

Kedves Hallgatók!

Az alábbiakban a második félév demonstrációjához és a pszichiátriai tételsor pszichológiai témaköreire készített segédanyagot olvashatják. A számonkérés alapvetően a tankönyv alapján zajlik, az általunk összeállított anyag a tanulást segíti elő, a tankönyvet csak kiegészíti.

3. Áttétel és viszontáttétel az általános orvosi gyakorlatban (MF)

Áttétel: Az a folyamat, amelynek során a gyermekkor meghatározó jelentőségű személyei – elsősorban a szülők és a testvérek - iránti tudattalan érzelmek, vágyak, késztetések és viszonyulások az élet későbbi szakaszaiban hasonló viszonytípus keretében aktualizálódnak. Ilyen például a tekintélytisztelet, az inceszt kötődés, a rivalizálás, a félelem az autoritástól, az ellenállás az autoriter személlyel szemben, a testvérféltékenység.

A szülőkhöz való viszonyulást az orvos-beteg, a tanár-tanítvány, a pszichoterapeuta-páciens, vagy a mindennapi életben a főnök-beosztott kapcsolat is könnyen aktualizálja.

A személy többnyire nincs tudatában annak, hogy ismétlődésről van szó, kizárólag az aktuális kapcsolathoz tartozónak tekinti.

Ha az áttételeket két nagy csoportba soroljuk, pozitív és negatív áttételeket különböztetünk meg. A pozitív áttételeket a terápiás gyakorlatban kizárólag a gyógyítás érdekében használjuk fel (nem terjedhet át a magánéletre), a negatív áttételek nehézséget jelentenek, ezért oldásuk a beteg belátására építve bizonyos mértékig nélkülözhetetlen. Az orvos-beteg kapcsolatban (a pszichiátriát kivéve) értelmezésre nincs lehetőség, ezért az orvosnak nagy türelemmel kell viszonyulnia betegéhez, hogy annak adherenciáját (elfogadását, egyetértését, kitartását és együttműködését) növelje.

Viszontáttétel: Az orvos, tanár, terapeuta stb. tudattalan reakcióinak összessége a betegével, tanítványával stb., különösen annak áttételével kapcsolatban. Ennek során szükséges magában tisztáznia, hogy a benne keletkező érzések, reakciók, viszonyulások adekvátak-e a személy megnyilvánulásaira, vagy a saját feldolgozatlan, többé-kevésbé tudattalan konfliktusai torzítják azokat. Ez utóbbi esetben elengedhetetlen az orvos önismereti munkája annak érdekében, hogy a beteggel való kapcsolata zavartalanabb, ezáltal gyógyító tevékenysége hatékonyabb legyen.

Ajánlott irodalom:

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1994) A pszichoanalízis szótára. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Ferenczi S. (1996) Klinikai napló 1932. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Kubie, L.S. (1971) Pszichoanalízis titok nélkül. In: Hidas Gy. (szerk.) A pszichoanalízis és modern irányzatai, Gondolat Kiadó, Budapest, 244-253. o.

4. Elhárító mechanizmusok (MF.)

Azok a műveletek, amelyekkel az én védi a személyiséget a kellemetlen, fájdalmas, szorongáskeltő vagy elfogadhatatlan élményekkel és belső impulzusokkal szemben, illetve amelyek segítségével ellenőrzést gyakorol az ösztönkésztetések, az érzelmek és a viselkedés felett.

Az elhárító mechanizmusoknak tehát kettős szerepük van: egyrészt megakadályozni a tudatosulást, másrészt kontroll alatt tartani a belső késztetéseket.

A fogalmat a pszichoanalízis használja, szinonimájának tekinthető az énvédő mechanizmusok megfogalmazás.

Az elhárító mechanizmusokat a személyiség központi része, az én működteti, amelynek vezérlő elve a realitáselv. Paradox módon az elhárító mechanizmusok éppen a realitáselvet sértik, mert a külső vagy belső valóság torzítását eredményezik. Szükséges rossznak tekinthetők. Nélkülözhetetlenek, mert nem vagyunk képesek mindent valóságként észlelni és megélni, pszichés integritásunk megőrzése érdekében kényszerülünk rájuk teljesen tudattalanul.

Különböző szerzők különböző számú elhárító mechanizmust különítenek el, ha azonban ezek közül valamelyik nem felel meg a fenti két kritériumnak, ne tekintsük ide tartozónak! Például az acting out, ami egy kontrollálatlan, impulzív, gyakran hetero- vagy autoagresszív cselekedet, a tudatosulást ugyan megakadályozza, de nincs szabályozó ereje sem az ösztönkésztetésekre, sem az érzelmekre, sem a viselkedésre.

