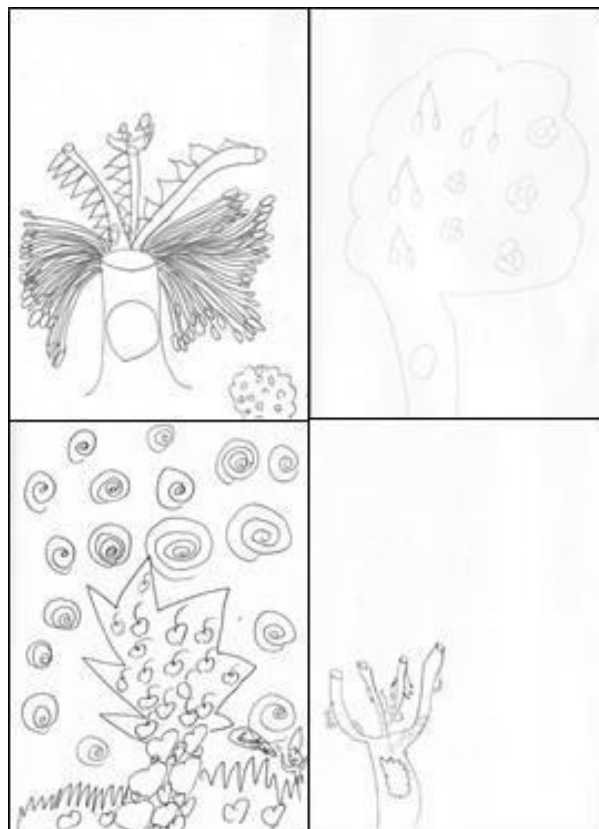
b. Kinetikus iskolarajz

A rajzolóknak ábrázolnia kell önmagát az iskolában, néhány barátjával, tanárával együtt úgy, hogy mindenki végezzen valamilyen cselekvést.



5. ábra: Felnőtt Négyfa-tesztje

Kép forrása: saját gyűjtés



6. ábra: Gyermek Négyfa-tesztje

Kép forrása: saját gyűjtés



Egyetlen rajz elemzése soha nem diagnosztikus értékű, lehetőség szerint minél több, különböző időpontokban készült rajzolt, illetve a diagnosztikai információ egyéb forrásait kell bevonnunk az elemzésbe ahhoz, hogy minél pontosabb

képet alkothassunk a rajzoló személyiségéről. Szintén fontos szempont, hogy a rajz keletkezésének körülményei, a készítő viselkedése legalább ugyanolyan fontos, mint a rajz maga, így nem szabad „vak” elemzést végeznünk, a rajzoló jelenléte nélkül, pusztán az elkészült rajzok alapján.

ÖSSZEFOGLALÁS

A személyiség egészének megismerését célzó pszichodiagnosztikai eszközök két csoportját az objektív tesztek és a projektív eljárások alkotják. A klinikumban leggyakrabban használt, objektív személyiségteszt a Minnesota Többfázisú Személyiségleltár, a projektív eljárások között olyan módszereket találhatunk, mint az Tematikus Appercepció Teszt (TAT) és annak gyermekekre adaptált verziója (CAT), a Rorschach-teszt, a Világjáték vagy a különféle rajztesztek.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Daniel Keyes híres regényének főszereplője, Charlie Gordon is számos pszichodiagnosztikai eszközzel találkozik, amikor beválasztják egy tudományos kutatásba. Vajon mely személyiségmérő eljárásokról ír így „előmeneteli jelentésében”?
 - a. *„meg buktam a vizsgán. Ezér aszontam neki hogy ez egy fagyon szép tintakép szép pötyökel köröskörül a szélínél de ő csak megrászta a fejit ugyhogy esse volt jó. Mekkérdesztem tőle hogy mások látnak e képeket atintába és ő asztmonta igen képeket kébzelnak a tintapacába. Ő monta hogy a tintát a kártyán tintapacának hívják.”*
 - b. *„Ez a vizsga könyüvek lácot mer láttam a képeket. Csak ép most nem kelet megmondani mit látok a képeken. Ettől megzavarottam. Montam neki hogy teg nap Burt aszonta mongyam meg mit látok a tintába. A hölgy aszonta az nem szánvitt mer ez másmijen vizsgálat. Magának most történeteket kel ki találni az emberekről akik a képen vannak. Aszontam hogy mongyak én történeteket ojan emberekről akiket nem ismerek. Ő aszonta találjak ki de én mondtam neki akor ez hazugság.”¹*

¹Daniel Keyes (2015): Virágot Algernonnak. Alexandra Kiadó, Pécs; fordította: Szepessy György

2. Az alábbiak közül melyikről nem nyújt információt a Rorschach-teszt?
- a. a válaszadó mentális nívójáról
 - b. a válaszadónál esetlegesen fennálló patológiás működésről
 - c. a válaszadó érzelmi életéről
 - d. a válaszadó családi körülményeiről



Fogalmak: appercepció, projektív teszt



7. A KÓRKÉPEKEN TÚL

TÓTH ANETT

TANÁCSADÓ SZAKPSZICHOLOGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Ebben a fejezetben azokról a klinikumban gyakran előforduló állapotokról, tényezőkről, jelenségekről esik szó, melyek nem sorolhatók be a pszichiátriai kórképek egyikébe sem, ugyanakkor az érintett pszichés jóllétét, mentális egyensúlyát jelentősen befolyásolhatják, és együtt járhatnak mentális problémákkal, vagy eredményezhetnek hosszabb távon pszichés zavarokat.

7.1. A MEGKÜZDÉS FOGALMA

A stresszteli élethelyzetekben mozgósítható, a stresszel való megküzdést elősegítő stratégiákat együttesen coping stratégiáknak nevezzük. Stone és Neale definíciója szerint *"megküzdésnek tekinthető minden olyan cselekvés vagy kognitív művelet, amelyet egy egyén tudatosan alkalmaz egy stresszteli szituáció kezelésére vagy az anticipált fenyegetés hatására keletkező feszültség feldolgozására"* (Stone & Neale).

Lazarus és Folkman a stresszel való megküzdés 8 gyakori módját különböztette meg, és két nagyobb kategóriába, az érzelmi és problémafókuszú megküzdés csoportjába sorolta (Lazarus & Folkman, 1986). A problémáfókuszú coping a stresszteli helyzet, az objektív körülmények megváltoztatására irányul, a szerzők ide sorolják tervszerű problémamegoldás (a lehetőségek racionális számbavétele és mérlegelése) és a konfrontatív megküzdés (aktív ellenállás a problémával szemben) stratégiáját. Az érzelemfókuszú coping esetében a cél nem a külső körülmények, hanem a stresszhelyzet belső megélésének módosítása, a negatív érzelmek csökkentése révén. Lazarus és Folkman a következő módokat sorolják fel: távolítás (a stresszortól való eltávolodás, érzelmi, mentális értelemben), önkontroll (érzelmek, viselkedéses válaszok tudatos szabályozása), felelősségvállalás (belső kontroll és énhatékonyság érzete, önvádolás nélkül) és menekülés-elkerülés (konfliktushelyzet elhagyása, amikor nincs hatékonyabb eszközünk). Szociális copingnek nevezzük a megküzdés olyan formáit, ahol az egyén a társas támogatás fokozott keresése révén igyekszik segítséghez, megerősítéshez, emocionális megkönnyebbüléshez jutni. A szociális coping kevert stratégiának minősül abban az értelemben, hogy mind problémáfókuszú (társas közeg hozzájárulása a helyzet megoldásához), mind

érzelemfókuszú (társak által nyújtott meghallgatás, biztatás, morális támogatás stb.) komponensei lehetnek.

Dénes és Anikó ugyanazon a munkahelyen dolgoznak. Néhány hónappal ezelőtt új vezetőt kapott az osztályuk, aki szigorú ellenőrzéseket és teljesítményértékeléseket vezetett be. Sejtteni lehet, hogy mindennek a célja az, hogy amikor a félév végén átszervezésekre, ésszerűsítésre kerül sor, azoknak a munkatársaknak szüntessék meg a munkaviszonyát, akik legrosszabb értékeléseket kapják addig. Anikót és Dénest is irodájába hívta a főnökük az elmúlt napokban, mindketten kemény hangú kritikát kaptak munkájuk miatt. Dénes azóta sok időt töltött azzal, hogy munkáját átstrukturálja, időben hatékonyabbá, eredményesebbé tegye, s ebbe próbálja bevonni közvetlen, ugyanazon teamben dolgozó munkatársait is. Anikót nagyon elkésztették a visszajelzések, dühös a főnökére, igazságtalannak érzi a kritikát. Sok időt tölt munkahelyén azokkal a munkatársaival, akikkel jó viszonyt ápol, újra és újra átbeszélik a történeteket, Anikót próbál öngazolást szerezni kollégáitól. Munkaidőn túl is többet találkozik mostanában barátaival, úgy érzi, szüksége van arra, hogy mellette álljanak a nehéz időszakban.

Milyen megküzdési stratégiák alkalmaz Anikó, illetve Dénes? Mik lehetnek az előnyei, illetve hátrányai ezeknek a stratégiáknak?

Milyen helyzetekben lehetnek hasznosak az egyes probléma-, illetve érzelemfókuszú stratégiák? Milyen stresszorok esetében nem segítik a megküzdést?

7.2. A MEGKÜZDÉS MALADAPTÍV FORMÁI

A stresszel való megküzdésnek azon formáit, melyek nem segítik a körülményekhez való alkalmazkodást, esetleg kimondottan destruktív következményekkel járnak – egyes esetekben hosszú távon mentális zavarok kialakulásához vezethetnek –, [maladaptív copingnak](#) nevezzük.

Nincsen olyan univerzális megküzdési stratégia, amely minden helyzetben egyformán sikeres, és fordítva: a coping lehetőségek többségére igaz, hogy bizonyos helyzetekben adaptívan alkalmazhatók (míg másokban kevésbé). Általában igaz, hogy a problémafókuszú megküzdési módok sikeresebbek azokban a helyzetekben, amikor az objektív tényezők változtatására van lehetőség, míg az érzelemfókuszú stratégiák eredményesebbek, amikor nincsen mód a körülmények javítására. Az is elmondható, hogy egy stresszkeltő helyzetben az emberek többsége általában több coping stratégiát alkalmaz párhuzamosan – hogy melyeket, az a körülményektől és a személyiségtől is függ.

Vannak ugyanakkor olyan megküzdési módok, melyek – bár hozhatnak átmeneti emocionális megkönnyebbülést – alapvetően maladaptívak, a probléma megoldásától inkább eltávolítják az egyént. Ezek közé sorolható például a kognitív megküzdési

módok közül **rumináció**, vagyis a problémán való terméketlen, előre nem mutató, folyamatos rágódás; vagy az önvád – mindkettő egyébként tipikus tünete, kísérőjelensége lehet a hangulatzavaroknak. Hasonlóan maladaptív megoldásmód a feszültség levezetése hetero- vagy autoagresszív cselekedetekben (pl. önsértések) vagy alkohol, illetve egyéb tudatmódosító szerek használata révén.

A serdülőkor időszakának dinamikus változásai a stresszorok számának szaporodását eredményezi, ugyanakkor a coping eszköztár robbanásszerű növekedését is, ami óhatatlanul együtt jár nemcsak az adaptív, hanem a maladaptív megküzdési módok elburjánzásával is (Pikó & Hamvai, 2012). Oláh Attila számos kultúrára kiterjedő (magyar, jemeni, indiai, olasz, svéd) kutatásai azt mutatják, hogy a szocializációs közegtől függetlenül az alacsonyabb szorongásszinttel jellemezhető serdülők hajlamosabbak problémafókuszú, konstruktív coping stratégiákat választani, míg az erősen szorongó serdülők esetében a megküzdés elsődleges célja a feszültségcsökkentés, leggyakoribb módja pedig az elkerülés (Oláh, 1995). Nem véletlenül ez az a korosztály, amelynél a pszichiátriai gyakorlatban ugrásszerűen megnő a maladaptív coping stratégiákból fakadó észlelések száma. A serdülőkorban megerősített, visszatérően alkalmazott megküzdési módozatok jelentősen befolyásolják a felnőttkori copingrepertoár kialakulását, s ezen keresztül a mentális egészséget, ennél fogva a serdülőkkel kapcsolatba kerülő felnőttek – legyenek akár nevelők vagy segítő szakemberek - felelőssége nagy abból a szempontból, hogy mely coping megoldások alkalmazását támogatják, erősítik meg, jutalmazzák – akár akaratukon kívül, implicit módon is.

A 15 éves Sára három hónappal ezelőtt szakított első szerelmével, Zsolttal. A kapcsolat felbomlása nagyon megviselte a serdülőt, idegessé, rosszkedvűvé vált, gyakran keveredett konfliktusba szüleivel. Édesapjával, akivel szigorú nevelési elvei, korlátozó attitűdje miatt korábban is sok vitájuk volt, az utóbbi hetekben kifejezetten feszültté vált a kapcsolata. Sára a szakítást követően egyre több időt töltött barátnői társaságában, gyakran az ígértnél lényegesen később érve haza esténként. Édesapja ezt megelégette, és amikor Sára ismét azzal ált elő, hogy ott aludna egy osztálytársánál, nyíltan megtiltotta ezt lányának. Sára ezt követően bezárkózott a fürdőszobába, és bevette a fürdőszobaszekrényben talált másfél levél gyógyszert (szorongásoldó készítményt, illetve vitaminokat). Az édesapja rátörte a fürdőszoba ajtaját, és mentőt hívott lányához, aki a gyomormosást követően gyermekpszichiátriai osztályra került, öngyilkossági veszély gyanúja miatt. Sára az osztályon elmondta, hogy nem akart meghalni, csupán szeretett volna megnyugodni, öngyilkossági gondolatokról, tervekről nem számolt be. Miután hazakerült, szülei nagyon aggódni kezdtek érte, féltek attól, hogy bármikor megismétlődhetnek a történetek. Korábban szigorú, korlátozó édesapja ettől kezdve nem mert ellentmondani Sárának, aki egyre szélsőségesebb magatartásformákat produkált, tanulmányi eredménye romlott. Fél évvel később került ismét gyermekpszichiátriai osztályra, egy kortárs konfliktust követő ismételt gyógyszerabúzus miatt.

Milyen megküzdési módokat használt Sára stresszhelyzetben? Hogy reagált erre környezetére? Milyen megoldási módokra erősítettek rá?

7.3. ÖNSÉRTÉSEK

Önsértésnek nevezünk – motivációs háttértől függetlenül – minden olyan cselekedetet, mely során valaki önmagának okoz sérülést vagy mérgezést, ide nem értve a különféle testmódosításokat, a túlevésből vagy éhezésből származó egészségi ártalmakat, az alkohol- vagy drogfogyasztást, illetve véletlen balesetből adódó sérüléseket (National Institute for Health and Care Excellence, 2013). Noha számos olyan pszichiátriai kórkép ismert, melyekben emelkedett az önsértés és öngyilkosság kockázata (pl. depresszió, bipoláris zavar, borderline személyiségzavar, alkohol- és kábítószer-abúzus, szkizofrénia stb.), az önsértés és a szuicid veszélyeztetettség önmagában nem pszichiátriai betegség. Amennyiben mentális zavar nem áll fenn, az önsértés, szuicid kísérlet leggyakrabban mint jelentős stresszorra adott maladaptív coping válasz jelenik meg.

A szuicid szándékon túl számos egyéb, sokszor párhuzamosan megjelenő motiváció állhat az önsértések hátterében. Önsértő serdülők körében a leggyakoribb okok közé tartozik a depresszív hangulat, a magányosság érzése, az önsértő önmagával szembeni negatív érzelmei, a figyelemelterelés igénye (illetve más, destruktív cselekedet elkerülése), az unalom, a kíváncsiság, illetve a csoporthoz tartozás élménye (amennyiben a kortárs közösségen belül csoportnorma az önsértés). Szintén gyakori, hogy az önsértés hátterében kommunikációs cél (fájdalom, kétségbeesés jelzése a kívülágnak, segítségkérés) vagy a belső szenvedés kívülré helyezésének, externalizálásának igénye áll (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005).

„Most van itt az ideje egy jó falcolásnak. Egy gond van ezzel: utálom, ha Anyukám meglátja. Szóval csak akkor szoktam, ha nincs itthon. Csak nehogy azt higgye, azért csinálom, mert elmegy. Sokmindenért csinálom. Többfunkciós dolog ez. Eltereli a figyelmet a belső fájdalomról, dühről, láthatóvá, kézzelfoghatóvá tehetem a szenvedésemet, büntetem magam, lázadok..., az élet ellen, a rendszer ellen, saját magam ellen.”

„Azt akarom, hogy szemmel látható nyoma legyen a szenvedésemnek. Lehet, hogy aztán egyszer megeléjelem, és úgy befalcolok, hogy az egész testemből dőlni fog a vér, és olyan mély vágásokat csinállok, ami örökre megmarad.”