Két nagyobb csoportba sorolhatók: éretlen és érett elhárítások. Az éretlenek a személyiségfejlődés legkorábbi szakaszában jelennek meg, és leggyakrabban az alapvető szükségletek súlyos és ismétlődő frusztrációinak hatására fixálódnak. Ide tartozik például a hasítás, tagadás, projekció, annullálás, idealizálás, devalválás, projektív identifikáció. Az érett elhárító mechanizmusok az én fejlettebb állapotában működnek: elfojtás, eltolás, reakcióképzés, izoláció, racionalizálás, kompenzálás, szublimálás, többek között.

Nem létezik tökéletes elhárítás, aminek következtében az elhárított tartalmak megmaradnak, a pszichés dinamikának szerves részét képezik, és manifesztációra törekednek. Mivel azonban a tudatosság felé el van zárva az útjuk, kerülőutakon, tünet formájában jutnak kifejeződésre. A pszichogén tünet mögött minden esetben találunk egy vagy több elhárító mechanizmust.

Például paranoid tünetképződésnél a projekció, hiszteriform tünetnél az elfojtás, kényszeres tünetnél az izoláció, fóbiánál az eltolás játszik meghatározó szerepet.

Ajánlott irodalom:

Freud, A. (1994) Az én és az elhárító mechanizmusok. Párbeszéd Könyvek, Dabas-Jegyzet Kft.

Laplanche, J., Pontalis, J.-B. (1994) A pszichoanalízis szótára. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Rycroft, C. (1994) A pszichoanalízis kritikai szótára. Párbeszéd Könyvek, Dabas-Jegyzet Kft.

Hamilton, N.G. (1996) Tárgykapcsolat-elmélet a gyakorlatban. Animula, Budapest, 44-80.

5. tétel: Az ingerelárasztásos terápia és a szisztematikus deszenzitizáció (TM)

Az **ingerelárasztásos módszer**, illetve a **szisztematikus deszenzitizálás** viselkedésterápiás módszerek, melyek azon belül is az **expozíciós technikák** csoportjába tartoznak.

Az **expozíció** elnevezés arra utal, hogy a beteget kontrollált módon a tüneteit kiváltó helyzetbe „helyezzük”, vagyis konfrontáltatjuk a tünetkiváltó ingerkörnyezettel. A szorongáskiváltó helyzettel való konfrontáció történhet képzeleti síkon vagy a valóságban is, illetve fokozatosan, kis lépésekben vagy azonnal is.

Szisztematikus deszenzitizálás:

A viselkedésterápia klasszikus módszere, melynek kidolgozása *Joseph Wolpe* nevéhez fűződik (1950-es évek). A módszer lényege, hogy a korábban szorongáskeltő helyzetet *relaxált állapottal* társítjuk, mely tulajdonképpen a szorongással ellentétes aktivitás. Ennek köszönhetően az adott helyzet szorongáskeltő potenciálja fokozatosan csökken. Az eljárást először fóbiás betegeknél alkalmazták, és manapság is ők jelentik az egyik fő célcsoportot.

A deszenzitizálás lépései:

1. *Relaxációs tréning*: Leggyakrabban a Jacobson-féle progresszív relaxációt alkalmazzák. A különböző izomcsoportokra kiterjedő relaxációs gyakorlatokat két ülés között a betegnek célszerű egyedül is gyakorolnia.
2. *Szorongáshierarchia összeállítása*: Először összegyűjtjük a beteg számára szorongáskeltő helyzeteket, majd ezeket témakörök szerint csoportosítjuk (pl. megszólalástól való félelem, utcai helyzet stb.), végül pedig az egyes témakörökön belül rangsoroljuk a helyzeteket a kiváltott szorongás mértéke, azaz súlyossága alapján. Általában 100-as szám jelöli a beteg számára legintenzívebb szorongással járó

helyzetet, míg a 0 azokra a szituációkra vonatkozik, amelyekben a beteg teljesen nyugodt tud maradni.

3. *A deszenzitizálás gyakorlata*: a következő lépésekben valósul meg:

- relaxáció
- a sorrendben legenyhébb inger exponálása
- újabb relaxáció
- következő szituáció elképzelése
- relaxáció, nyugalmi kép aktiválása

Ingerelárasztás:

„*Mélyvíz*”-*technikának* is nevezik, mert a deszenzitizálással szemben itt a fokozatosság helyett a beteget egyből a legintenzívebb szorongáskiváltó helyzettel szembesítik, illetve maga a konfrontáció általában tartós. A konfrontáció tartóssá tételére azért van szükség, hogy a szokásos elkerülő-menekülő reakciókat blokkoljuk, vagyis nem engedjük, hogy kilépjen a helyzetből. Ezáltal kénytelen szembesülni saját szorongásos reakcióval, míg végül megtapasztalja, hogy előzetes várakozásai ellenére nem következett be a feltételezett katasztrófa. Lényeges különbség a szisztematikus deszenzitáláshoz képest, hogy az ingerelárasztás során nem alkalmaznak szorongáscsökkentő technikákat, azaz pl. relaxációt vagy hipnózist.