„...falcolgattam egy kicsit, ha már így egyedül vagyok.”

„Szeressetek, szeressetek, mert meghalok! Olyan hihetetlen módon megnőtt a szeretetéhségem, hogy gondoltam, jól befalcolok, hogy ápolásra szoruljak, és valaki gondoskodik rólam.”

A fenti idézetek Koncz Erzsébet Lélekhasadász című könyvéből származnak. A szerző saját borderline személyiségzavarával és étkezési zavarával való küzdelmeit írta meg könyvében. Az önsértés milyen motivációit fedezhetjük fel az idézett részletekben? Mi a helyzet Sylvia Plath Üvegbura³ című regényének alábbi soraival?

„Lenéztem a jobb lábam szárán keresztet alkotó, hússzínű ragtapaszcsíkokra. Aznap reggel tudniillik hozzáfogtam.

Bezárkóztam a fürdőszobába, teleengedtem meleg vízzel a kádat, elővettem egy zsilettpengét a csomagból.

Amikor valamelyik vénséges vén római filozófust megkérdezték, hogyan szeretne meghalni, azt felelte, forró fürdővízben felvágna az ereit. Könnyű dolognak képzeltem: fekszem a kádban, és nézem, ahogy kivirít a tiszta vízben a csuklóimból áradó pirosság, egyik hullám a másik után, míg végül álomba merülök a vidám, pipacsos felszín alatt.

De amikor a tette került volna a sor, csuklómon olyan fehérnek, olyan védtelennek látszott a bőr, hogy képtelen voltam rászánni magam. Úgy éreztem, mintha az, amit meg kellene ölnöm, nem itt lenne, ebben a bőrben, hanem valahol másutt, mélyebben, rejtettebben, ahol sokkal nehezebb megtalálni.”

Önsértés esetén az esetleges akut szomatikus teendők ellátását követően kulcsfontosságú feladat tisztázni, hogy a cselekmény mögött valóban volt-e szándékosság, s ha igen, szuicid szándékú önsértés történt-e, valamint jelenleg is fennáll-e szuicid veszélyeztetettség. Az ellátórendszer tagjainak fel kell mérniük az érintett fizikai és mentális állapotát, illetve szociális körülményeit, beleértve a rendelkezésre álló, mozgósítható erőforrásokat, protektív faktorokat. A további teendők szempontjából lényeges differenciáldiagnosztikai kérdés, hogy áll-e az önsértés hátterében valamely pszichopatológiai kórkép – amennyiben igen, annak terápiás protokoll szerinti kezelése szükséges. Ha nem is áll fenn mentális zavar az önsértőnél, az ismétlődés megelőzése érdekében pszichés vezetés javasolt – a korábban leírtak miatt kiemelten fontos ez serdülőkorban -, és a családi rendszer

² Koncz Erzsébet (2004): Lélekhasadás, CyberBooks, Budapest

³ Sylvia Plath (2014): Üvegbura. Európa Kiadó, Budapest; fordította: Tandori Dezső

számára is szükség lehet segítségnyújtásra, a történetek feldolgozása, a bűntudat oldása, a maladaptív megoldásmódok megerősítésének elkerülése, az esetlegesen kiváltó familiáris diszfunkciók orvoslása érdekében.

7.4. CSALÁDI ÉS EGYÉB KÖRNYEZETI RIZIKÓFAKTOROK

A gyermekpszichiátriában különösen gyakori jelenség, hogy a gyermek viselkedésváltozása, tünetei nem érik el a pszichiátriai zavarok szintjét, ugyanakkor jól azonosítható családi kommunikációs és szerkezetproblémákkal, diszfunkciókkal hozhatók kapcsolatba. Ilyen helyzetekben – a pszichiátriai kórképek kialakulásának megelőzése érdekében – a családi rendszerre fókuszáló, úgynevezett [rendszer szemléletű](#) intervenciók javasoltak. Ezekről a [12. fejezetben](#) esik részletesebben szó. Egy másik fontos, a gyermek mindennapi életvitelének helyszínéül szolgáló rendszer, az iskola is lehet terepe olyan destruktív hatásoknak és élményeknek, melyek növelik a mentális betegségek kialakulásának a kockázatát. Az egyik leggyakoribb ilyen tényező a kortárs bántalmazás vagy bullying, mellyel [a 8. fejezet](#) foglalkozik.

ÖSSZEFOGLALÁS

A klinikumban számos olyan esettel találkozhatunk, amikor a tapasztalható tünetek, diszfunkciók nem merítenek ki egyetlen kórképet sem, ugyanakkor a személy viselkedése, pszichés működése, illetve aktuális körülményei a mentális (és akár fizikális) egészsége szempontjából jelentős rizikófaktort jelentenek. E rizikófaktorok közé sorolhatók az úgynevezett maladaptív coping stratégiák, vagyis a stresszorokkal való megküzdés sikertelen, a problémát megoldás helyett fenntartó, esetleg kimondottan destruktív kísérletei. A maladaptív coping egy szélsőséges esetét jelentheti a személy önmaga ellen fordított agressziója, az önsértés különféle esetei. Mentális egészséget hosszú távon negatívan befolyásoló tényezők lehetnek a családi rendszer diszfunkciói, illetve a kortárs szocializációs közeg ártalmi (pl. kortárs bántalmazás).

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Az alábbiak közül melyik nem érzelemfókuszú coping stratégia?
 - a. önkontroll
 - b. felelősségvállalás
 - c. menekülés-elkerülés
 - d. konfrontatív megküzdés



2. Az alábbiak közül melyiket nem szoktuk önsértő magatartásként értékelni?
- a. szándékos önmérgezés
 - b. falcolás
 - c. önakasztás
 - d. testmódosítás



Fogalmak: coping, problémafókuszú coping, érzelemfókuszú coping, maladaptív coping, rumináció

8. A BULLYING

TÓTH ANETT

TANÁCSADÓ SZAKPSZICHOLOGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Ebben a fejezetben megismerkedhetünk a bullying fogalmával és tipikus formáival, továbbá foglalkozunk okaival, következményeivel és néhány lehetséges intervenciós módszerrel.

8.1. A BULLYING FOGALMA

Gyakran előforduló tapasztalat, hogy egy-egy gyermek – vagy akár felnőtt – által mutatott diszfunkciók nem tudhatók be egy (vagy több) pszichiátriai kórkép következményének, tüneteinek, ugyanakkor egy részletes anamnéziszfelvétel nyomán a háttérükben súlyos iskolai – vagy munkahelyi – ártalmak, kortárs bántalmazás, **bullying** rajzolódik ki.

Bár napjainkban egyre többször, egyre több helyen találkozhatunk a bullying, vagyis kortárs – jellemzően iskolai – bántalmazás fogalmával, maga a jelenség koránt sem új keletű. Számos szinonimája használatos, melyek nagyjából ugyanazon jelenségek egy-egy aspektusát takarják: zaklatás, mobbing, pszichoterror, basáskodás, „csicskáztatás”, „szecskáztatás” stb.

Fontos azonban a tényleges iskolai bántalmazást, bullyingot elkülönítenünk az olykor-olykor előforduló, akár tettelegességig fajuló, verekedésbe torkolló kortárs konfliktusokról. Bullyingról akkor beszélhetünk, ha egy vagy több elkövető, szándékosan és rendszeresen, ismétlődő jelleggel agresszív, bántalmazó módon lép fel a másik féllal szemben, és a felek között jól érzékelhető hatalmi, pozícióbeli különbség van. Az erőegyensúly felbomlásából következik, hogy bullying esetén nem egyformán motivált az elkövető és az áldozat a konfliktus rendezésére, és nagyon eltérő érzelmi intenzitással lehetnek jelen a helyzetben.



Az alkalmanként előforduló folyosói verekedést, a jelentős, ám véletlen baleset- vagy károkozást, a két hasonló pozíciójú gyermek rendszeres konfliktusait nem tekinthetjük bullyingnak, mert ezekben az esetekben nem valósul meg a rendszeresség, a szándékosság vagy az egyenlőtlen erőviszonyok feltétele.

A bántalmazásnak számos formája létezik, melyek külön-külön, de gyakran halmozottan is előfordulhatnak. A bullying legnyilvánvalóbb, legdirektebb formája a fizikai agresszió, s azon belül is az áldozat ismétlődő megverése. Fizikai jellegű bántalmazás lehet a másik fél mozgásának, szabadságának korlátozása, az áldozat lefogása, bezárása is. Gyakori, nem személy ellen irányuló erőszakforma a másik tulajdonának elvétele, rongálása. A bántalmazás verbális formái gyakran kísérik a fizikai agressziót, de önmagukban is előfordulnak: a másik rendszeres becsmérlése, csúfolása, megalázása vagy akár tényleges fizikai bántalmazás nélküli fenyegetése is kimeríti a bullying fogalmát. A bullying szociális típusai közé sorolhatjuk a kapcsolati agresszió különféle formáit: a kiközösítést, a közösségen belüli elszigetelést, a pletyka terjesztését stb.

Egyre gyakoribb, és ennél fogva fokozott figyelmet igénylő forma az úgynevezett cyberbullying, ahol a bántalmazás az online, virtuális térben történik – csúfolás, fenyegetés, zsarolás, dehonesztáló információk, lejárató képek, videók terjesztése stb. révén. Különösen destruktív és veszélyes formája ez a bántalmazásnak, hiszen az elkövetőnek biztonságérzetet adhat a virtuális világ biztosította névtelenség, ráadásul a különféle közösségi oldalakon keresztül rendkívül eredményesen folytatható szociális jellegű agresszió: az áldozat számos kapcsolata ásható alá, fenyegethető egyidejűleg; ugyanakkor sok esetben tartósan rejtve maradhat ez a bántalmazási forma. Figyelmet érdemel az is, hogy egyre fiatalabb gyerekek egyre nagyobb számban vannak jelen a cyberbullyingra lehetőséget adó internetes felületeken

Milyen típusú bullyingra találhatunk példát az alábbi szépirodalmi forrásokban?

„Orbán Elemért nemcsak a vörös hajú Burger, hanem a többiek is úgyszólván valamennyien piszkálták egész nap. [...] Schulze adta meg a jelet Orbán üldözésére, és egyedül ő állíthatta volna meg újabb jeladással ezt a folyamatot; de addig senkinek eszébe sem jutott másként vélekedni a dologról, Bognárnak sem. Eldöntöttek látszott, hogy ez a párnás testű újonc lesz ezentúl minden ingerültség, rosszkedv és gúny céltáblája.”⁴

„Első órájuk osztályfőnöki volt, azazhogy voltaképpen történelem, de eltelt mindenféle más teendőkkal. Kis Mari jelentkezett, hogy előbbre szeretne ülni, az az érzése, megromlott a látása, és Torma is felállt, hogy ő meg, úgy látszik, messzilátó lett a szünetben, mert mintha hátulról jobban látná a táblát. Kalmár beírta a Zsuzsannának szóló napi jelentésbe, hogy orvosi vizsgálatra kell küldeni a két lányt, és ideiglenesen addig is elültette őket, egyik előbbre, másik hátrább került néhány

⁴ Ottlik Géza (2017): Iskola a határon. Magvető Kiadó, Budapest

paddal. «Nem veszi észre, – gondolta Gina a szégyenkezéstől pirosan –, hogy nem akarnak mellettem ülni. Miért nem veszi észre?»⁵

Keressünk további irodalmi vagy filmes példákat az iskolai bántalmazás különféle formáira!

A bullying gyakoriságával a kapcsolatban nehéz pontos becsléseket tennünk. Ennek egyik legfontosabb oka, hogy nehezen mérhető: a bántalmazás különféle típusai és súlyossági fokai legtöbbször nem igazán elkülöníthetők, pláne nem összemérhetők, s gyakran csak egy-egy helyzet részletekbe menő feltárásával dönthető el, hogy egyenrangú felek ismétlődő konfliktusairól, vagy tényleges bullyingról van-e szó. Ugyanakkor – különféle okokból – mind az áldozat, mind az elkövető szerepe megbélyegző, nehezen vállalható, így szokásos kérdőíves, illetve interjúmódszerekkel nem mindig azonosíthatók megbízhatóan. 2016-os magyarországi adatok 5 és 15% közé becsülik a rendszeres kortárs bántalmazás prevalenciáját, de ennél lényegesen nagyobb azoknak az iskoláskorú gyerekeknek az aránya, akik több alkalommal szenvedtek már el kortárs bántalmazást, mégsem beszélhetünk esetükben definíció szerinti bullyingról (Várnai, Zsíros, & Németh, A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma, 2016).

8.2. A BÁNTALMAZÓ SZEREPVISZONY KIALAKULÁSÁNAK RIZIKÓTÉNYEZŐI

Egyetlen bántalmazó-áldozat szerepviszony kialakulása esetében sem fogunk találni egyetlen, a helyzet bekövetkeztéhez szükséges és egyben elégséges okot; a rendszer kialakulása mindig multikauzális, a lehetséges okokra vonatkozóan pedig legtöbb esetben csak valószínűsíthető sejtéseket fogalmazhatunk meg. Szerencsésebb tehát okok a helyzet kialakulásában szerepet játszó rizikófaktorokról beszélni.

Rizikótényezőket kereshetünk mind az egyén, mind a közösség, társadalom szintjén. Vitatott kérdés, hogy létezik-e „jellegzetes áldozattípus”, olyan tulajdonságok összességével bíró személy, aki az átlagnál nagyobb valószínűséggel keveredik újra és újra az áldozat szerepébe. Intuíciónk talán azt súgna, hogy valóban vannak olyanok, akik társaiknál gyakrabban és hamarabb válnak áldozattá egy-egy közösségben – általában valamely olyan tulajdonságuk „jelöli ki” őket erre a szerepre, amely mentén eltérnek az átlagtól, legyen ez különc viselkedésük, eltérő megjelenésük, kedvezőtlenebb szociális helyzetük, tanulási nehézségük stb. Az áldozattá válás kockázati tényezőit kutató vizsgálatok azonban azt mutatják, hogy az áldozattá válás

⁵ Szabó Magda (2017): Abigél. Móra Kiadó, Budapest

gyakran nem is annyira az egyénből fakadó jelenség, mint a közösség sajátossága, s hogy a bullying sok esetben megoldódik az adott, bántalmazó csoport elhagyásával; új közösségében ugyanaz a személy legtöbbször nem viktimizálódik. Másfelől úgy tűnik, hogy nem is annyira csoportátlagtól, -normától való objektív eltérés az, ami a társakból „előhívja” az agressziót; sokkal inkább számít az, hogy az egyén mint vélekedik saját helyzetéről a csoportnormákhoz képest.

Várnai és munkatársai beszámolnak egy serdülőkorúakkal végzett felmérésről, melyben egyebek mellett arra keresték a választ, hogy az átlagostól eltérő testtömeg-index kockázati tényezőt jelent-e bullying szempontjából (Várnai, Németh, & Zakariás, 2009). Meglepő módon azt tapasztalták, hogy az átlagnál alacsonyabb vagy magasabb testtömeg-indexszel jellemezhető serdülők nem váltak társaiknál szignifikánsan gyakrabban bántalmazás áldozatává; magasabb volt ugyanakkor az áldozattá válás kockázata azon serdülők körében, akik testsúlyukat *az átlagostól eltérőnek vélték*, függetlenül tényleges testtömeg-indexüktől.

Az ehhez hasonló vizsgálatok arra világíthatnak rá, hogy a gyermekek és serdülők önmagukról alkotott negatív képe fontos rizikófaktora lehet a bántalmazás kialakulásának, s ezért azok, akik ismétlődően tapasztalnak kirekesztést, bullyingot egy-egy közösségben, éppen halmozódó negatív tapasztalataik, egyre alacsonyabb önértékelésük miatt veszélyeztetettebbek lehetnek az újból viktimizálódás szempontjából.

A kortárs bántalmazás kialakulását ugyanakkor sosem lehet a közegéül szolgáló csoporttól függetlenül vizsgálni. A téma kiváló kutatója, Christina Salmivalli szerint a – potenciálisan agresszív – kogníciók csak abban a mértékben határozzák meg az egyén interakcióit a szociális környezettel, amilyen mértékben ez a környezet ezeket a kogníciókat mint a viselkedés meghatározóit jóváhagyja (Salmivalli, 2010). Minden bullying helyzet esetében fontos tehát a szemlélő környezet, melynek tagjai vagy hallgatólagosan jóváhagyják, vagy valamilyen áttételes formában elismerik, díjazták az elkövető agresszióját.



A bullying nem az agresszor és az áldozat kapcsolatában megjelenő, elszigetelt jelenség, hanem egy csoportszinten is jól értelmezhető folyamat, mely minden esetben csoport szintű intervenciót is igényel!