Az ingerelárasztás is történhet *képzelti úton* (pl. kígyófóbia esetén képzelje el a beteg, hogy kígyókkal teli ágyába fekszik, érezze, ahogy végigcsúsznak a testén), vagy a *valóságban* (pl. kényszeres betegek nomád tábori körülmények között kénytelenek számukra szorongást provokáló ingerekkel érintkezni, vagyis nincs lehetőségük elkerülni azokat).

Ajánlott irodalom

Tringer, L.: A pszichiátria tankönyve. Budapest, Semmelweis Kiadó

Mórotz, K., Perczel Forintos, D.: Kognitív viselkedésterápia. Budapest, Medicina Könyvkiadó

6. A kognitív pszichológia központi elgondolása (AB, PI)

A kognitív pszichológia megszületése az 1950-es évekre tehető, hiszen az akkori társadalmi-történelmi kontextusban az informatika rohamosan fejlődni kezdett, így az elméleti keretei ezen tudományos fejlődéshez nagyban köthetők. A kognitív szemlélet tulajdonképpen a „tudás tudománya”, melynek vezértémája az **információfeldolgozás**. A pszichológia ezen irányzata a viselkedés mögött húzódó mentális, gondolkodási-érzelmi folyamatok vizsgálatával foglalkozik. Fontos alaptézisei közé tartozik, hogy az emberek viselkedése kifejezetten a mentális folyamatok tanulmányozásával érthető meg, illetve e folyamatok a viselkedés révén objektíven vizsgálhatók.

A kognitív szemlélet legfontosabb témakörei a **tanulás, a figyelem, az emlékezet, az intelligencia, a mentális reprezentációk¹, az észlelés és a nyelv**. Ezen konstruktumok vizsgálatára különböző **objektív tesztek**et (lásd. teljesítménytesztek pl. MAWI) alkalmaznak a szakemberek, melyek segítségével alaposabb képet kaphatunk az adott személy neurokognitív állapotáról.

A kognitív pszichológia terápiás módszere a **kognitív terápia**, mellyel leggyakrabban a **viselkedésterápia** jár együtt, a köztudatban **kognitív viselkedésterápiaként** ismert.

Az irányzat tanulásméleti alapokon nyugszik és abból a feltevésből indul ki, hogy a pszichológiai zavarok keletkezésében a nem adaptív kogníció, a kognitív torzítások játsszák a fő szerepet, így az egyén érzelmei és viselkedése jórészt annak megfelelően alakulnak, ahogy a személy a környezetét strukturálja, értelmezi. A pszichológiai zavarok kognitív elméletének három fő eleme van: a negatív automatikus gondolatok, a diszfunkcionális attitűdök és a tartós maladaptív sémák fenntartása. A **negatív automatikus gondolat** hirtelen jelenik meg, ismétlődik, tartalmában egyéni és gyakran torzított (pl. „Sosem fogadnak el az emberek.”). A **diszfunkcionális attitűdök** által a helyzeteket gyakran torzított feltételezésekkel tudjuk értelmezni, bár sokszor nem is tudatosan befolyásolja a viselkedést, így csak lassan változtathatók meg (pl. „Ha eleget teszek az elvárásaiknak, csak akkor fogadnak el.”). A **tartós maladaptív sémák** a személyiség mélyebb struktúrájában találhatóak meg, gyermekkorban alakulnak ki, ezeket a személy abszolút igazságként kezeli, rigidek, nehezen megváltoztathatók (pl. „Senki sem szeret.”). A terápia célja tehát ezen téves gondolkodásmódok, feltételezések, sémák korrekciója.

Ajánlott irodalom:

¹ **mentális reprezentációk:** A külvilág belső leképeződése az emberi emlékezetben.

Perczel-Forintos Dóra és Mórutz Kenéz (2010). *Kognitív viselkedésterápia*. Budapest: Medicina Könyvkiadó Zrt. 50-52. o., 189-194.o.

Pléh Csaba (2001). *A lélektan története*. Budapest: Osiris Kiadó.

Atkinson, R. L. és Mtsai. (1999). *Pszichológia*. Budapest : Osiris Kiadó. 547-565. o.

7. Humanisztikus pszichológia jellemzése, Rogersi alapelvek (RZs)

A pszichoanalízis és a behaviorizmus mellett jelent meg harmadik erőként a személyközpontú pszichoterápia, amely a humanisztikus pszichológiai irányzat központi pillére lett.

A *humanisztikus pszichológiai irányzat* elképzelése szerint minden személy egyedi és megismételhetetlen. Az egyén tudatosan él, döntéseket hoz, választ (azaz nem kiszolgáltatott például a tudattalan késztetéseinek). Viselkedése célorientált, alapvetően növekedésre, fejlődésre törekszik. Ha ez a növekedési, önmegvalósítási folyamat akadályba ütközik, akkor pszichopatológiai tünetek jelenhetnek meg.

A *személyközpontú pszichoterápia* a humanisztikus pszichológia alapelveire épít. Megalapítója és meghatározó alakja Carl **Rogers** volt. A módszer az 1940-es években indult az Amerikai Egyesült Államokból, Magyarországon pedig az 1960-as években jelent meg, majd a 80-as években kapott nagy lendületet, miután Rogers több alkalommal Szegedre látogatott.

A humanisztikus pszichológia által leírt emberképből kiindulva, a személyközpontú pszichoterápia célja az egyén növekedését gátló akadályok feltérképezése, elhárítása, valamint a személyben lévő erőforrások mozgósítása, hogy a páciens ezután saját fejlődésén tovább tudjon dolgozni. A terápia során a páciens képessé válik felismerni, majd felszámolni az esetleges személyiségfejlődést akadályozó tényezőket, differenciálni az érzéseit, reálisan értékelni és elfogadni önmagát (valós énképet kialakítani), az új tapasztalások felé nyitni, új viselkedésmódokat kipróbálni. Az üléseken mindig az „itt és most”-tal dolgoznak, azaz a jelenben megjelenő érzésekkel, reakciókkal, viselkedésmódokkal, nem pedig a múlt feltárásával, értelmezésével. A terapeuta ítéletmentes, elfogadó környezetet, támogató kapcsolatot biztosít, ő maga pedig hitelesen, kongruensen van jelen, ezzel teremti meg a fejlődés, az előrelépés lehetőségét.

Tehát a *rogersi alapelvek* érvényesülnek:

- empátia (egyfajta ráhangolódás a kliens gondolkodási keretére, aktuális érzelmi állapotára),
- a kliens feltétel nélküli elfogadása,

- a terapeuta hitelessége és kongruens jelenléte (önmagával összhangban, következetesen).

Ma már ez a fajta megközelítés nemcsak a pszichoterápia, hanem sok más segítő kapcsolat (a tanácsadás, a pedagógia, a lelkipásztori munka stb.) területén elterjedt.

Indikáció:

Emocionális feszültség, önkép- és élményzavar, beilleszkedési problémák, stresszkezelési nehézségek, életvezetési problémák, reaktív állapotok esetén javasolt. Pszichiátriai diagnózisokat tekintve: hangulatzavarok, szorongásos zavarok, pszichoszomatikus betegségek, viselkedészavarok, bizonyos személyiségzavarok esetén. Rehabilitációs céllal kompenzált állapotban lévő szkizofréneknél is jól alkalmazható.

Kontraindikáció:

Abszolút kontraindikációt nem írnak le a kutatások.

Jól kombinálható más pszichoterápiás módszerek technikáival.

8. Krízis (normatív, akcidentális) (mhj)

(A tétel kidolgozása szándékosan hosszabb, hiszen az orvosi hivatás során bármikor találkozhatnak ilyen helyzettel.)

A krízis szó döntést, fordulatot, ítéletet jelent.

Caplan az 1970-es évek elején összegezte a kríziselmélet alapelveit, megalkotta a legelterjedtebb **krízis-definíciót**, amely szerint ez egy:

- Válsághelyzet, a pszichológiai
- kiegyensúlyozatlanságnak időtartama annál a személynél, aki olyan
- veszélyes körülményekkel kénytelen szembenézni, amelyek
- számára fontos (!! *Ezért szinte bármely komolyabb betegség lehet kríziskiváltó!!*)
- problémát jelentenek, ám ezeket sem
- elkerülni, sem megoldani nem képes
- szokásos problémamegoldó eszköztárával, képességeivel.

Következmény: pszichológiai egyensúlyvesztés.

Nem mindegy, hogy az egyén sikeresen (kreatív krízis) vagy károsodással (negatív krízis) kerül ki a megterhelő helyzetből.

A krízisek 2 fajtája:

- 1) **normatív/normál krízisek** (Erikson, fejlődési , érési krízis)

A normál életfolyamatok változásaiból adódó krízisek. A személyiségfejlődés előre meghatározott stációkon, lépcsőfokokon (kisgyermekkor, serdülőkor, fiatal felnőtt kor, életközép időszaka, időskor) megy keresztül, amelyek során az egyénnek az adott életszakaszra jellemző problémával, életfeladattal, krízissel kell szembesülnie.

A probléma, az adott életfeladat megfelelő megoldása a következő életszakaszba lépés záloga: hiánya a későbbi életkorokra jellemző életfeladatok megoldásának sikerességét gátolja.