8.3. A BULLYING KÖVETKEZMÉNYEI

Mint a fejezet elején említettük, nagyon sok tünet, diszfunkció háttérben bukkanhatunk kortárs bántalmazás jeleire. Bár ezek önmagukban gyakran nem merítenek ki semmilyen pszichodiagnosztikai kategóriát, hosszú távon a bullying számos kórkép kialakulásában játszhat szerepet: szorongásos kórképek, depresszió, pszichoszomatikus betegségek megjelenéséhez vezethet. Az áldozatok önértékelését csökkenti, szorongását növeli, sok esetben az iskolai teljesítmény romlását vonja maga után, iskolafóbiát, az oktatási rendszerből való kiesést is eredményezhet. Nagy a

veszélye a vesztes pozícióban való bennragadásnak. Szélsőséges esetben egy-egy súlyosabb, hosszú távon fennálló bántalmazó helyzetben szuicid magatartásformák is megjelenhetnek. A bullying következményei természetesen egyéni ellenálló képességtől, megküzdési készségektől, illetve a párhuzamosan fennálló stresszorok számától, súlyosságától is nagymértékben függenek.

A bántalmazó szerepben lévő számára nem kevésbé káros a szerepviszony bemerevedése, tartós fennállása, hiszen mind a társas kapcsolatokra, mind az egészséges személyiségfejlődésre destruktívan hathat.

8.4. PREVENCIÓS ÉS INTERVENCIÓS LEHETŐSÉGEK

A probléma gyakorisága, mentális egészségre gyakorolt negatív hatásai miatt világszerte számos iskolai mentálhigiénés programot fejlesztettek ki a bullying megelőzése és kezelése céljából. Az egyik legismertebb és legtöbbet kutatott program ezek közül a finn KiVa („Kiusaamista Vastaan” – A bántalmazás ellen) program, mely a csoporttagok empátiás készségének fejlesztése és észlelt hatékonyságának növelése révén kíván fellépni a bullying ellen. A KiVa 7 és 15 éves kor között három életkori sávban kínál prevenziós programot a diákok számára, ennek során csoportonként 10 dupla órában tartanak tréningeket a bántalmazásellenes csoportnorma kialakítása érdekében. A programban résztvevő iskolák állandó, 3-4 fős KiVa teammel rendelkeznek, a team tagjainak feladata az osztálytermi foglalkozások megtartása, a szülők edukációja, a fokozott tanári felügyelet megszervezése azokban az időszakokban, amikor nagyobb a veszélye a bántalmazó helyzetek kialakulásának (pl. kötetlen udvari játék), valamint a hatékony intervenció a már meglévő, bántalmazó szerepviszonyokban. A programhoz interaktív számítógépes játék is kapcsolódik, melyben a gyerekek a megszerzett készségeket gyakorolhatják. A program hazai adaptációjának lehetőségeiről [itt](#) olvashatunk bővebben (Jármi, Péter-Szarka, & Fehérpataky, A KiVa-program hazai adaptálásának lehetőségei, 2012).

7. ábra: KiVa online játékprogram



Forrás: <http://data.kivakoulu.fi/game2/hu/login.html>

Egy magyar nyelvű, kifejezetten iskolai csoportokra adaptált minta gyakorlatsor is elérhető [online](#) (Jármi, Iskolai bántalmazás megelőzésére és bántalmazást elutaító csoportnorma kialakítására irányuló gyakorlatsor és alkalmazási útmutató, 2015).

Tanulmányozzuk át a csatolt gyakorlatsort! Az anyag hat foglalkozásra kínál gyakorlatokat az alábbi tematika szerint: a bullying fogalmának tisztázása, a bullying felismerése, a bullying következményei, a szemlélők reakciói, a bullying elleni fellépés, bullying elleni csoportszabályok kialakítása. Az egyes gyakorlatok mely korosztály esetében lehetnek felhasználhatók, mely korosztálynál lehetnek nehezebben alkalmazhatók? Milyen egyéb gyakorlatokat ajánlhatnánk még a felsorolt témák körülményéhez?

ÖSSZEFOGLALÁS

A bullying vagy kortárs bántalmazás egy gyakori jelenség az egyéni diszfunkciók hátterében, mely hosszú távon pszichiátriai kórképek kialakulásához is hozzájárulhat. Fontos elkülöníteni a nem szándékos sértésektől vagy károkozásoktól, az időnként a folyosón lezajló verekedésektől, az azonos pozícióban lévők ismétlődő konfliktusaitól. Egyre terjedő és fokozott kockázatot rejtő formája a [cyberbullying](#). Miután mindig egy közösség hallgatóságos elfogadásával történik, ezért minden esetben csoport szintű megközelítése javasolt.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Mi nem feltétlenül igaz a bullyingra?

- a. szándékos
 - b. rendszeres
 - c. interneten történik
 - d. a felek között erőviszony felbomlik
2. Mi a neve a finn bullying prevenziós iskolai programnak?⁶
- a. FRIENDS
 - b. NO TRAP
 - c. KiVa
 - d. Steps to Respect



Fogalmak: bullying, cyberbullying

⁶ Valamennyi felsorolt program tartalmaz a bullying megelőzésével kapcsolatos elemeket, érdemesek az áttanulmányozásra!

9. PREVENCIÓ, EGÉSZSÉGMEGŐRZÉS, RELAPSZUSMEGELŐZÉS

KAKUSZI SZILVIA

KLINIKAI SZAKPSZICHOLÓGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Az óra célja a szemléletformálás keretén belül az egészségfókuszú megközelítés, az egészségmegőrzés fontosságának és lehetőségeinek megismerése, bemutatása, valamint a már kialakult mentális kórkép relapszusának megelőzésére irányuló törekvések ismertetése.

9.1. BEVEZETÉS

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szerint (Warren, Johnston, Ruffolo, Bustard, & Moran, 2014) az egészség definíciója: "*a fizikai, mentális és társadalmi jólét állapota*".

Szomatikus és mentális állapotunk - egymástól elválaszthatatlan- meghatározza az életminőségünket. Ezen belül mentális egészségünk kritikus pont, melyet kora gyermekkortól kezdve számos tényező befolyásol. Fontos alapvető megállapítás, miszerint az egészség több, mint a betegség meglétének hiánya. A nemzetközi szakirodalmi kitekintésből is kitűnik, hogy a prevenció, a korai intervenció alapvető szerephez jut a külföldi ellátással kapcsolatos gyakorlatban és a hazai szakirodalom is bővelkedik a témáról szóló ajánlásokban.

9.2. NOZOLÓGIA, FOGALMI MEGHATÁROZÁS

Az utóbbi ötven évben a prevenációs tevékenységgel összefüggő nozológia változott (O'Loughlin, Althoff, & Hudziak, 2017). A megelőzés típusai és szintjei kapcsán az IACAPAP legfrissebb, 2017-es kiadványában a szerzők nyomán a következő összefoglalást találtuk erre vonatkozóan (3. táblázat).

3. táblázat: A prevenció típusai és szintjei

Prevenció típusai (Caplan, Principles of Prevention Psychiatry, 1964)	
Elsődleges	Célja az új esetek megjelenésének csökkentése
Másodlagos	Célja a prevalencia csökkentése
Harmadlagos	Célja a meglévő betegséggel, állapottal összefüggő ártalmak csökkentése
A prevenció szintjei Gordon (1987) ajánlása alapján (a költség-haszon elven alapulva)	
Univerzális	Az adott populáció minden tagjára irányuló
Szelektív	Olyan személyekre fókuszál, akik fokozott hajlamot mutatnak egy betegségre, átlag feletti rizikócsoporthoz tartoznak
Indikált	Olyan személyekre fókuszál, akik magas kockázatú csoportba tartoznak a későbbi betegség kialakulása kapcsán

Forrás: O'Loughlin, K., Althoff, R. R., Hudziak, J. J. (2017): Health promotion and prevention in child and adolescent mental health. In: Rey, J. M. (ed): IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (O'Loughlin, Althoff, & Hudziak, 2017)

A National Academy of Sciences (NAS) definíciója szerint (O'Loughlin, Althoff, & Hudziak, 2017) a mentális, érzelmi és viselkedési egészségre vonatkozó beavatkozások az egyéneket arra ösztönzik és abban támogatják, hogy fejlődési kompetenciájukat, képességüket alkalmazzák, pozitív önértékeléssel, jólléttel, valamint szociális megbecsüléssel rendelkezzenek, és az ezzel ellentétes (negatív) eseményekkel hatékonyan megküzdjenek.

9.3. A NEMZETKÖZI ÉS HAZAI HELYZETKÉP A MEGELŐZÉS TERÜLETÉN

Az Európai Bizottság által kiadott gyűjteményben átfogó helyzetértékelést kapunk a témáról (Jané-Llopis & Anderson, 2006). Ez a jelentés az első egész Európát feltérképező kiadvány, amely a mentális egészségfejlesztés és a mentális zavarok prevenciójáról szól, illetve kihívásokat fogalmaz meg a jövőre vonatkozóan. A bemutatott 30 európai ország között Magyarország is helyet kap. A különböző országos jelentések alapján megállapították, hogy nagyon változatos helyzetkép mutatkozik, ugyanakkor általános jelenség, hogy az egészségfejlesztési és prevenciósi tevékenységben a mentális egészségben dolgozók mellett más szakmák képviselői - pl. tanárok, szociális munkások, rendőrség stb. - is helyet kapnak.

A legszembeütőbb különbség az európai országok között, hogy hol, melyik ellátási ponton kezdik meg a megelőzést és az egészségmegőrzést, és kik végzik ezeket a beavatkozásokat.

Néhány országban, mint pl. Hollandiában, kifejezetten a témára specializálódott mentális egészségfejlesztő és megelőzési szakember áll rendelkezésre (*“mental health promotion and prevention workers”*), más országokban mentális egészségügyi szakembereket vonnak be ezen tevékenységbe. Törökországban az alapellátásba integrálják a feladatkör elvégzését. A mentális egészségügy kapcsán a betegségfókusz a domináns szemlélet, így a kezelésre helyezik a hangsúlyt, míg az egészségmegőrzés, jóllét kérdése másod- vagy harmadrendű marad.

9.4. KOCKÁZATI ÉS HAJLAMOSÍTÓ TÉNYEZŐK FELMÉRÉSÉNEK SZEREPE A PREVENCIÓ, MENTÁLIS EGÉSZSÉG KAPCSÁN

Az IACAPAP összefoglalója (O’Loughlin, Althoff, & Hudziak, 2017) Broadly csoportosítását mutatja be. Az alábbi táblázatban azok a kockázati és védőfaktorok szerepelnek, melyek a megelőzési tevékenységet befolyásolják (4. táblázat).

4. táblázat: A megelőzési tevékenységet befolyásoló kockázati és védőfaktorok

Kockázati tényezők	Védőfaktorok
Gyermekeket célzó beavatkozások	
Alacsony iskolai elköteleződés	Coping készségek
Testképpel való elégedetlenség	Problémamegoldási készségek
Agresszív viselkedés	Szociális készségek fejlettsége, droghasználattal kapcsolatos belátás
Fizikai veszélyeztetettség	Drogelutasítási képesség
Alacsony iskolai teljesítmény	Proszociális viselkedés
Szerhasználat	Proszociális társakkal való kapcsolat
Droghasználattal kapcsolatos attitűd	A teljesítményre való büszkeség, elismerés



Antiszociális viselkedéssel kapcsolatos attitűd	
Antiszociális társakkal való kapcsolat	
Család alapú beavatkozások	
Családi erőszak	Világos viselkedési szabályok
Szülői mentális egészségügyi érintettség	Erőszakmentes szemlélet
Alacsony családi management	Megfelelő kötődés
Elhanyagoló gondoskodás	Szülői támogatás
Gondoskodás hiánya	
Felnőttek antiszociális viselkedéssel	
Alacsony szocioökonómiai státusz	
Anyai szerhasználat a várandósság során	
Munkanélküliség	
Nem tervezett várandósság	
Szülői stressz	

Forrás: O'Loughlin, K., Althoff, R. R., Hudziak, J. J. (2017): Health promotion and prevention in child and adolescent mental health. In: Rey, J. M. (ed): IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (O'Loughlin, Althoff, & Hudziak, 2017)

A WHO összefoglaló megfogalmazása alapján (World Health Organization, 2004) amikor egy személy esetében több kockázati tényező is megállapítható, nagyobb valószínűséggel alakul ki súlyosabb és hosszabb ideig tartó betegség. Az egészséges állapot elősegítése érdekében a preventív beavatkozások célja az ezt támogató készségek, képességek fejlesztése, pl.: az önbecsülés, az érzelmi rugalmasság, a pozitív gondolkodás, a problémamegoldás és a szociális készségek, a stresszmenedzsment-ismeretek és -érzések elsajátítása stb. A kockázati és protektív faktoroknak egyaránt lehetnek egyéni, családi, gazdasági és környezeti komponensei és jellege is. A kockázati tényezők többszörös jelenléte valamint a védőtényezők hiánya, illetve ezek kölcsönhatása a kritikus élethelyzetben hajlamosá teszi az

embert arra, hogy kezdetben a kiszolgáltatottság érzése növekedjen, majd pszichés probléma, végül betegség alakuljon ki. A preventív beavatkozások célja, hogy ezen betegségek lehetőleg ne alakuljanak ki; teszik ezt azért, hogy a kockázati tényezőket igyekeznek csökkenteni és a védőfaktorokat erősíteni.

Fontos megemlíteni, hogy vannak általános kockázati és védőtényezők, illetve betegség-specifikus kockázati és megelőző tényezők. Az előbbiek közé tartoznak azok, amelyek jellemzően megfigyelhetők a mentális egészségi problémák és rendellenességek kapcsán, pl. a szegénység és a gyermekbántalmazás, depresszió, szorongás és szerhasználat. Az utóbbiak közé azok tartoznak, amelyek főként egy adott betegségre vonatkoznak, például a negatív gondolkodás és a depresszió összefüggése.

9.5. SZERHASZNÁLAT ÉS A PREVENICÓ

A droghasználat preveniója nem pusztán a használát megelőzését, hanem az egészséges élet, jobb életminőség kialakítását is jelenti. A megelőzés ma már olyan szakterület, ami tényeken, kutatásokon alapul, és módszerek sokaságát használja. A prevenió egyik legfontosabb színtere – a család után – az iskola.

A hazai és külföldi ellátórendszer különbsége, hogy a nemzetközi vonalon a prevenió, a korai intervenció és az egészségmegőrzés az egészségügyi ellátó rendszerrel szorosabban összefügg. A szerhasználat kapcsán gyakran felmerülő kettős (dual) diagnózisok kapcsán pl. a kanadai tanulmány példája, meghatározott pontjai is ezen –a folytonosság elvén alapuló- kritikus pontokat jól felismerő szemléletre ösztönzi a szakembert (Warren, Johnston, Ruffolo, Bustard, & Moran, 2014).

Prevenió:

1. Iskolai alapú program: kutatások szerint a korai szerhasználat előfordulása annak későbbi előfordulására hajlamosít. A beavatkozás pontja fontos, javaslatuk szerint kora serdülőkorban, 14 éves kor alatt érdemes kezdeni, célja a kockázati faktorok felismerése és a protektív faktorok növelése. Alkalmazott módszerek kapcsán bizonyítékon alapuló, addikcióra, szerhasználatra kidolgozott prevenió programok javasoltak.
2. Kezelés: a serdülők egy részénél a mentális betegségekre vagy szerhasználatra vonatkozó edukáció ténylegesen megelőzi ezen nehézségek kialakulását. A kezelési tervet egyénre szabottan kell felépíteni, ami a motiváció szintjének, a tünetek gyakoriságának, és a tünetek kialakulásának folyamati feltérképezését is tartalmazza.
3. Rugalmasságot igényel az ellátás a beavatkozást végző teamtől, valamint kliensközponú szemléletet kíván, mivel a kliens elköteleződése kulcsfontosságú e téren (is).

4. Fontos szemlélet az ártalomcsökkentésre irányuló törekvés. Amennyiben a fiatal a szerhasználat teljes abbahagyására, absztinenciára kötelezik, kevésbé valószínűvé válik részvétele.
5. Bizonyítékon alapuló kezelési mód alkalmazása kulcsfontosságú, ami az adott klienshez igazodva nyújt támogatást.

9.6. VISSZAESÉS-MEGELŐZÉS

Egyes betegségekben a relapszus lehetősége fokozottan jelen van, pl. az evészavarok, hangulatzavarok stb., illetve a szerhasználat, általánosságban fogalmazva a viselkedési addikciók, valamint az összetett neurobiológiai háttérrel rendelkezők esetében.