Az életciklusváltási pontokon találkozunk velük pl: serdülőkori válság, terhesség, életközép időszaka, nyugdíjazás időszaka, stb.

(Részletesebben példaként: **a kamaszkorban az identitás keresés, az identitás kialakítása** az életszakasz feladata a sikertelen megoldással, a szerepdiffúzióval szemben. A kamaszokra jellemző **identitáskrízis**, a „Ki vagyok én?” kérdés megválaszolása az identitás kialakulását eredményezi. Ha a kérdésre nem sikerül megtalálni a választ, akkor az összezavarodottság, önazonosság keresése állandósul, és a fiatal nem tud továbblépni a következő életszakaszba, amely a **fiatal felnőttkor** megoldásra váró problémáit rejt magában. Ekkor ugyanis a fiatalnak már az **intimitásra** való képességét kell kialakítania, amelynek feltétele a már kialakult identitás. Ha azonban az identitás még nem alakult ki, akkor a személy magába zárkózik és képtelenné válik arra, hogy a másokra figyeljen, ez pedig megakadályozza az intimitás kialakulását. Ekkor a magány és az elszigetelődés érzésével kell szembesítenie az illetőnek.)

2) **akcidentális/véletlenszerű krízis**

ahol a fenyegető körülmény általában kívülről érkező, sokszor váratlan esemény. Például a természeti katasztrófák, partnerkapcsolati szakítás, válási krízis, munkanélkülivé válás, gyász, egzisztenciális zuhanás, érzelmileg fontos személyek vagy jelentős dolgok elvesztése = tárgyvesztés, *életet fenyegető vagy annak gondolt betegségek*, stb.

A **krízismátrix** elmélete Jacobson nevéhez fűződik, mely szerint **ha a fejlődési és az akcidentális krízis időben egybeesik, az a szokásosnál sebezhetőbbé teszi a személyt!**

Orvosi szempontból fontos erre gondolni, ha épp életszakaszváltásban lévő pácienssel dolgozunk! Ott egy komolyabb betegség nagyobb eséllyel billenti meg a pszichés egyensúlyt, és rontja többek között a figyelmi funkciókat, az együttműködési képességet, stb.

Jacobson szerint a krízisállapot hat-nyolc hétig tart.

A krízis időszaka a kiváltó hatással kezdődik, mely perceket, esetleg órákat vesz igénybe, a megrettenés és a nyugtalanság szakasza napokig tart, az alkalmazkodás időszaka hetekig húzódó folyamat, majd az egyensúly helyreállása következik hónapok alatt.

Szakaszai:

1. **készenlét fázisa:** a megoldásra való erős motiváció, vegetatív tünetek, pszichés funkciók fókuszálódása
2. **küzdalem:** próbálkozások, útkeresés, nem működik a stratégia, egyre kapkodóbb, realitásvesztettebb, feszültség ▲ indulatvezérelt, következményei: frusztráció, dezorganizáció, beszűkülés
3. **kapkodás:** érzelem-, indulatvezérelt, újabb megoldási próbálkozások, görcsösek, beszűkültség ▲, realitáskontroll ▼, impulzivitás ▲, agresszív cselekedetek, veszélyes állapot, de még itt is megoldódhat
4. **összeomlás:** alkalmazkodóképesség végképp felborul, reménytelenség, kilátástalanság érzés, veszélyes beszűkülés, egyre erősebb regresszió, destruktív (önromboló) tendencia

A krízis lehetséges kimenetele:

- a, **megoldás**
- b, **kompromisszum**, vagyis **ineffektív megoldás**
- c, **összeomlás.**

a, Fejlettebb egyensúlyi állapot elérésének a lehetősége, ez a „kreatív krízis”

A krízis megoldása a legkedvezőbb kimenetel, a kiváltó tényező spontán elhárul vagy a személyiség illetve környezete külső erőforrások mozgósításával megoldja a helyzetet. Ez esetben a krízis gazdagítja a problémamegoldó stratégiák repertoárját, megerősíti a személyiséget, mely a korábbinál magasabb fejlődési szintre léphet, önbizalma növekedhet.

b, Egyensúlyba kerülés diszfunkcionális működéssel

Az egyén alkalmazkodik egy számára korábban elfogadhatatlan élethelyzethez, melynek értékeivel nem képes azonosulni, ezért a krízisállapot újra kialakulhat az ismétlődő döntéskényszer következtében.

Tünetei lehetnek: alkalmazkodási zavar, szorongásos tünetek, poszttraumás tünetegyüttes, depresszív tünetek, dependenciák (alkohol, gyógyszer, drog), pszichoszomatikus betegségek (magas vérnyomás, irritábilis bél szindróma) !! Itt újra fontos lehet a betegség kialakulásának idejét körüljárni!!

c, Az összeomlás két fő típusa a pszichózis és az öngyilkosság.