A gyógyulási folyamatban a javasolt terápiás megoldások és beavatkozások szerepe kulcsfontosságú. A hálózati működésnek ebben jelentős szerepe van. A javasolt terápia elérhetősége, valamint a gyermek, fiatal és családja eljuttatása ezen szolgáltatókhoz sok esetben kérdéses. A gyermekekkel és serdülőkkel foglalkozó szakembereknek a fiatal közvetlen környezetét figyelembe kell venniük. Érdeemes azonosítani - akár az esetformuláció jó módszer lehet erre -, hogy ki valójában az index páciens. Ennek meghatározásával a kezelési terv kidolgozása pontosabb. A relapszus esetén a változás elmaradását és/vagy az állapot fenntartását feltételezhetjük. Amennyiben a munka során olyan kliensekkel találkozunk, ahol ezt tapasztaljuk, fontos lenne újraformulálni az adott esetet, és felülvizsgálni, új célokat kitűzni. A klinikai tapasztalat alapján minél több a hajlamosító tényező, minél kevesebb a védőfaktor, minél inkább biológiai (vagy éppen pszichoszomatikus) eredetű a kórkép, valamint minél több előnnyel járhat (pl. drog-eufória), annál nagyobb az esélye a relapszusnak. E téren a terápiás folyamatot koordináló szakemberek szakmai hozzáértése fontos, ők tudják felkészíteni a klienst a visszaesés lehetőségére, pl. a trigger faktorok azonosításával, adaptív coping stratégia elsajátításának támogatásával.

Gyakorlatok: A mentális egészséggel kapcsolatos -választott kórképre vonatkozó- prevenciók lehetőségek összegyűjtése, rövid bemutatása.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Melyek a prevenció típusai, illetve szintjei?
2. Mik a preventív beavatkozások célzott területei az egyéneknél?

3. A szerhasználat kapcsán mik a prevenió főbb (kritikus) pontjai?

10. BEVEZETÉS A VISELKEDÉSTERÁPIÁBA, A TANULÁSELMÉLET ALAPJAI

KAKUSZI SZILVIA

KLINIKAI SZAKPSZICHOLÓGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

A külföldi gyakorlatban jellemzően szociális munkások is végeznek viselkedésterápiás menedzselést, arra képesítést szerezhetnek. Az óra során a viselkedésterápia alapjaival ismerkednek meg a hallgatók, valamint a tanuláselméleti alapfogalmak és metódusok kerülnek előtérbe. Elsődleges cél, hogy alapismereteket szerezzenek a módszerről, betekintést kapjanak a szemlélet alapelveibe.

10.1. BEVEZETÉS

A viselkedésterápia elméleti alapja a tanuláslélektan. A tanulás minden viselkedésváltozásnak szükségszerű velejárója. A tünet ebben a felfogásban hibás, inadaptív elsajátítás eredménye. A viselkedésterápia ezekre a körülményekre és feltételekre koncentrál, ezek tervszerű befolyásolásával kísérli meg a viselkedés kívánatos irányú megváltoztatását (új tanulási helyzetek létrehozása, újratanulás). Ehhez a feltérképezéshez, módosításhoz a tüneti viselkedés lehetőség szerinti pontos és objektív leírására van szükség.

10.2. ALAPFOGALMAK

(Szőnyi & Füredi, 2000) (Vetró, 2008)

- ☐ **Magatartás:** magában foglalja a külső magatartást (viselkedés; a megfigyelhető és leírható külső megnyilvánulások, vagy ezek hiánya), illetve a belső magatartást (szellemi tevékenység; ez alatt a külső megfigyelő által nem érzékelhető információ-, ismeretfeldolgozó folyamatokat [érzékelés,



gondolkodás], az ezeket kísérő szubjektív élményeket [érzelem], a cselekvéseket döntő módon meghatározó diszpozíciókat [motivációk, attitűdök] értjük).

- ☐ **Magatartásterápia:** egy szóban foglalja össze a kognitív és viselkedésterápiákat.
- ☐ **Viselkedés:** viselkedésnek nevezzük azokat az idegrendszer által szervezett reakciókat, válaszokat, amelyek a külső és belső ingerkörnyezetből származó ingerfeltételek, információk hatására alakulnak ki. Ez alapján tehát gyakorlatilag egy válasz, de a válasz visszahat a környezetre, megváltoztatja az ingerfeltételeket, és új dinamikus kapcsolat alakul ki az egyén külső és belső világa között.
Kóros viselkedésről beszélünk:
 - ha teljesen indokolatlan (pl. kényszer)
 - ha túlságosan gyakran jelenik meg (sztereotípiák, szorongás)
 - ha túlságosan ritka (pl. verbális kommunikáció)
 - ha teljesen hiányzik (pl. szexuális kezdeményezés)
 - ha tartalmában és formájában, intenzitásában inadekvát az adott környezetben, helyzetben.
- ☐ **Tanulás:** az egyed válaszreakciójának módosulása. Ennek két módja lehet: valamely inger hatására új válasz jelenik meg, vagy valamely válasz új ingerfeltételek hatására váltódik ki.

10.3. A BETEGSÉG VISELKEDESKÖZPONTÚ ÉS KOGNITÍV MEGKÖZELÍTÉSE, ÉRTELMEZÉSE

(Füredi, Németh, & Tariska, 2009)

A viselkedésközpontú megközelítés szerint a betegség, a tünet valójában nem betegség, hanem hibás tanulás. A viselkedés felmérés célja a maladaptív viselkedést kiváltó és fenntartó tényezők felderítése. A diagnózisalkotás fő módszere a viselkedésmegfigyelés, a terápia lényege pedig, hogy a hibás tanulás helyére a megfelelő környezeti alkalmazkodás lépjen. A betegség kognitív (gondolkodásközpontú) megközelítése szerint a viselkedés első lépcsője a környezet kognitív reprezentációjának kiépítése. Ez a külvilági ingerek minőségétől és a belső környezettől (idegrendszerérettsége) is függ.

10.4. A VISELKEDÉSTANULÁS ALAPFOLYAMATAI

Az emberi viselkedést, ezen belül is az inadaptív létrehozó tanulási folyamatok változatosak, alapmechanizmusait el tudjuk különíteni. Ennek megértése egy-egy kórképpel összefüggő viselkedés feltérképezése során fontos. Ha megértjük a viselkedés mögötti tanulási mechanizmust, ami alapján kialakult és fennmarad a tünet, a felmerülő nehézség módosíthatóvá, korrigálhatóvá válik.

Alapfolyamatok:

(Mórotz & Perczel Forintos, 2006)

- Klasszikus kondicionálás
- Instrumentális (operáns) kondicionálás
- Obszervációs vagy modelltanulás

Klasszikus kondicionálás

A **klasszikus kondicionálás** elnevezést Hilgard és Marquis (Hilgard & Marquis, 1940) vezette be a pavlovi kísérlet nyomán. Az alapkísérlet szerint a kutyának egy csengő hangját prezentálják, majd ezt követően ételt tesznek elé, mely megindítja az állat nyáleválasztását. A folyamat néhány társítása után azt tapasztalta Pavlov, hogy a csengő hangjára is elindul a nyáleválasztás anélkül, hogy az étel megjelenne. (A folyamatban a nyáleválasztást kiváltó étel *afeltétlen inger (UCS)*, a reakciót magát *feltétlen reflexnek (UCR)*, a csengő hangját *feltételes ingernek (CS)*, az erre bekövetkező választ pedig *feltételes reflexnek (CR)* írta le.)

Ahhoz, hogy egy korábban neutrális inger is a biológiailag releváns inger hatásfokára tegyen szert, több tényező szükséges. Egyik ilyen, hogy a feltétlen és a feltételes inger egyidejűleg jelenjen meg, vagy a feltételes inger megjelenése kicsit előzze meg a feltétlen ingerét. A másik fontos feltétel, hogy a két inger ilyen jellegű társítása néhány alkalommal ismétlődjön. Egy bizonyos stabil, kondicionált válaszreakció bizonyos körülmények között már egyszeri társítással is kialakítható, ezt nevezzük *“one trial learning”*-nek, amelynek pl. a szorongásos zavarok kialakulásában nagy szerepe van.

- ❑ **Kioltás:** Amennyiben a feltételes ingert ismételten a feltétlen inger nélkül prezentáljuk, akkor a kondicionált reakció gyengülni fog, majd később nagy eséllyel el is tűnik. Nem minden pszichopatológiai jelenség esetén érvényesül a kioltás hatása, pl. a szorongás esetében annak hatására az egyén olyan viselkedésformát alakít ki, mely a kioltódás természetes folyamatait akadályozza.
- ❑ **Magasabb rendű kondicionálás:** Valamilyen feltételes ingerre kialakított feltételes válasz kondicionálható más feltételes ingerekhez is anélkül, hogy az utóbbi valaha is társult volna a feltétlen ingerhez (pl. ha a csengő hangjával egy



időben egy háromszög alakzatot mutatunk, akkor az ingerre ugyanúgy kiváltható a nyálelválasztás).

- ☒ **Generalizáció:** Az a hajlam, hogy hasonló ingerre ugyanúgy reagáljon a személy.
- ☒ **Diszkrimináció:** A generalizációval ellentétes folyamat, a folyamatot jelzi, mely során a hasonló, de nem azonos ingerek megkülönböztethetővé válnak.

Összefoglalva tehát elmondható, hogy a klasszikus kondicionálás során egymástól távoli, különböző szinteken megjelenő ingerek is egymás kölcsönös jelzőivé válhatnak. Általában véve nem egy adott inger, hanem annak egész osztálya, jelentéskörnyezete válhat lényegessé, egyenrangúvá bizonyos reakciók kiváltása szempontjából.

Instrumentális (operáns) kondicionálás

Az **instrumentális (operáns) kondicionálás** elméletét megalapozó kísérletek azt tanulmányozták, hogy az állatok viselkedésének következményei hogyan képesek szabályozni a viselkedés jellemzőit. Törvényszerűségeit Skinner dolgozta ki. Kísérletében az úgynevezett jelentős drive-val rendelkező (adott esetben kiéhezett) állat szabadon mozoghatott ketrecében, majd egy pedált megtalálva és alkalmazva ételhez jutott. Az operáns elnevezés onnan ered, hogy a környezetre gyakorolt hatásban ragadható meg a viselkedésmód lényege. Azt az eseményt, ami az operáns viselkedésben a választ követi, és amely a továbbiakban döntően befolyásolja a válaszok alakulását, megerősítésnek, illetve büntetésnek nevezzük aszerint, hogy megjelenése növeli, avagy csökkenti a válasz valószínűségét.

Pozitív megerősítésnek azt nevezzük, amikor a viselkedés következményeként jelenik meg valamely, az egyed számára kedvező esemény (pl. pedál megnyomásával ételhez jut az állat).

Negatív megerősítésnek azt nevezzük, mikor valamely viselkedés képes felfüggeszteni vagy csökkenteni a negatív eseményt (pl. vakarózás megszünteti a viszkető érzést).

Obszervációs vagy modelltanulás

Dollard és Miller nevéhez fűződő megállapítás szerint számos készség, szokás, félelem vagy annak redukciós módja elsajátítható utánzással (**obszervációs vagy modelltanulás**). Minél nagyobb a modell presztízse és elfogadottsága, annál hatékonyabb a modelltanulás. Bandura három tényezőt emel ki a modelltanulás pszichológiai funkciója tekintetében:

1. A modell új viselkedési mintát képes átvinni;
2. Gátolhatja vagy facilitálhatja a nemkívánatos válaszokat;
3. Hozzájárulhat már létező válaszok intenzitásának növeléséhez.

10.5. A VISELKEDÉSALAKULÁS KOGNITÍV TÉNYEZŐI

Az 1930-as évektől kezdve egyre több empirikus adat gyűlt össze arra, hogy pusztán a külső ingerek figyelembe vétele nem ad magyarázatot számos viselkedésmód alakulására. A stimulusok (emlékek, gondolatok stb.) megfigyelhető testi változásokhoz vezethetnek. A változás jellege attól függ, hogy az adott "kép" jelentése milyen. A kognitív szemlélet alapja, hogy nem az ingerek maguk szabják meg a tüneteket, hanem az a mód, ahogy ezeket az ingereket szemléljük és értékeljük.

10.6. A VISELKEDÉS SZERVEZŐDÉS KORSZERŰ MODELLJE: A SORCK SÉMA

- **S:** A viselkedés ingerei (külső, belső, fiziológiai, kognitív, kinesztetikus, viscerális ingerek)
- **O:** Organizmikus változók (belső környezet: biokémiai, élettani, érettséghez kapcsolt tényezők, kognitív feldolgozásmód sajátosságai, beállítódások)
- **R:** Reakció (válasz, cselekvés, tevékenység: fiziológiai, vegetatív, motoros, viselkedéses, kognitív, élményi szintek)
- **C:** Konzekvencia (a viselkedés következményei, illetve ezek kognitív reprezentációja)
- **K:** Kontingencia (a megerősítés menetrendje, milyen szabályszerűséggel követi a reakciót a megerősítés)

Gyakorlat: A viselkedésmegfigyelés szempontjainak és lehetőségeinek bemutatása, valamint konkrét eseten keresztül egy pszichopatológiai jelenség viselkedési folyamatokhoz kötött értelmezése.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Mik a kóros viselkedés kritériumai?
2. Melyek a viselkedéstanulás alapfolyamatai? Foglalja össze, mi jellemzi ezeket!
3. Mit jelent és miből áll a SORCK séma?





Fogalmak: magatartás, magatartásterápia, viselkedés, tanulás, klasszikus kondicionálás, magasabb rendű kondicionálás, kioltás, generalizáció, diszkrimináció, instrumentális (operáns) kondicionálás, pozitív megerősítés, negatív megerősítés, obszervációs vagy modelltanulás

11. A KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA RÖVID ELMÉLETE ÉS GYAKORLATA

KAKUSZI SZILVIA

KLINIKAI SZAKPSZICHOLÓGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

A téma szorosan épül az előző óra anyagára. Célja a viselkedésdiagnosztikai alapelvek megismerése, gyakorlati alkalmazásának bemutatása. A tananyag kiemelten koncentrálna a gyermek- és serdülőkori alkalmazási lehetőségekre, valamint a viselkedésterápiás program felépítésére.

11.1. BEVEZETÉS

A gyermekkori pszichés betegségeket általában internalizációs (túlkontrollált, depressziós, szorongó viselkedés) és externalizációs (alulkontrollált, agresszív) kórképekre oszthatjuk fel. Az externalizációs zavarokat a *kognitív deficit modell*, az internalizációs problémákat a *diszruptív kogníciós modell* (irracionális hiedelmek, negatív automatikus gondolatok) alapján értelmezzük.

11.2. KOGNITÍV VISELKEDÉSTERÁPIA JELLEMZŐI

GYERMEKKORBAN

Minél idősebb a gyermek, minél magasabb az intellektuális kora és minél jobb a verbális kifejezőképessége, annál nagyobb a valószínűsége a kognitív beavatkozások hatékonyságának. A kezelés célját minden esetben a gyermek adott fejlődési szintjével kell összhangba hozni, és az alkalmazott módszer megválasztására is ugyanez igaz, tehát a terápia kognitív és viselkedésmodifikáló összetevőinek arányát is az adott fejlődési szint dönti el. A terápiás folyamat során a terapeuta személye, illetve az ő motiváló szerepe kulcsfontosságú. A gyermekek esetében a gyógyulási motivációt meg kell teremtnünk, hiszen önmaguktól ritkán kérnek segítséget – meg kell nyerni őket a kezelés számára, melyhez a szülő együttműködése elengedhetetlen.

Bármely beavatkozási formáról legyen szó, a szülő szerepe kulcsfontosságú. A tünetekkel kapcsolatban fontos informátor, valamint a gyerek legfontosabb külső kapcsolata. Fontos szerepe van a gyermek eredeti, maladaptív viselkedési és gondolkodási stratégiáinak kialakításában, de a terápia kivitelezésében is. A szülőt jó színterapeuta szerepbe helyezni, hogy segítse a gyereket a mindennapi életében abban, hogy újonnan tanult készségeit kipróbálva pozitív megerősítéshez jusson. A viselkedésterápiák megvalósítása, kivitelezése során a család, fontos felnőttek bevonása mellett a nevelési, oktatási intézmények (gondozók, óvónők, tanárok stb.) közreműködése is elengedhetetlen. A terápia hatékonyságához hozzájárulnak, mivel a kívánt viselkedésmódosításnak minden szintéren következetesen kell megvalósulnia.