Mi jellemzi a krízisben lévő embert?

- Figyelme elsősorban a problémára irányul, a „nagy problémán” belül annak valamely apró részletére.
- A válságban lévő egyén furcsán kevert benyomást kelt, olyan emberét, aki a krízishelyzeten, annak magyarázatán, megoldásán tűnődik, ugyanakkor elgyötört, félelmek, szorongások kínozzák.
- Érzelmi reakcióit csak kismértékben képes kézben tartani, kontrollálni, rendkívül impulzív.
- Mindennapi tevékenysége alacsony határfokú.
- Az emberekhez fűződő kapcsolata megváltozik. Másokat annak függvényében ítél meg, hogy kap-e tőlük segítséget.
- Fokozottan befolyásolhatóvá válik, függőség-igénye jelentős, „kapaszkodik” a segítőtbe, mély regresszióba süllyed.
- A tájékozódó attitűdök rendszere összeomlik. A válságban lévő embernek nincs önmagára vonatkozó jövőképe.
- Sok mindent tud a problémáról, de ismereteit nem tudja rendszerezni, átgondolni.

Krízis esetén érdemi **segítséget jelenthet** a támogató környezet, család, barátok, vagy egy olyan személy, aki meghallgat, támogatást nyújt.

A telefonos lelkeségély-szolgálatok kríziskezelésre specializálódtak, számos ingyenesen hívható telefonszolgálat áll a nehéz élethelyzetbe kerülők rendelkezésére.

Krízisambulanciához, mentálhigiénés intézethez, családsegítő szolgálathoz, pszichológushoz, pszichiáterhez személyesen is lehet fordulni.

Élete során mindenki kerül krízisbe, a konstruktív megoldás érdekében célszerű szakmai vagy baráti segítséget kérni!

Ajánlott irodalom: Bakó Tihamér: Verem mélyén PSYCHO ART Kiadó, 2004.

ISBN:9789632171227

9.tétel: Terápiás keretek és alapelvek

A pszichoterápia meghatározása

Pszichoterápiának nevezzük a pszichés zavarok speciális lélektani kezelési módokkal történő gyógyítását, képzett szakemberek által. A speciális kezelés alatt meghatározott céllal,

módszerrel, indikációval, előre rögzített keretek között végzett – az interperszonális kapcsolaton alapuló- gyógyítást értjük. A meghatározás minden eleme lényeges.

Elméleti alapok

Nincs egységes pszichoterápiás elmélet, minden módszerhez saját elmélet tartozik. Egy-egy pszichoterápiás módszer fejlettségének függvénye, hogy rendelkezik-e mindegyik területen kidolgozott teóriával. A fontosabb összetevők a következők: személyiségelmélet-pszichés működés elmélete (pszichológia); fejlődéselmélet- különös tekintettel a koragyermekkorai kapcsolatok szerepére; betegségelmélet, pszichopatológia; terápiás hatás elmélete; terápiás helyzet, kapcsolat és folyamat elmélete; terápiás technika elmélete; szociálpszichológia – interperszonális kapcsolatok, csoport, szervezet/kontextus; kulturális antropológia; rendszerelmélet, komplexitáselmélet.

Terápiás helyzet, terápiás folyamat

Kiemelt fogalom a pszichoterápiás helyzet, a terápiás ülés, a terápiás forma, a terápiás szerződés és a terápiás keret.

A pszichoterápiás helyzet fogalmával írjuk le, hogy a beszélgetés meghatározott céllal (gyógyítás) zajlik, amihez az orvos-beteg kapcsolattól némileg eltérő szerepek tartoznak. A pszichoterápiás helyzet fogalmába a célon, kontextuson, elrendezésen, terápiás formán túl beletartozik az alkalmazott módszer, a páciens és a terapeuta szükséges munkamódja.

A pszichoterápiás kezelés egységeiben: terápiás ülésekben zajlik. A terápiás üléseknek a gyakorlatban kialakult, előre meghatározott időtartama van. Fontos, hogy az ülésekre megbízható rendszerességgel, azonos helyen, azonos időtartamban, minden külső zavartól mentesen kerüljön sor. Ez az elrendezés nem változtatható tetszőlegesen. Egy-egy terápiás ülésnek jellegzetes belső menete, kapcsolati dinamikája van.

A pszichoterápia „mennyisége”- időtényező

A pszichoterápiáknál egyszerre gondolkozunk terápiás módszerben és a kapcsolati mennyiségben. Az utóbbit a terápiás ülészám összessége adja ki, aminek alapján megkülönböztethetünk ultrarövid (1-4 ülés) rövid (10-30 ülés), közép (30-100 ülés)- és hosszúterápiákat. (100 ülés feletti).

A változás menete: a terápiás folyamat

A terápiás kapcsolati folyamat sematikusán a következőkből áll: kapcsolatba lépés; kivizsgálás, terápiás előkészítés; megállapodás (terápiás szerződés); bevezető szakasz; fő szakasz; lezárás, leválás; kontroll, utókapcsolat.

Az indikációs folyamat sajátosságai: a terápiás cél és terápiás szerződés

A pszichoterápiás szerződés a gyógyításhoz szükséges játékszabályokat adja meg. A pszichoterápiás szerződés általában szóbeli megállapodás a beteg és a terapeuta között, amelyben rögzítik: a terápia célját; a páciens tennivalóit, munkamódját (például csoportpszichoterápiáknál a szabad verbális kapcsolódás, a csoporton kívüli titoktartás); a terapeuta tevékenységét (például a megértés segítése); a terápiás körülményeit és formai jellegzetességeit (például ülőszám és – gyakoriság, hely, költségviselés).

A terápiás keret a terápiás szerződésben foglaltak biztosítását jelenti a terápia folyamán. A terápiás keret a munkamóddal adja a terápiás helyzetet, amelyben elindul a sajátos lélektani folyamat – a páciens változása -, és ezt nevezzük a terápiás folyamatnak.

Felhasznált irodalom:

A pszichiátria rövidített kézikönyve, Szerk.: Németh Attila (495-513. o.)

10. Progresszív relaxáció és autogén tréning, biofeedback jellemzése (RZs)

Az *autogén tréning* (AT) módszerének kidolgozása Schultz nevéhez fűződik, megjelenése az 1920-as évekre tehető. Megfigyelte, hogy a különböző testrészekre alkalmazott szuggesztiók során csökkent a páciensek szorongása, a belső feszültség. Az autogén tréning egymásra épülő lépésekből áll, amelyek során különböző testrészek, szervrendszerek ellazítására, nyugalmi tónusának elérésére fókuszál. Az AT alap lépései: a végtagok izomzatának ellazítása, a szív működés, a légzés, a zsigeri szervek és a feji vasomotorium nyugalmi tónusának létrehozása. A módszert a terapeuta megtanítja a páciensnek, így a végén olyan eszköz lesz a kezében, amelyet önállóan, bármikor alkalmazhat. Nemcsak pszichés betegségek esetén hasznos, hanem preventív, egészségmegőrző, önismereti, önfejlesztő funkcióval is bír.

A módszer elsajátításának feltétele a két terápiás ülés közti otthoni gyakorlás és az átélt élmények naplószerű vezetése, majd ezek megbeszélése a terapeutával, amely elősegíti a lelki történések tudatosítását, integrálódását. A terápiás folyamat hatására csökkennek a szorongásos tünetek, fejlődik az önismeret, a testtudatosság, javul a koncentráció, a kognitív teljesítmény, javul az általános egészségi, szomatikus állapot (testi működés nyugalmi tónusa miatt), nő a stressz tolerancia.

Ez az ellazult állapot teremtheti meg az alapot további hívóképekkel (például katatím képélmény módszere), szimbólumokkal (szimbólumterápiás módszer) való munkának.

Biofeedback: különböző mérőeszközök segítségével kap a személy visszajelzést a testi ellazulás mértékéről, ezzel segítve a szorongásos, stresszes állapot felismerését, illetve a

relaxált állapot tanulását. Például pulzus mérése, vérnyomás mérése, bőr hőmérsékletének mérése, bőrellenállás mérése (szorongás, stressz fokozza az izzadást), EMG, EEG.

Progresszív relaxáció: ez a technika szintén abból indul ki, hogy stressz, szorongás esetén az emberi test izmai megfeszülnek. Ha ezeket tudatosan ellazítjuk, akkor a pszichés állapot is változik. A progresszív relaxáció alatt egyszerre egy meghatározott izomcsoport megfeszítésére fókuszálunk, majd, amikor ugyanezt az izmot ellazítjuk, akkor azon a helyen tapasztalható ellazuló érzésre összpontosítunk. A progresszivitás azt jelenti, hogy fokozatosan haladunk végig az egész testen egy meghatározott sorrend szerint, és mindenhol ugyanazt a feszítő-relaxáló eljárást ismétljük meg. Ez a módszer szintén segít abban is, hogy egyáltalán megtanuljuk felismerni, hogy mikor melyik izmunk válik feszültté, tartós stresszre hogyan reagál a testünk. (Gyakran észre sem vesszük a hétköznapi rutin közben jelenlévő stressz emelkedett szintjét, tartósságát, vagy a meglévő tüneteket nem kapcsoljuk hozzá. Azonban, ha gyakori fejfájás, hátfájás, nyakfájás stb. jelentkezik, akkor lehetséges okként érdemes a stressz miatti, tartós izomfeszülést is számba venni.)