A gyermekkori kognitív behavior terápia beavatkozási területei a következő pontokban írhatók le:

- **A közösségi modell** alkalmazása: a felkutató, proaktív szemléletet részesíti előnyben, amely szerint a beavatkozás helye nemcsak a rendelő vagy kórház, hanem a gyerekek közösségi életének minden olyan színtere, ahol a problematikus viselkedés már korán megjelenik.
- Fontos az **együttműködés** – nemcsak a szülővel, elsődleges nevelési és gondozási személyekkel, hanem a védőnőkkel, orvosokkal, gyerekjóléti dolgozókkal, akik akár szerepet is vállalhatnak a prevencióban, korai intervenciókban (pl. védőnő vezette iskolai program a dohányzás kialakulása ellen). A megelőző programok különösen fontosak az életkoruk és élethelyzetük miatt magas rizikójú gyermekpopulációkban.
- **A tradicionális modell alkalmazása:** környezet nélkül a gyerek nem létezik, a beavatkozásunkat ezért több ponton kell megterveznünk. A cél az, hogy megfigyeljük a gyermek viselkedését különböző helyzetekben, megértsük viselkedésének kiváltó és megerősítő tényezőit, belső beszédét, önmenedzselő folyamatait, kognitív stratégiáit, melyeket természetes környezetében kifejlesztett.
- **Lazarus-féle BASIC-modell**(Mórotz & Perczel Forintos, 2006) a viselkedés és a környezet kölcsönös interakciójának felmérésére. **Előzmények:** a gyerektől független külső tényezők, vagy a gyerekekben rejlő biológiai, pszichológiai okok, melyek befolyásolják az aktuális viselkedést. **Az aktuális probléma komponensei:** viselkedések (pl. encopresis, iskolakerülés, agresszió), affektusok (pl. az agressziót kísérő düh), szomatizáció (vegetatív tünetek), imagináció (a gyerek saját elképzelései arról, hogy tünetei hogyan lennének megváltoztathatók), kogníció (a maladaptív viselkedés háttérében lévő maladaptív kogníciók). **Az aktuális probléma elemzésének módszerei:** indirekt módszerek, pl. kitöltött kérdőívek, viselkedési vagy kognitív tünetlisták, interjúk. Direkt módszerek: magatartás-megfigyelés, önmonitorozás, súlymérés anorexiában stb. **A következmények:** külsők (a környezet hogyan reagál a gyerek agressziójára, depressziójára stb.), belső következmények (milyen belső változások következnek be a gyerekekben, miután valahogyan cselekedett).

A terápia program kidolgozásának folyamata

1. Szisztémás anamnéziszfelvétel és megfigyelés, a BASIC modell alkalmazása, a kívánságlista (a gyermek-serdülő számára jutalom értékű tárgyak, események stb.), az adaptív repertoár kiismerése.
2. Kontingenciák és konzekvenciák változtatása
3. Maladaptív és vele ellentétes, adaptív viselkedés gyakoriságának mérése azonos időpontban.
4. Operáns program lépcsőzetes kidolgozása.
5. Ha az adaptív viselkedés kiépült, megerősödött, annak otthoni, iskolai környezetbe helyezése.

1. Jutalmazás és büntetés (Vetró, 2008)

- jutalmazás – pozitív megerősítő: segítségével a gyermek adaptív viselkedését rendszeresen jutalmazzuk. Akkor a leghatékonyabb, ha azonnali, és ha változatos. Terápiában a szociális megerősítők a legfontosabbak, idősebbeknél a zseton- vagy pontrendszer is szóba jöhet. (A módszer felnőttek esetében is alkalmazható, pl. addikciók.)
- Negatív megerősítő (büntetés elmaradása): a szociális izoláció oldása, pl. szülő elengedi a "szobafogság" hátralevő részét.
- ☐ **Intermittáló megerősítés:** a megerősítés nem minden egyes, hanem csak bizonyos gyakoriságú vagy intenzitású viselkedés esetén jelenik meg.
- Büntetés: azonnali hatásával elnyomja a nemkívánatos, maladaptív viselkedést, de nem alkalmas arra, hogy a kívánatos gondolkodás- és viselkedésmód felé tereljen, vagy bárkit megtanítsa arra, hogy mi lett volna a helyes stratégia az adott helyzetben. A büntetés akkor tud hatékony lenni, ha azonnal követi a maladaptív viselkedést, és valamilyen összefüggésben van vele. A büntetést mindig egy vele ellentétes, adaptív viselkedés jutalmazásával ajánlatos összekötni. A szociális izoláció (time out) hatékony lehet egyes maladaptív viselkedésmódok kiiktatására. A gyereket eltávolítják abból a környezetből, ahol ez a viselkedés pozitív megerősítést kaphatna. Az elkülönítés csak addig tartson, amíg a maladaptív viselkedés fennáll (2-5 perc), és azonnal feloldást igényel, mielőtt az adaptív viselkedés jelentkezik. Fontos megemlíteni, hogy a szociális izoláció helye se szorongáskeltő, se kellemes ne legyen a gyerek számára. Fontos, hogy a gyerek megértse, mely viselkedésmódja miatt távolították el az adott környezetből.
- Kioltás (megerősítő elmaradása): ha a maladaptív viselkedés nem ön- vagy közveszélyes, vagy nem túl zavaró, legjobb, ha figyelmen kívül hagyjuk.
- Pozitív megerősítők (jutalmak, előnyök) elvonása: terápiában pl. pontozásos rendszer keretében alkalmazzák – fontos előre rögzíteni, hány pontot veszít, ha a viselkedése nem megfelelő.
- ☐ Tútelítődés: ha a megerősítők olyan mennyiségben özönlének a gyerekre, hogy már eltelik velük, megunja azokat. Ekkor averzív ingerré válhatnak, és így a viselkedés megjelenésének gyakorisága csökken. (Pl. tic, kényszer kötelezővé

tételével azok szorongásredukáló hatása megszűnik, és inkább negatív élménnyé válik.)

2. Stimuluskontroll

- Az adott viselkedés feltételrendszerének elemzését követően igyekszünk a maladaptív viselkedést kiváltó ingereket kiiktatni (csecsemőknél, kisdedeknél főleg.) Pl. a gyerek csak otthon rossz. Ennek oka lehet, hogy az anya megerősíti a gyereke dühkitöréseit, és maga is kiváltó ingerré válik. Az anya viselkedésének változtatása hatásos lehet. Csecsemők alvászavaraiiban hasonlóképp: kiiktatni az elalvást gátló környezeti tényezőket.

3. Ingerelárasztás

- A gyereket ismételten kiteszük annak az ingernek, amelytől fél, és elkerülő viselkedését gátoljuk. Szorongásredukációra, fóbiákban a módszer hatékonynak bizonyul.

4. Viselkedésfelépítés (shaping)

- Elemibb viselkedési egységek összekapcsolásával és megfelelő téri-idői szervezésével komplexebb viselkedésmódok (pl. öltözködés, étkezés, beszéd) felépítése. Viselkedéslánc kiépítésénél a lánc végén kell kezdeni a megerősítést, mert akkor ez a végső megerősítő facilitálja az egész cselekvéssorozatot. Verbális instrukció, öninstrukció és modellezés gyorsíthatja a folyamatot, kognitív teljesítmény fejlesztésénél pedig a cselekvéssel való összekapcsolás hasznos.

5. Modelltanulás

- (“Gazdaságos”, mert egész viselkedéslánccok megtaníthatók a segítségével.) Annál hatékonyabb, minél jobban tud a gyerek a modellel azonosulni. Attól függően, hogy a modell viselkedésének következményei pozitívak vagy negatívak, a modell facilitálhatja vagy gátolhatja egy viselkedés megjelenését.

6. Önkontrolltechnikák

- Iskoláskortól jó, mert magasabb szintű kognitív fejlettséget igényel. Gyerekkori alvászavarokban, az ürítési funkciók zavaraiiban, iskolai magatartásproblémák esetén, enyhe hiperaktivitásban lehet sikeres. 5 lépcsős intervenció, minden lépcsőn tanulás, gyakorlás, alkalmazás.
 - a. A maladaptív én-konceptió megváltoztatása: megtanulja, hogy a viselkedés tőle függ, és ezért megváltoztatható.
 - b. Megtanulja, mi a kapcsolat szervezet, idegrendszeri működése és a problémás viselkedés között.

- c. Megtanulja a testéből származó ingerek fokozottabb észlelését.
- d. Az önkontroll kifejesztése: különböző technikák (pl. imagináció, ön-monitorozás) segítségével megtanulja, hogyan tudja a viselkedést megváltoztatni.
- e. A probléma megszűnése, önbecsülésének erősödése.

7. Szerződések

- Lefektetjük benne a kezelés célját, lépcsőfokait és azt, kinek mi a feladata.

Összefoglalva tehát a viselkedésterápiás program kidolgozása gyakran már az osztályra kerülés során megkezdődik, majd óvodai/iskolai és otthoni helyszíneken egyaránt szükséges következetes betartása. Gyakori jelenség, hogy az egyik-másik helyszínen - pl. elvált szülők esetén - ennek betartása kihívásokat jelent. A szülőket, pedagógusokat az alapelvekről, a módszerről tájékoztatni kell. A jutalmazás esetén fontos, hogy a jutalom azonnal kövesse a kialakítani kívánt viselkedést, a jutalom ténylegesen motiváló legyen a gyermek számára. A pszichés gondozás során a szülővel együtt történik a viselkedésterápiás program kidolgozása, a kontrollok során a pszichológus, pszichiáter segítségével lépcsőzetesen épül, módosul a program.

Leggyakoribb alkalmazási terület: enuresis, encopresis, magatartási nehézségek esetén alkalmazzuk. Evészavar kapcsán ennek felépítése különösen fontos, illetve gyakran első fázisa osztályos keretek között, hospitalizálás fázisában indul nagy körültekintéssel.

Számos pszichopatológiai kórkép terápiás megoldása kapcsán a nemzetközi szakirodalom, az evidence based terápiás beavatkozások elsődlegesen választandónak, hatékonynak tartják a módszert, pl.: major depresszió, evészavar, kényszerbetegség, szorongásos zavarok stb. esetében. Alkalmazása tehát a kórképek terápiájában bizonyítottan hatékony, ugyanakkor a gyermeknevelésben választott szülői attitűd kapcsán is célszerű ezen alapelveket követni. Kulcsfontosságú azonban a következetesség, valamint a módszer kitartó alkalmazása abban az esetben is, ha a gyermek, serdülő kezdetben ellenállást, opponálást tanúsít, és/vagy esetlegesen átmeneti állapotromlást mutat viselkedése; kitartó és következetes alkalmazással, hosszú távon mégis sikeresen módosítja az addigi nemkívánatos vagy akár patológiás viselkedési formát. Alkalmazásához, kidolgozásához kezdetben célszerű szakember segítségét kérni, illetve az viselkedésterápiás alapelvek elsajátításához a pszichoedukáció nyújthat hasznos támpontokat.

Gyakorlat: Az elmélettel párhuzamosan egy klinikai gyakorlatban használatos jutalomorientált viselkedésterápiás program megismerése történik.



ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. A viselkedésmódosítás szisztematikus módosítása során mik a jutalmazás és a büntetés alkalmazásának fontos szabályai?
2. Melyek a BASIC modell lépései, komponensei?



Fogalmak: intermittáló megerősítés, túltelítődés, ingerelárasztás, stimuluskontroll, viselkedésfelépítés (shaping)

12. RENDSZERSZEMLELET A KLINIKAI PSZICHOLOGIÁBAN

TÓTH ANETT

TANÁCSADÓ SZAKPSZICHOLOGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Ebben a fejezetben megvizsgáljuk a rendszerszemléletű terápiás megközelítések helyét a pszichiátriai zavarok kezelésében, és áttekintünk néhány kórképet, melyek esetében a kimondottan javasolt intervenciók közé sorolható a családterápia. Röviden áttekintünk néhány jellegzetes kommunikációs mintát, illetve diszfunkcionális működésmódot, melyekkel gyakran találkozhatunk az érintett családokban.

12.1. A CSALÁDI RENDSZER SZEREPE A TÜNETKÉPZÉSBN

A pszichiátriában, klinikai pszichológiában a diagnosztika és a terápiás intervenciók fókuszában alapvetően a diszfunkciókkal küzdő egyén áll, aki ugyanakkor életének számos területén különféle közösségek, rendszerek tagja. Ezek a rendszerek mindennapi élményeinek, tapasztalatainak forrásai, itt szerveződnek társas kapcsolatai, itt zajlik kommunikációja – valamennyi közösségi helyzet folyamatosan hat lelki egészségére, érzelmi életére, mentális működéseire. A legfontosabb e rendszerek közül a család, ami egyúttal elsődleges szocializációs közege, s amelyben – optimális esetben – idejének döntő többségét tölti.

Amennyiben ennek a rendszernek bomlik meg az egyensúlya, itt jelenik meg diszfunkcionális működésmód, patológiás kommunikációs mintázat, az a rendszer valamennyi tagjára hatást gyakorol. Mindezek a hatások hosszú távon hozzájárulhatnak pszichés zavarok kialakulásához az egyén szintjén. Amennyiben a pszichodiagnosztika folyamatában felmerül, hogy az egyéni tünetek háttérében családi diszfunkciók hatása állhat, akkor a terápiás folyamatban – akár ez egyéni terápia kiegészítéseként – rendszerszemléletű terápiás intervenciókat javasolhat a szakember. Azt a családtagot, aki a rendszer diszfunkciójának következményeként mutat pszichés tüneteket, **tünethordozónak** – vagy index páciensnek - nevezzük.

A rendszerszemléletű megközelítés alapelve, hogy a családi diszfunkció létrehozásában és fenntartásában a rendszer valamennyi tagja részt vesz; a terápiás intervenció célja ez esetben nem az egyéni tünetek enyhítése, illetve pszichés egyensúly elősegítése, hanem a család működés módjának, kapcsolatrendszerének átalakítása, a működési zavar megszüntetése, adaptívabb működésmódokkal való felváltása.

„A gyermek az anya bálványa, s az anya mindezért csak csekély áldozatot követel cserébe: a gyermek életét.”

„Éjszakánként az anyai szeretet lobogó tüze fölött Erika verejtékezve forog a harag nyársán. Időnként meglocsolják a zeneművészet gőzölgő páclevével.”

„Erika akarata a bárány, amely az anyai akarat farkasához simul. A megalázkodásnak ezen jelével megakadályozza, hogy az anyai akarat az ő puha és képzetlen lányakarátát széttépje, és a véres csontokat leszopogassa.”

A fenti idézetek Elfriede Jelinek A zongoratanárnő⁷ című regényéből származnak, mely Erika Kohut, a harmincas éveiben járó zenetanárnő és idős édesanyja kapcsolatát mutatja be és bontja ki, Erika gyermekkoráig visszanyúlóan. A könyv, illetve a kiemelt idézetek alapján milyen családi diszfunkciókra következtethetünk? Gyűjtsünk olyan szépirodalmi, filmművészeti példákat, amelyekben valamely szereplő diszfunkcionális viselkedése vagy patológiája összekapcsolható a familiáris rendszer működési zavarával!

Szintén mérlegelendő a családi rendszer egészére kiterjedő segítségnyújtás lehetősége azokban az esetekben, amikor valamelyik családtag súlyos, a család valamennyi tagjának életére hatást gyakorló mentális betegségben szenved. Egy major pszichiátriai kórkép vagy egy pervazív, az egész személyiséget érintő zavar első diagnózisa krízishelyzetet teremt a családban, s a beteg minél hatékonyabb kezelésének, terápiában való együttműködésének is kulcsa lehet, ha a familiáris rendszer tagjai is segítséget kapnak a diagnózissal együtt járó veszteségélmény feldolgozásában, a mentális zavar minél pontosabb megértésében.

⁷ Elfriede Jelinek (1997): A zongoratanárnő. Ab Ovo, Budapest; fordította: Lőrinczy Attila



12.2. A CSALÁDI RENDSZERRE IRÁNYULÓ TERÁPIÁS INTERVENCIÓK SZINTJEI, FORMÁI

Noha rendszerszemléletű intervenció alatt leggyakrabban a családterápiát értjük, a familiáris rendszer egészére fókuszáló segítségnyújtásnak számos egyéb formája alkalmazható.

Pszichiátriai kórképek esetén család egészét célzó segítségnyújtás legegyszerűbb formája a családtagok **edukációja**, melynek valamennyi pszichés zavar esetében van haszna és létjogosultsága, de különösen a súlyos, az életvitelt és életminőséget hosszú távon befolyásoló kórképek esetében kulcsfontosságú, hogy a hozzátartozók értsék a beteg helyzetét, tisztában legyenek a tünetekkel és kórlefordítással, a lehetséges terápiás megközelítésekkel, s szükség esetén mozgósíthatók legyenek a beteg támogatása érdekében.

A **rendszerszemlélet egyéni terápiákban** is alkalmazható értelmezési keret. Erre olyan esetekben kerülhet sor, amikor például a családterápia indokolt lenne, de a családnak csupán egyetlen tagja motivált erre, és kér segítséget. Gyermek egyéni terápiájában gyakori megoldás, hogy ha családterápiára nem is kerül sor, az egyéni munkát rendszeres, a familiáris működésmódokra fókuszáló szülőkonzultációk kísérik.

A **tanácsadás** mint megbeszélésen, konzultáción alapuló intervenció módszer a 20. század első felében dinamikus fejlődött, és – elsősorban a gyermekközpontú, nevelési tanácsadásban gyökerezve – életre hívta a családi és párkapcsolati tanácsadás különböző formáit. A terápiás módszerek medikális szemléletéhez képest a **családi tanácsadás** (vagy konzultáció) fókuszába a megelőzés, az egészséges működés támogatása, fejlesztése került – ugyanakkor a **családkonzultáció** mint a családterápiánál rövidebb, egy-két konkrét problémára vagy célra fókuszáló módszer jól alkalmazható egyes pszichiátriai kórképek kiegészítő terápiájában.

A **családterápia** módszere a második világháború után elsősorban a csoportpszichoterápiák gyakorlatából fejlődött ki. Az egyéni terápiákhoz képest a családterápia a terapeutától egészen új szemléletet kíván: az egyéni élmények és működési zavarok ezek dinamikájára, a tagok közötti egyensúly állapotára kell helyeznie figyelmének fókuszát.

Napjaink segítő gyakorlatában a családterápia és családkonzultáció között sem azonosíthatók éles, átjárhatatlan határok. Elméleti hátterük, módszertanuk közös gyökerekből fakad, s a rendszerszemléletű intervenciók mindkét formáját szokás pszichoterápiás módszerként számon tartani (Kömlösi & Buda, 2009). A legfontosabb különbségekként a tanácsadás fókuszáltabb, tematikusabb, pragmatikusabb voltát, illetve az alkalmazott terápiás eszközök, stratégiák, terápiás keretek típusát említhetjük.

12.3. A CSALÁDTERÁPIA INDIKÁCIÓS TERÜLETEI

Családterápiára leggyakrabban olyan esetekben kerül sor, amikor a tünethordozó gyermek- vagy serdülőkorú, és a tünetek háttérében kapcsolati diszharmónia, illetve életciklus-váltással együtt járó, elhúzódó krízishelyzet áll. Természetesen a felnőtt pszichiátria területén is előfordulnak olyan esetek, amelyeknél a család- vagy párterápia kiemelt fontosságú a gyógyulás vagy a tünetek csökkentése érdekében.

Léteznek olyan pszichiátriai zavarok, illetve betegségcsoportok, amelyek terápiájában a rendszerszemléletű intervenciók kifejezetten ajánlottak, evidencia alapú módszereknek tekinthetők, vagyis terápiás hatékonyságukat meggyőző kutatási eredmények igazolják. E kórképek, illetve állapotok közé sorolhatók az addiktológiai zavarok, az étkezési zavarok, a szkizofrénia, a gyermekkori viselkedészavarok, a hangulatzavarok, a kötődési zavarok, egyes pszichoszomatikus panaszok és regulációs problémák, továbbá a gyermekkori elhanyagolás és bántalmazás (Carr, 2014) (National Institute for Health and Care Excellence, 2011) (National Institute for Health and Care Excellence, 2013) (National Institute for Health and Care Excellence, 2014) (National Institute for Health and Care Excellence, 2017). A következőkben két gyakori, a terápiás protokollok által is jellemzően ajánlott indikációs területet tekintünk át.

Szkizofrénia a családban

A szkizofrénia szociokulturális szemléletű magyarázóelvei a betegség kialakulásában fontos szerepet tulajdonít egyes családi interakcióknak, illetve interakció-típusoknak. Ebben a szemléleti keretben a rendszer szintjén predisponáló tényezőnek, rizikófaktornak szokás tekinteni az úgynevezett double-bind kommunikációt, illetve a családszerkezet bizonyos sajátosságait.

A **double-bind** – vagy kettős kötés – fogalma Gregory Bateson filozófus, pszichológus (Bateson, 1956) nevéhez fűződik. Azt a kommunikációs helyzetet értjük alatta, amikor a különböző kommunikációs csatornákon – verbális, nonverbális – keresztül egyidejűleg egymással ellenmondó üzenetek érik el a másik felet. Azok a gyermekek, akik visszatérően ilyen üzeneteket kapnak a számukra jelentős felnőttekkel, sajátos megküzdési stratégiákat fejleszthetnek ki, ennek részeként az explicit mondanivalót figyelmen kívül hagyva fókuszálhatnak elsősorban a nonverbális tartalmakra, éber, gyanakvón figyelve környezetük apró, indirekt jelzéseit. Ennek a stratégiának az állandósulása paranoid, vonatkoztatások gondolatok, szkizofreniform működésmód kialakulásához vezethet. Az Expressed Emotions (EE) fogalma e családokban a negatív érzelmek hangsúlyos, fokozott kifejezésének, illetve a kritikus jellegű figyelemnek a leírására szolgál.

A szkizofréniával kapcsolatba hozott, maladaptív családszerkezet két típusát írja le Theodor Lidz (Lidz, Cornelison, & Fleck, 1965). Házasságon belüli törésről beszélünk abban a helyzetben, amikor az együtt élő szülők között jelentős konfliktushelyzet alakul ki, és a felek az egymással való küzdelmeikbe bevonják a gyermeket,

igyekezővén a saját oldalukra állítani őt. Házasságon belüli aszimmetriaként írja le Lidz azokat a helyzeteket, amikor az egyik szülőfél a többi családtag szükségleteit figyelmen kívül hagyva uralja a családi rendszert, míg a másik fél a békeség fenntartásának kedvéért aláveti magát ennek. Az ilyen rendszerekben nem jellemző a nyílt konfliktus, ugyanakkor rejtett módon ugyanúgy zajlik a versengés a gyerek(ek) kegyéért. Az elmélet értelmében a gyermekek mindkét családszerkezet esetén patthelyzetbe kerülnek, mert bármelyik szülőhöz közelednének, ezzel a másik szülő haragját vívják ki magukkal szemben, így hosszú távon visszahúzóódással, zavartsággal, a patológiába való meneküléssel reagálhatnak.

A fenti elméleteket kutatásokkal nem sikerült kétséget kizáróan igazolni, ugyanakkor alátámasztottnak látszik, hogy a szkizofrén családokra jellemző az átlagosnál több konfliktus, a szülők erősen kritikus hozzáállása és fokozott kontrollja a gyermekek élete felett, illetve a kommunikációs problémák gyakorisága.

A Ragyogj! című film David Helfgott ausztrál zongorista történetét dolgozza fel, akit főiskolai évei során szkizoaffektív zavarral diagnosztizáltak. Keressünk a filmben olyan kommunikációs mintázatokat, melyek általában jellemzőek lehetnek a szkizofrén családokra!

Azokban a családokban, ahol valamely családtagot szkizofréniával diagnosztizálnak, hatalmas szükség van a hozzátartozók megfelelő edukálására a betegség természetével, lefolyásával, a kezelésben való együttműködés fontosságával kapcsolatban. A tapasztalat az, hogy amennyiben megfelelő család szintű intervenciók történnek – függetlenül attól, hogy edukációról, családi konzultációról vagy a családi rendszer kommunikációs mintázatainak, szerkezeti problémáinak változtatását célzó családterápiáról van-e szó – a beteg compliance-e javul, és hatékonyabb a relapszusprevenció.

Evészavar a családban

Az 1970-es években anorexia nervosa korábban az egyénre fókuszáló intraperszonális megközelítése mellett egyre nagyobb szerephez jutott a családtagok egymáshoz való viszonyát mint etiológiai tényezőt hangsúlyozó interperszonális megközelítés.

Az interperszonális szemlélet lehetővé tette azoknak a strukturális és kommunikációs sajátosságoknak, családi hiedelmeknek az azonosítását, melyek különösen gyakran jellemzik az evészavaros családokat. Miután az evészavaroknak is számos formája ismert, így a családi diszfunkciók terén is tapasztalhatunk variabilitást, a zavar típusának, súlyosságának függvényében (pl. erős kohézió a családon belül anorexia, lényegesen gyengébb binge eating esetében).

Minuchin (Minuchin, 1974) szerint általában jellemző a pszichoszomatikus tüneteket mutató családokra a tagok szoros közelsége – összemosódás-, a szülők túlvédő

attitűdje, a meglévő szabályokhoz való rigid ragaszkodás, a konfliktuskezelés nehézsége és a gyermekek bevonása a szülők közötti konfliktusokba. Selvini-Palazzoli (Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin, & Prata, 1974) a tünethordozót tekinti egy olyan családi egyensúly fenntartójának, ahol a szülők nem vállalják a vezető szerepet és a tagok általában vonakodnak a felelősségvállalástól, a nyílt ellentétek ritkák, de titkos szövetségek gyakran kötődnek, és a családtagok rendszeresen érvénytelenítik egymás üzeneteit.

A multigenerációs családterápiás megközelítések a generációkon át hagyományozódó hiedelmek, szokásrendszerek mentén vizsgálja az evészavaros családokat. Ezekben a rendszerekben gyakori közös hiedelem, hogy a tagok egyéni szükségletei kevésbé fontosak, mint a többieké, s a tagokat erős, szimbiotikus kapcsolat fűzi össze: valamely családtag jólléte csak akkor valósul meg, ha a többi tag jól érzi magát. Ilyen rendszerekben fokozottan nehéz az egyén individuációja, autonómiájának kivívása és a konstruktív kommunikációs mintázatok kialakítása.

Sztanó és munkatársai így foglalják össze az egyes étkezési zavarok esetében jellemző családi sajátosságokat:

5. táblázat: Evészavaros családok jellemzői

Evészavarosok családjára jellemző	Inkább anorexiás családokra jellemző	Inkább bulimiás családokra jellemző
konfliktusok kerülése	fokozott családi kohézió	csökkent családi kohézió
csökkent problémamegoldó készség		sérült kommunikáció
összemosottság - érzelmi bevonódás egymás életébe		csökkent érzelmi kifejezőkészség
csökkent autonómia - túlvédés		csökkent érzelmi kötődés

Kép forrása: Sztanó, F., Ress, K., Pászthy, B. (2007): Az evészavarok családi kockázati és protektív tényezői. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 8 (1), 49-61 (Sztanó, Ress, & Pászthy, 2007)

„Minden boldogtalan család a maga módján az” – írja Tolsztoj az Anna Kareninában. Fontos figyelni arra, hogy még az azonos betegségcsoportok, azonos diagnózisok

8 Lev Tolsztoj (2017): Anna Karenina. GABO Kiadó, Budapest; fordította: Németh László

esetében sem találunk két egyforma kóreredetet és két egyforma működésű családot sem. A fentebb ismertetett jellemzők, tipikus kommunikációs minták segíthetnek a családi működésmódok értelmezésében, de ugyanúgy félre is vihetnek, ha nem vesszük figyelembe kellő érzékenységgel az adott család sajátosságait, egyéni történetét.

ÖSSZEFOGLALÁS

A rendszerszemléletű terápiás megközelítés lényege, hogy a pszichés zavarral küzdő egyén helyett a probléma létrehozásában és fenntartásában szerepet játszó családi rendszerre helyezi a hangsúlyt. A családra irányuló segítségnyújtási formák a pusztán információnyújtástól a diszfunkcionális kommunikációs minták, maladaptív családi hiedelmek, destruktív családstruktúra megváltoztatását célzó családterápiáig terjedhetnek. Számos pszichiátriai kórképben javasolt családra irányuló segítségnyújtási formák alkalmazása, különösen fontos a családdal végzett munka a szenvedélybetegségek, az étkezési zavarok, a szkizofrénia esetében.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Az alábbiak közül mi nem jellemző általában szkizofrén családokra?
 - a. double-bind kommunikáció
 - b. kritikus figyelem a szülők részéről
 - c. a gyermek bevonása a szülők közötti konfliktusokba
 - d. pozitív érzelmek fokozott kifejezése
2. Az alábbiak közül mi nem jellemző általában az anorexiás családokra?
 - a. csökkent családi kohézió
 - b. csökkent autonómia
 - c. összemosódottság
 - d. szülői túlfeltés



Fogalmak: családkonzultáció, családterápia, double-bind kommunikáció, rendszerszemlélet, tünethordozó



13. NEHÉZSÉGEK, BUKTATÓK, KUDARCOK

TÓTH ANETT

TANÁCSADÓ SZAKPSZICHOLOGUS

Szegedi Tudományegyetem

Gyermekgyógyászati Klinika és Gyermekegészségügyi Központ

Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai Osztály

Ebben a fejezetben a pszichiátriai betegekkel végzett munka nehézségeiről lesz szó, azokról a helyzetekről, körülményekről, amikor a segítő szakemberek eredménytelennek érezhetik vagy kimondottan kudarcként élhetik meg a betegellátás folyamatát. Nem megkerülhető e mentén a segítő mentálhigiénés egészségének kérdése, illetve azok a szempontok, melyek a nehéz esetekben is szem előtt tartandók a szakemberek egészségprevenciójának érdekében.

13.1. A KUDARCOK HELYE

Sokan sok helyen hangsúlyozzák, hogy segítő szakemberek szakmai fejlődésének, megfelelő színvonalú munkájának, egészségvédelmének fontos pillére a szakmai közeggel való szerves kapcsolat, a tapasztalatok, ismeretek megosztása egymás között. Mindennek sokféle fóruma létezik a legfrissebb szakirodalmak olvasásától a továbbképzéseken át a szakmai fórumokon, konferenciákon, továbbképzéseken való részvételig. Mindezek kétségkívül nagyon hasznos felületei lehetnek a tapasztalatcserének és új ismeretek megszerzésének, de nem mentesek a segítő munkával kapcsolatos egyfajta torzítási hatástól. Általános tapasztalat ugyanis – bár egyre több üdítő kivétellel is találkozhatunk! –, hogy a szakmai alapképzéstől kezdve a legmagasabb szakmai fórumokig elsősorban azok az esetek kapnak teret, azokat a példákat, történeteket ismerhetjük meg, melyek a szakma sikereiről, eredményes beavatkozásokról, terápiákról adnak hírt. Érthető is ez a tendencia - hiszen ki publikálná, terjesztené, tenné közszemlére szívesen a kudarcait? Ehhez nagy bátorság, szakmai önbizalom és kellő tudatosság szükséges, ugyanakkor kétségtelen, hogy a hibákból, félresiklott esetekből legalább annyit tanul az ember, mint a hibátlan tankönyvi példákból.

Hozzáférhetőségi heurisztikának nevezzük azt nem szigorú logikai úton levont következtetést, amikor egy esemény gyakoriságát, valószínűségét annak alapján becsüljük meg, hogy a vele kapcsolatos információk mennyire hozzáférhetőek

számunkra, milyen gyakran találkozunk vele, mennyire könnyen idézzük fel az emlékét. A szakmai fórumok, irodalmak tipikusan olyan információforrások, melyek révén könnyen a hozzáférhetőségi heurisztika áldozatává válhatunk: a kezdő szakember számára könnyen túlzottan optimista képet festhetnek, az intervenció sikereinek túlbecsülésére sarkallhatnak. Ha pedig a segítő túlzott elvárásokkal fog a segítői munkába, nagyon hamar a kiégéshez vezető úton találja magát.

13.2. A KUDARCOK LEHETSÉGES OKAI

A segítő célú beavatkozások kudarcának számos lehetséges oka van. Mielőtt azonban ezeknek részleteibe mélyednénk, fontos átgondolni, mit is tekintünk kudarcnak – például a mentális zavarokkal küzdők ellátása terén. Vannak ugyanis olyan pszichiátriai zavarok, illetve bizonyos zavarok olyan szintjei, melyeknél mai tudásunkkal és eszközrendszerünkkel nem tudunk érdemi állapotjavulást elérni. Mi tekinthető sikerknek ezekben az esetekben - és mi kudarcnak? A meglévő állapot fenntartása, a további életminőség-romlás megakadályozása? – A pszichológiai felmérés, értékelés irányulhat például annak eldöntésére is, hogy az adott helyzetben milyen terápiás előjelek azonosíthatók, várható-e jelentős terápiás hatás a pszichoterápiától, illetve terápiás lehetőségek mely formái kecsegtetnek leginkább eredménnyel.

Kudarcnak tekinthető például a terápia megszakadása, a páciens kihullása az ellátórendszerből. Míg a gyermekpszichiátriában a szülői felügyeletet gyakorló felnőtt felelőssége a kezelésben való együttműködés, addig a felnőtt ellátásban általában cselekvőképes kliens motivációján, döntésén múlik, hogy kooperál-e a szakmai teammel, javaslataikat elfogadja-e. Vannak persze olyan, jellemzően veszélyeztető helyzetek, amikor a szakemberek elengedhetetlennek tartják akár az osztályos felvételt, akár a terápiát, az érintett azonban nem működik ebben együtt – minden esetben komoly etikai kérdéseket vet fel, hogy milyen körülmények között és mennyi ideig tartható bent az ellátásban akarata ellenére (pl. bírósági szemle alapján született határozattal; l. [Tájékoztató a pszichiátriai betegek jogairól](#)).

Ha nem is a pszichiátriai beteg ellátásban tartása a tét, a kezelés részleteit illetően segítő szakember könnyen ütközhet ellenállásba mind a páciens, mind a családja részéről. Az ellenállás lehet direkt, amikor az érintett vagy családja nem fogad el egy terápiás javaslatot, és indirekt, amikor a látszólagos együttműködés dacára burkolt formában, akár tudatos, akár tudattalan módon (pl. gyógyszerbevétel elfelejtése) szembemegy a javaslatokkal, megállapodásokkal (gyenge terápiás [compliance](#)).



13.3. KOMMUNIKÁCIÓ A PÁCIENSSSEL, AZ ELLENÁLLÁS OLDÁSA

Amikor a segítő ellenállással találkozunk, kulcsfontosságú, hogy megpróbálja megérteni annak eredetét: a páciens, illetve a család ellenállása az esetek többségében információhiányból, illetve a helyzettel, a diagnózissal, a kezeléssel, a következményekkel stb. kapcsolatos félelmekből táplálkozik. Az együttműködés egyik alappillére a megfelelő rapport, bizalom kialakítása a pácienssel; a jó kapcsolat önmagában nem cél és nem biztosítéka a terápiás változásnak, de eszköz a kooperáció megnyeréséhez (Berg, 1995). Ha a segítő szakember bele tud helyezkedni a segítségkérő helyzetébe, és képes megérteni és elfogadni félelmeit, akkor nagyobb eséllyel tudja oldani is azokat, a közös cél kialakítása érdekében.

Mindenekelőtt rendkívül fontos a megfelelő edukáció: az érintettnek tisztába kell lennie helyzetével, lehetőségeivel; és ez különösen igaz a pszichiátriai ellátásban. Diagnózistól függetlenül lényeges előfeltétele a kezelésben való együttműködésnek a **betegségbelátás, vagyis** hogy a beteg tudatában legyen problémájának és értse is azt. Az információátadás során mellőzni kell a szakkifejezéseket, s meg kell győződni arról, hogy a másik fél teljesen megértette a közölni kívánt üzenetet. A betegnek ismernie kell diagnózisát, annak pontos jelentését, a terápiás alternatívákat és várható eredményüket, a jövőbeli kilátásokat; kiváltképp, ha egyébként is stigmatizáló és/vagy a köznyelvben tévesen használt, sok félreértés övezte diagnózisról van szó.

Nem várható például megfelelő compliance olyan szkizofrén betegről, aki nincsen tisztában a betegség orvosi jelentésével, s ennél fogva diagnózisát tévesnek vagy megalapozatlannak véli (Bitter, Fehér, Tényi, & Czobor, 2015). A betegségbelátásnak különféle szintjeit különböztetjük meg, ezek különféle mértékben befolyásolhatják a páciens adherenciáját, „terápiahűségét”. Inadekvát morbus tudatról beszélhetünk, ha a betegségbelátás teljesen hiányzik, a páciens tagadja fennálló nehézségeit. Részleges betegségbelátás esetében nagyrészt rálátása van problémáira, de ezeknek különféle külső, illetve nem valós okokat tulajdonít (pl. szomatikus problémák, kapcsolati, családi tényezők stb.). A tényleges betegségbelátásnak is többféle aspektusával találkozhatunk: az értelmi belátás esetén a páciens tisztában lehet állapotával, diszfunkcióinak okaival és esetleges következményeivel, de mindez nem motiválja változásra, nem köteleződik el mélységében a terápia irányában. Tipikus példa lehet erre az az anorexiás beteg, aki elfogadja, hogy állapota betegség, és tudja, hogy potenciálisan életveszélyes kórképről van szó, akár formálisan kooperálhat is a kezelés menetében, ugyanakkor nem tudja elfogadnia súlygyarapodást mint terápiás célt, nem motivált az étkezési zavarból való gyógyulásra. A valódi emocionális belátás a betegségbelátásnak az a szintje, amikor a tényszerű tudás mellett megjelenik a változásra való motiváció komponense is.

A pácienssel végzett terápiás munka irányulhat tehát a betegségtudat kialakítására, a betegségbelátás javítására is – mindez a terápiában való együttműködés valószínűségét növeli. Hogy ez mennyire lehet sikeres, az nagymértékben múlik a mentális zavar természetén is – pl. szkizofrénia, személyiségzavar, étkezési zavar

esetén lényegesen nehezebb a betegségbelátás elérése, mint mondjuk egy jelentős szenvedésnyomással járó depresszív állapot esetén. Részleges belátás esetén is kitűzhetőek ugyanakkor olyan, a páciens számára is elfogadható részcélok, melyek apróbb, zavaró jelenségekre, diszfunkciókra, kísérő tünetekre irányulnak.

Számos olyan apró kommunikációs technika létezik, mely tudatosan alkalmazható a kliensekkel végzett munkában, s amelyek segítik a bizalom elnyerését. A teljesség igénye nélkül álljon itt néhány hasonló eszköz:

- Segítheti a rapport kialakítását, egyfajta „tükröző” funkció révén, ha a beszélgetés során igyekszünk a páciens kifejezéseit használni egy-egy helyzet leírására. Visszajelezhető vele, hogy odafigyelünk rá, és megpróbáljuk megérteni a helyzetét.
- Szintén a megfelelő figyelem jele, ha a páciens által elmondottakat (ez lehet kevésbé jól szervezett, csapongó beszámoló is) összefoglaljuk, elismételjük, a lényegyet kiemelve, s kérve a visszajelzését, hogy valóban jól értettük-e a problémát.
- A nyílt konfrontációnál lényegesen előremutatóbb, ha ítékezés nélkül elfogadjuk a páciens álláspontját egy-egy kérdésben; ugyanakkor kérhetünk és nyújthatunk további információt, rávezetve őt egy-egy ellentmondásra, vagy rávilágítva egy újabb, eddig figyelmen kívül hagyott alternatívára. Jó megoldás lehet a páciens segítségét kérni a helyzet megértésében – ezzel kompetensnek ismerjük el saját problémáiban, ugyanakkor önreflexióra, mélyebb átgondolásra sarkallhatjuk.
- Próbálnunk kell alkalmazkodni a páciens gondolkodásához, működéséhez, ahelyett hogy ezt az alkalmazkodást tőle váránk el.
- Nagyon fontos, hogy őszinte, hiteles pozitív visszajelzéseket tudjunk adni – még akkor is, amikor nagyon nehéz megtalálni egy erőforrásokat. Ha például egy szülő attitűdje terápiával szemben ellenséges, működéséhez esetleg hozzájárul a gyermek nehézségeihez, patológiájához – de a szülő ott van a konzultációs helyzetben, akkor lényegesen elismernünk ezt az erőfeszítést, motivációját arra, hogy segítse gyermekét, vissza kell jeleznünk, hogy értékeljük, mennyire szereti őt, hogy kész megvédeni és küzdeni érte stb. Vegyünk észre minden előremutató gesztust, változást, az együttműködési hajlandóság jeleit!
- Próbáljuk saját magunk számára körvonalazni, hogy mi a páciens motivációja az adott helyzetben, mik az aggodalmai, milyen problémamegoldó stratégiái, illetve erőforrásai, korábbi sikerei vannak, és milyen magyarázatokat ad a kialakult helyzetre! A felismert félelmeket jelezzük vissza, igyekezzünk megkeresni azokat a tényezőket, melyek növelnék a páciens biztonságérzetét (ebben kérhetjük a segítségét is – mi nyugtatná meg, mi oszlatná el az aggodalmát stb.).
- A megfelelő rapport, bizalmi légkör kialakítása alapot teremthet a terápiás változásra, arra, hogy a segítő befolyásolni, modifikálni tudja a páciens viselkedését, megoldásmódjait, gondolkodását, akár fokozatos konfrontáció útján.

Tekintsük meg a neves amerikai pszichológus, Carl Rogers 1965-ös [interjúját](#) Gloria nevű páciensével! A fenti kommunikációs megoldásokra milyen példákat találhatunk a felvételen? Hogyan építi a kapcsolatot Rogers, miként igyekszik megérteni a hallottakat, és hogyan tükrözi ezt vissza (Wickmann & Campbell, 2003)?

Különösen nehéz a helyzet olyan páciensekkel, szülőkkal, családokkal, akik nem, vagy nem egészen önszántukból kerülnek az ellátásba, hanem külső kényszerítő tényezők nyomására (iskola, családsegítő vagy gyermekvédelmi szolgálat, igazságszolgáltatás stb.). Ilyenkor a helyzet eleve fenyegető vagy büntető lehet számukra, a szakembernek nem segítő, hanem számonkérő, kontrolláló szerepét észlelhetik, ami szélsőségesen defenzív vagy támadó attitűdöt válthat ki belőlük. Ahogy Insoo Kim Berg írja:

„a közösséget képviselő rendszer (pl jogi, orvosi vagy szociális) «hívatlanul betolakszik», és lényegében a más, kisebb rendszer [ti. család] túlélését fenyegeti azáltal, hogy megmondja nekik, valamit rosszul csinálnak, és megköveteli, hogy változtassák meg nézeteiket és elvárásaikat”⁹.

Ezekben az esetekben is tehet a szakember az bizalmi légkör kialakításáért, az együttműködési motiváció erősítéséért. Azonnali direkt konfrontáció helyett próbáljuk megérteni a páciens vagy a család működés módját – bármennyire patológiás vagy diszfunkcionális is, eddig valahogyan segítette a problémamegoldást és túlélést. Ha rögtön meg akarjuk változtatni vagy el akarjuk venni a páciensről, az komoly fenyegetést jelenthet rá nézve. Fejezzük ki abbéli meggyőződésünket, hogy kompetens életének irányításában, a megfelelő változások megtételében a problémák megoldásában. Keressük meg a múltbeli sikereket, illetve a jelenbeli apró eredményeket, dicsérjük meg a páciens, és közösen kutassuk fel az eredmények okait! Ha a megoldási mód nem eredményes, akkor a mögötte álló pozitív motivációt kell felfedeznünk, elismernünk.

Előfordulhat, hogy a páciens vagy családtagja haragjával, dühével, fenyegető attitűdjével kell szembenéznünk. A segítőnek – a saját biztonságához szükséges objektív feltételeinek megteremtésén túl - ilyenkor is kommunikációs megoldásaira kell leginkább odafigyelnie. Fontos, hogy a szakember ne vonatkoztassa magára ezt az indulatot, s ne a személyes megtámadottság pozíciójából reagáljon. Teret adhat a páciensnek a verbális indulatkifejezésre, jelezve, hogy elfogadja és érti haragját, de nem azonosul annak tárgyával. A negatív indulatok ilyen odafigyelő, nem konfrontáló

⁹ Berg, I. K. (1995): Konzultáció sokproblémás családokkal. Családterápiás sorozat 5. Animula Kiadó, Budapest; 51. o., fordította: Biró Sándor

megtartása segíthet a másik fél lecsillapodását, s ezt követően ismét sor kerülhet a pozitív motivációk, a kompetencia elismerésére, illetve az indulat mögött munkáló félelmek oldására.

Az aktuális frusztráción túl az ellenségesség háttérben természetesen állhat páciens vagy akár valamely családtagjának mentális zavara, ami nehezítheti a kommunikációt és az együttműködést. Vannak olyan esetek, amikor a legtürelmesebb, legfelkészültebb szakembernek sem sikerül „utat találnia” a klienshez, megnyerni őt az együttműködésre. Az ilyen kudarcok esetében az okok objektív mérlegelése mellett fontos szem előtt tartanunk, hogy mind az ellátórendszernek, mind a szakembernek megvannak a korlátai, melyek bizonyos feltételek mellett tágíthatók, de nem szüntethetők meg teljesen, létüket el kell fogadnunk.

13.4. HÁLÓZATI ÉS TEAM SZINTŰ MŰKÖDÉSI ZAVAROK

Mint bármely más rendszerben, a pszichiátriai betegek ellátásában résztvevő hálózat, illetve kezelési team esetében is óhatatlanul jelentkezhetnek rendszer szintű diszfunkciók, kommunikációs problémák – ezek önmagukban hozzájárulhatnak egy-egy terápiás kudarchoz. Emiatt is kiemelt fontosságú, hogy egy-egy sikertelennek érzett eset megvitatására sor tudjon kerülni – valamennyi szereplő közös felelőssége, hogy a rendszer szintű gátló tényezőket felismerjék, és változtatásukban aktív szerepet vállaljanak. Ennek alkalmas terepét jelenthetik a rendszeres intervíziós, illetve szupervíziós, esetmegbeszélő fórumok, a rendszer működésének fejlesztésére irányuló szakmai fórumok.

13.5. KIÉGÉS

Egyértelműen a legsúlyosabb teljesítménykrízisek közé kiégés- vagy burn-out szindróma, amit túlterhelés, fokozott érzelmi megterhelés, de az egyhangúság, monoton munkafeltételek egyaránt provokálhatnak (Hajduska, 2010). Három tipikus tünetcsoportja az érzelmi kimerülés, az elidegenedés-elszemélytelenedés és empátiára való képtelenség, valamint a teljesítménycsökkenés. Különösen segítő foglalkozásúaknál nagy a veszélye annak, hogy a kezdeti túlzott elvárások, megalapozatlanul optimista, irreális célkitűzések után elmaradnak az eredmények vagy a visszajelzések, s a lelkesedés átcsap fásultságba, kiábrándulásba, közönybe, a célok megkérdőjeleződnek, és kialakul az apátia fázisa. Már csak emiatt sem lehet eléggé hangsúlyozni a segítő szakember saját pszichés egészségvédelmének fontosságát, a rendszeres szupervízió és egyéb burn-out prevenciós intervenciók szükségességét!

A kiégés leghatékonyabb terápiája maga a megelőzés, s különösen fontos, hogy jeleit időben felismerjük.



ÖSSZEFOGLALÁS

A pszichiátriai betegekkel végzett munka minden esetben magában hordozza a kudarc lehetőségét, aminek gyakoriságát hajlamosak lehetünk alulbecsülni, illetve kudarcként megélni a várt javulás vagy előrelépés elmaradását. Fontos tehát mérlegelni, hogy mely esetben mit tekinthetünk egyáltalán sikernek, illetve kudarcnak, milyen reális célkitűzéseink lehetnek egy-egy pácienssel való közös munkában. Az ellátási folyamatban számos nehézségünk adódhat, mind a szűkebb vagy tágabb rendszer nehézségeiből, mind a páciens helyzetének sajátosságaiból adódóan. A páciens vagy a család ellenállásának oldására számos kommunikációs technika létezik, melyek tudatosan alkalmazhatók az együttműködés kialakítására. A kiégés-prevenció szempontjából kulcsfontosságú, hogy a kudarcként megélt esetek feldolgozása, a tanulságok levonása megtörténhessen.

ELLENŐRZŐ KÉRDÉSEK

1. Az alábbiak közül melyik nem tünete a kiégésnek?
 - a. empátiára való képtelenség
 - b. felhangoltság
 - c. apátia
 - d. teljesítménycsökkenés
2. Az alábbiak közül melyik technika nem alkalmas a kliens ellenállásának oldására?
 - a. a pozitív motivációk elismerése
 - b. magyarázat kérése
 - c. nyílt konfrontáció
 - d. a kliens szóhasználatának átvétele



Fogalmak: hozzáférhetőségi heurisztika, betegségbelátás, compliance, burn-out

14. IRODALOMJEGYZÉK

- Arany, Z. K. (2017). *Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai és addiktológiai ellátók helyi interdiszciplináris kapcsolattartását, szakmai hálózatépítését támogató szakmai útmutató*. Budapest: Állami Egészségügyi Ellátó Központ.
- Arany, Z., Kakuszi, S., Máté, Z., & Szabó, K. (2017). *Gyermek- és Ifjúságpszichiátriai és addiktológiai ellátók helyi interdiszciplináris kapcsolattartását, szakmai hálózatépítését támogató szakmai útmutató*. Budapest: EFOP-2.2.0-16-2016-00002 Gyermek és ifjúságpszichiátria addiktológiai és mentálhigiénés ellátórendszer; Állami Egészségügyi Ellátó Központ.
- Bateson, G. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science*.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*.
- Berg, I. (1995). *Konzultáció sokproblémás családokkal*. Budapest: Animula.
- Bitter, I., Fehér, L., Tényi, T., & Czobor, P. (2015). Treatment adherence and insight in schizophrenia. *Psychiatria Hungarica*.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Family Therapy*.
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Conners, C. K., Sitarenios, G., Parker, J. D., & Epstein, J. N. (1998). The revised Conners' Parent Rating Scale (CPRS-R): factor structure, reliability, and criterion validity. *Journal of Abnormal Child Psychology*.
- Delvenne, V. (2016. september). New Perspective in Child and Adolescent Psychiatry. (28(1)), 63-65.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Benjamin, L. S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. Washington D. C.: American Psychiatric Press, Inc.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. (2002). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P)*. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Füredi, J., Németh, A., & Tariska, P. (2009). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Goodman, R. (1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.
- Hajduska, M. (2010). *Krízislélektan*. Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.

- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1951). *The MMPI Manual*. New York: The Psychological Corporation.
- Henderson, S. W., & Martin, A. (2014). Case formulation and integration of information in child and adolescent mental health. In J. M. Rey (Szerk.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Hilgard, E. R., & Marquis, D. G. (1940). *Conditioning and Learning*. New York: Appleton-Century.
- Jané-Llopis, E., & Anderson, P. (2006). *Mental health promotion and mental disorder prevention across European Member States: a collection of country stories* (2nd. kiad.). Luxembourg: European Communities.
- Jármí, É. (2015). *Iskolai bántalmazás megelőzésére és bántalmazást elutaító csoportnorma kialakítására irányuló gyakorlatsor és alkalmazási útmutató*. Budapest: Oktatókutató és Fejlesztő Intézet.
- Jármí, É., Péter-Szarka, S., & Fehérpataky, B. (2012). *A KiVa-program hazai adaptálásának lehetőségei*. Budapest: Oktatókutató és Fejlesztő Intézet.
- Kazak, A. E. (2010. Febr-Mar). A meta-system approach to evidence-based practice for children and adolescents. *American Journal of Psychology*(65(2)), 85-97.
- Komlósi, P., & Buda, B. (2009). Családi tanácsadás és terápia. In É. Kulcsár (Szerk.), *Tanácsadás és terápia* (old.: 165-194). Budapest: ELTE Eötvös Kiadó.
- Kovács, K. (2008). Intelligencia. In V. Csépe, M. Győri, & A. Ragó (szerk.), *Általános Pszichológia 3.: Nyelv, tudat, gondolkodás* (old.: 422-471). Budapest: Osiris.
- Kovács, M. (1985). The Children's Depression Inventory. *Psychopharmacology Bulletin*.
- Laye-Gindhu, A., & Schonert-Reichl, K. A. (2005). Nonsuicidal Self-Harm Among Community Adolescents: Understanding the "Whats" and "Whys" of Self-Harm. *Journal of Youth and Adolescence*.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). Coping and adaptation. In W. Gentry (Szerk.), *The handbook of behavioral medicine* (old.: 235-312). New York: Guilford.
- Lidz, T., Cornelison, A. R., & Fleck, S. (1965). *Schizophrenia and the family*. New York: International Universities Press.
- Mérei, F. (2002). *A Rorschach-próba*. Budapest: Medicina.
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mórotz, K., & Perczel Forintos, D. (2006). *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Murray, H. (1943). *Thematic Apperception Test*. Cambridge, MA, US: Harvard University Press.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Self-harm*.

- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: recognition and treatment*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2011). *Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2013). *Psychosis and schizophrenia in children and young people: recognition and management*.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management*.
- O'Loughlin, K., Althoff, R. R., & Hudziak, J. J. (2017). Health promotion and prevention in child and adolescent mental health. In J. Rey (Szerk.), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
- Odegard, A. B. (2012). The Family as Partner in Child Mental Health Care: Problem Perception and Challenges to Collaboration. (21(2)), 98-104.
- Oláh, A. (1995). Coping strategies among adolescents: a cross cultural study. *Journal of Adolescence*.
- Pikó, B., & Hamvai, C. (2012). Stressz, coping és reziliencia a korai serdülőkorban. *Iskolakultúra*.
- Polcz, A. (1999). *Világjáték*. Budapest: Pont Kiadó.
- Raven, J., Raven, J. C., & Court, J. H. (2003). *Manual for Raven's Progressive Matrices and Vocabulary Scales*. San Antonio, TX: Harcourt Assessment.
- Salmivalli, C. (2010). Bullying and the peer group: A review. *Aggression and Violent Behavior*.
- Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1974). The treatment of children through brief therapy of their parents. *Family Process*,
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., . . . Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Sherril, J. T., & Kovács, M. (2000). Interview Schedule for Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Stone, A. A., & Neale, J. M. (dátum nélkül.). Nem measure of daily coping: Development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*.
- Szónyi, G., & Füredi, J. (2000). *A pszichoterápia tankönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Sztanó, F., Rész, K., & Pászthy, B. (2007). Az evészavarok családi kockázati és protektív tényezői. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*.

- Várnai, A., Németh, A., & Zakariás, I. (2009). *Kortárs bántalmazás és verekedés a magyar iskoláskorúak körében*. Budapest: Országos Gyermekegészségügyi Intézet.
- Várnai, A., Zsíros, E., & Németh, Á. (2016). A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma. *Egészségfejlesztés*.
- Vass, Z. (2013). *A rajzvizsgálat pszichodiagnosztikai alapjai*. Budapest: Flaccus Kiadó.
- Vetró, Á. (2008). *Gyermek- és ifjúságpszichiátria*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt.
- Warren, M., Johnston, J., Ruffolo, F., Bustard, R., & Moran, K. (2014). *Multi-Sector Collaboration: Strengthening the Community-Based Mental Health Sector by Improving Coordination and Communication Across the Child Serving System*. Toronto: Children's Mental Health Ontario.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler adult intelligence scale - Fourth Edition (WAIS-IV)*. San Antonio TX: NCS Pearson.
- Wickmann, S., & Campbell, C. (2003). An analysis of how Carl Rogers enacted client-centered conversation with Gloria. *Journal of Counselig and Development*.
- World Health Organization. (2004). *Prevention of Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Geneva: WHO.

ÁBRAJEGYSZÉK

1. ábra: Az intelligencia normál eloszlása	29
2. ábra: Példa egy Raven-típusú mátrixra	30
3. ábra: Korszerű figyelemteszt.....	33
4. ábra: Világjáték	39
5. ábra: Felnőtt Négyfa-tesztje	41
6. ábra: Gyermek Négyfa-tesztje	41
7. ábra: KiVa online játékprogram	56



TÁBLÁZATJEGYZÉK

1. táblázat: A bio-pszicho-szociális modell összetevői.....	17
2. táblázat: A diagnosztikai formuláció	19
3. táblázat: A prevenció típusai és szintjei	59
4. táblázat: A prevenció tevékenységet befolyásoló kockázati és védőfaktorok ...	60

FOGALOMTÁR

Anamnézis: A szomatikus és pszichiátriai kórtörténetet, a biográfiai adatokat, fontosabb életeseményeket összefoglaló rövid leírás.

Appercepció: felfogás; a külvilágból érkező észleletek illesztése a már meglévő tudattartalmakhoz, korábbi ismeretekhez, az perceptuális benyomások jelentéstelivé tétele.

Betegségbelátás: a páciens tudása saját betegségéről, diagnózisának ismerete és elfogadása. Beszélhetünk részleges (a nehézségek egy részével vagy egészével tisztában van, de okaikat hátrítja), értelmi (az objektív tényeket és lehetséges következményeket ismeri, de nem motivált változásra, nem von le következtetéseket a jövőre nézve) és emocionális belátásról (a probléma súlyt felméri, motivált a változásra).

Bio-pszicho-szociális szemlélet: a mentális rendellenesség vizsgálatakor multikauzális, vagyis biológiai, pszichológiai és szociális okokat egyaránt magába foglaló háttér feltételezése, elemzése.

Bullying: Egy vagy több személy által elkövetett, rendszeresen ismétlődő, szándékos bántalmazás, ahol az elkövető és a sértett között jelentős erőviszonybeli különbség van (akár fizikai, akár hatalmi értelemben).

Burn-out (kiégés): fizikai-mentális-érzelmi kimerülés, az egyik legsúlyosabb teljesítménykrízis. Okai között szerepelhet a túlterhelés, a fokozott érzelmi megterhelés, az egyhangúság, a monoton munkafeltételek stb. Három tipikus tünetcsoportja az érzelmi kimerülés, az elidegenedés-elszemélytelenedés és empátiára való képtelenség, valamint a teljesítménycsökkenés.

Compliance: a beteg együttműködése a terápiás folyamatban.

Coping: a stresszhelyzetekre adott megküzdési válasz, a szituáció kontrollálására tett tudatos és célirányos erőfeszítés.

Cyberbullying: a bántalmazás azon formája, mely interneten keresztül, online, virtuális felületek zajlik, legtöbbször bántó, megalázó, fenyegető üzenetek, képek, videók rendszeres küldözgetése révén.

Családi tanácsadás: olyan célirányos, fókuszált rendszerszemléletű intervenciók forma, melynek fókuszában a megelőzés, a családi rendszer egészséges működésének támogatása, fejlesztése áll.

Családterápia: a családi rendszer diszfunkcióinak, destruktív kommunikációs mintáinak megváltoztatását célzó, rendszerszemléletű terápiás megközelítés.

Deviációs IQ: Donald Wechsler által alkotott fogalom, mely az intellektuális készségek normál eloszlását veszi alapul, és az adott populáció teljesítményéhez viszonyítva fejezi ki az egyén mentális nívóját.

Diszkrimináció: a generalizációval ellentétes folyamat, a folyamatot jelzi, mely során a hasonló, de nem azonos ingerek megkülönböztethetővé válnak.

Double-bind kommunikáció: Az a kommunikációs helyzet, amikor a különböző kommunikációs csatornákon – verbális, nonverbális – keresztül egyidejűleg egymással ellenmondó üzenetek érik el a másik felet.

Epikrízis: A kórrajz lényeges információinak rövid összefoglalója.

Érzelemfókuszú coping: a megküzdés olyan formája, mely a stresszrel kapcsolatos negatív emóciók kontrollálását, megváltoztatását célozza.

Esetformuláció: a biológiai, pszichológiai, szociokulturális faktorok összességéből felállított eset elemzést jelenti, szemléletmód és eszköz is egyaránt.

Fluid intelligencia: korábbi tanulmányoktól, ismeretektől független képesség, mely segítségével ismeretlen, újszerű problémahelyzeteket oldunk meg.

Generalizáció: az a hajlam, hogy hasonló ingerre ugyanúgy reagáljon a személy.

Heteroanamnézis: A betegről, betegség alakulásáról adatokat nyújtó, egyéb személy elmondása alapján történő információt tartalmazza.

Hozzáférhetőségi heurisztika: az a nem szigorú logikai úton levont következtetés, amikor egy esemény gyakoriságát, valószínűségét annak alapján becsüljük meg, hogy a vele kapcsolatos információk mennyire hozzáférhetőek számunkra, milyen gyakran találkozunk vele, mennyire könnyen idézzük fel az emlékét.

Ingerelárasztás: a személyt ismételten kitesszük annak az ingernek, amelytől fél, és elkerülő viselkedését gátoljuk. Szorongásredukcióra, fóbiákban a módszer hatékonynak bizonyul.

Instrumentális (operáns) kondicionálás: az operáns elnevezés onnan ered, hogy a környezetre gyakorolt hatásban ragadható meg a viselkedésmód lényege (pl. kiéheztetett állat szabadon mozog a ketrecében, egy pedálra rálépve juthat élelemhez). Azt az eseményt, ami az operáns viselkedésben a választ követi, és amely a továbbiakban döntően befolyásolja a válaszok alakulását, megerősítésnek illetve büntetésnek nevezzük aszerint, hogy megjelenése növeli, avagy csökkenti a válasz valószínűségét.

Intermittáló megerősítés: a megerősítés nem minden egyes, hanem csak bizonyos gyakoriságú vagy intenzitású viselkedés esetén jelenik meg.

Kioltás: amennyiben a feltételes ingert ismételten a feltétlen inger nélkül prezentáljuk, akkor a kondicionált reakció gyengülni fog, majd később nagy eséllyel el is tűnik. Nem minden pszichopatológiai jelenség esetén érvényesül a kioltás hatása, pl. a szorongás esetében annak hatására az egyén olyan viselkedésformát alakít ki, mely a kioltódás természetes folyamatait akadályozza.

Klasszikus kondicionálás: egyfeltétlen reflex (pl. nyálelválasztás) egy, a reflexet kiváltó feltétlen ingerrel (pl. étel) ismétlődően és egyidejűleg megjelenő, eredetileg neutrális inger, pl. csengőszó) hatására is kiváltódik. A klasszikus kondicionálás során egymástól távoli, különböző szinteken megjelenő ingerek is egymás kölcsönös jelzőivé válhatnak. Általában véve nem egy adott inger, hanem annak egész osztálya, jelentéskörnyezete válhat lényegessé, egyenrangúvá bizonyos reakciók kiváltása szempontjából.

Klinikai kérdés: a pszichiáter szakorvos által a páciens tüneteinek alapján megfogalmazott kérdés, mely segíti a pszichológust a megfelelő vizsgálati eszközök megválasztásában, illetve abban, hogy a begyűjtött adatokból kiválassza a páciens aktuális nehézségei, diszfunkciója szempontjából releváns tartalmakat.

Magasabb rendű kondicionálás: valamilyen feltételes ingerre kialakított feltételes válasz kondicionálható más feltételes ingerekhez is, anélkül, hogy az utóbbi valaha is társult volna a feltétlen ingerhez (pl. ha a csengő hangjával egy időben egy háromszög alakzatot mutatunk, akkor az ingerre ugyanúgy kiváltható a nyálelválasztás).

Magatartás: magában foglalja a külső magatartást (viselkedés; a megfigyelhető és leírható külső megnyilvánulások, vagy ezek hiánya), illetve a belső magatartást (szellemi tevékenység, ez alatt a külső megfigyelő által nem érzékelhető információ-, ismeretfeldolgozó folyamatokat [érzékelés, gondolkodás], az ezeket kísérő szubjektív élményeket [érzelem], a cselekvéseket döntő módon meghatározó diszpozíciókat [motivációk, attitűdök] értjük).

Magatartásterápia: a kognitív és viselkedésterápiák összefoglaló neve.

Maladaptív coping: a stresszel való megküzdésnek azon formája, mely nem segíti a körülményekhez való alkalmazkodást, esetleg kimondottan destruktív következményekkel jár, egyes esetekben hosszú távon mentális zavarok kialakulásához vezethet.

Mentális kor: pszichológiában használatos mutatószám, mely a tényleges, biológiai életkorral szemben az egyén intellektuális fejlettségi szintjét fejezi ki.

Negatív megerősítés: valamely viselkedés képes felfüggeszteni vagy csökkenteni a negatív eseményt (pl. vakarózás megszünteti a viszkető érzést).

Obszervációs vagy modelltanulás: számos készség, szokás, félelem vagy annak redukciós módja elsajátítható utánnal. Minél nagyobb a modell presztízse és elfogadottsága, annál hatékonyabb a modelltanulás.

Pozitív megerősítés: a viselkedés következményeként jelenik meg valamely, az egyed számára kedvező esemény (pl. pedál megnyomásával ételhez jut az állat).

Problémafókuszú coping: a megküzdés olyan formája, mely az objektív körülmények megváltoztatását, a problémahelyzet megoldását célozza.

Projektív teszt: olyan személyiségvizsgáló módszer, amely során a vizsgált személynek homályos, bizonytalan, nem egyértelmű ingerekre kell válaszolnia; alapelve, hogy ebben a helyzetben a személy válasza nem annyira a bemutatott ingert

sajátosságait fogja leírni, sokkal inkább saját rejtett érzelmeit, belső konfliktusait vetíti a bemutatott projektív felületre.

Rendszerszemlélet: általánosságban a több részből és alrendszerből felépülő, összetett társadalmi, mechanikai és élő rendszerek vizsgálata; specifikusan a – jellemzően családokkal foglalkozó – terápiás irányzatok azon alapelve, hogy a rendszer egésze több és minőségében más, mint a részek puszta összessége. A családi rendszert sajátos szerkezet és működési szabályok, illetve kölcsönhatások dinamikája, körkörös oksági kapcsolatok jellemzik.

Rumináció: szó szerint: „kérődzés”; a problémán való visszatérő, passzív, a probléma megoldását nem szolgáló rágódás.

Státusz: az adott szakterület alapján szükséges a leírása, részletesebb összefoglalója a szakterülethez tartozó eredményeknek, tapasztalatoknak, adatoknak. A vizsgálatkor, az aktuális állapotot tükröző (normál és patológiás egyaránt) keresztmetszeti jelenségek leírása.

Stimuluskontroll: az egyén egy úgynevezett diszkriminatív inger jelenlétében, illetve hiányában különféle módon viselkedik; a stimuluskontroll a viselkedésbefolyásolás módja a diszkriminatív inger segítségével.

Tanulás: az egyed válaszreakciójának módosulása. Ennek két módja lehet: valamely inger hatására új válasz jelenik meg, vagy valamely válasz új ingerfeltételek hatására változik ki.

Terápiás terv: a felmerülő biológiai, szocio- és pszichoterápiák.

Tünethordozó (index páciens): a rendszerszemléletű megközelítés szerint a család azon tagja, aki tünete révén megjeleníti, a külvilág felé metaforikusan kommunikálja a teljes családi rendszer diszfunkcióját.

Tútelítődés: a megerősítők olyan mennyiségben özönlének a személyre, hogy már eltelik velük, megunja azokat. Ekkor averzív ingerré válhatnak, és így a viselkedés megjelenésének gyakorisága csökken.

Viselkedés: viselkedésnek nevezzük azokat az idegrendszer által szervezett reakciókat, válaszokat, amelyek a külső és belső ingerkörnyezetből származó ingerfeltételek, információk hatására alakulnak ki. Ez alapján tehát gyakorlatilag egy válasz, de a válasz visszahat a környezetére, megváltoztatja az ingerfeltételeket és új dinamikus kapcsolat alakul ki az egyén külső és belső világa között.

Viselkedésfelépítés (shaping): elemibb viselkedési egységek összekapcsolásával és megfelelő téri-idői szervezésével komplexebb viselkedésmódok (pl. öltözködés, étkezés, beszéd) felépítése. Viselkedéslánc kiépítésénél a lánc végén kell kezdeni a megerősítést, mert akkor ez a végső megerősítő facilitálja az egész cselekvéssorozatot.