Kontraindikáció: fokozott regressziós készség, borderline- és pszichotikus állapot; illetve kényszeres, hipochonder, paranoid tünetek esetén sem javasolt.

Kombinálható más pszichoterápiás eljárásokkal (például viselkedésterápiás folyamattal), valamint segítséget jelenthet szomatikus beavatkozások kapcsán félelem oldására, szuggesztív elemek alkalmazására.

11. A pszichodinamikus irányzat alapelvei (MF)

A pszichodinamikus irányzat **Sigmund Freud** elméleteiből bontakozott ki, ő alkotta meg a tudatműködés **topografikus modelljét** is, amely szerint a lelki tartalmaknak három tartománya van: a **tudatos**, a **tudatelőttés** és a **tudattalan**. Tudatos az, amiről az adott pillanatban tudomásunk van. A tudatelőttés tartalmak aktuálisan kívül esnek a tudatosságon, de könnyen azzá válhatnak. A tudattalan tartalmak viszont – amik a személyiség működése szempontjából a legnagyobb jelentőségűek – akaratlagosan nem tudatosíthatók, mert bizonyos pszichés erők megakadályozzák azt.

Freud dolgozta ki a személyiség **strukturális modelljét** is, ami szintén általánosan elfogadott a pszichodinamikus irányzat követői részéről. Eszerint a személyiség három instanciából áll, melyek kölcsönhatása eredményezi a komplex emberi viselkedést. Az **ösztönén (id)** tartalmai az ösztöntörekvések lelki kifejeződései, tudattalanok, részben örökletesek, részben szerettek és elfojtottak. Az ösztönén az örömev alapján működik, a szükségletek és vágyak azonnali

kielégítésére, az ösztönkésztetések okozta feszültség halasztást nem tűrő megszüntetésére törekszik, így gyakran kerül konfliktusba a másik két instanciával, az énnel és a felettes-énnel. A **felettes-én (superego)** az interiorizálódott szociális, morális normákat, a tilalmainkat tartalmazza, így egyik fő funkciója a lelkiismeret. Az **én (ego)** egyaránt függ az ösztönén igényeitől és a felettes-én parancsaitól, illetve a valóság követelményeitől. A pszichés folyamatok összekötő tényezőjeként jelenik meg, a realitáselvet követi, és a viselkedés szabályozásában, valamint az egészséges lelki működésben meghatározó szerepet tölt be.

A pszichodinamikus irányzat a további alapelvekre épül:

Pszichés determinizmus: Semmilyen lelki jelenség nem jön létre véletlenszerűen, hanem csak ok és okozat meghatározott, ezért megismerhető láncolatoként. Az emberi viselkedés hajtóereje, motivációja az ösztönökből származik. Az ember viselkedése és személyiségfejlődése elsősorban intrapszichikus tényezők által determinált, mint amilyenek például a belső impulzusok, szükségletek, vágyak, intrapszichés konfliktusok. A külső, szociális tényezők hatása közvetetten, másodlagosan érvényesül. Ezek az intrapszichikus faktorok képezik a megnyilvánuló, megfigyelhető viselkedés okait. A klinikai vizsgálatnak, kezelésnek és kutatásnak ezért ezekre az intrapszichés mechanizmusokra kell irányulnia, még ha azok rejtettek is a közvetlen megfigyelés számára.

Pszichogenetikus elv: A viselkedés és annak zavarai kialakulásában alapvető tényező a kora gyermekkori szükségletek frusztrációja vagy túlzott kielégítése. Éppen ezért a szülőknek, testvéreknek és a környezetnek – különösen az autoritás személyeknek – fokozott jelentőségük van az ember élettörténetében. A múlt (a kora gyermekkor) történéseinek nagyobb a jelentőségük, mint a jelenben ható tényezőknek.

Ajánlott irodalom:

Freud, S. (1991) Az őszvalami és az én. Reprint kiadás, Hatágú Síp Alapítvány, Budapest.

Freud, S. (1982) A pszichoanalízis foglalatja. In: Freud, S. Esszék, Gondolat Kiadó, Budapest, 407-474. o.

Hermann I. (1988) A pszichoanalízis mint módszer. Gondolat Kiadó, Budapest.

Klein, M. (1999) A szó előtti tartomány. Akadémiai Kiadó, Budapest.

12. tétel Klinikai és egészségpszichológia kompetenciái, összevetése a társszakmákkal (GB)

A társadalomtudományok között kiemelt szerepet kap a pszichológia tudománya, mely bioetikai kutatás módszertani alapokon nyugvó humán tudományterület. Az egészségügyi ellátó rendszerben folytatható tevékenységhez az alap pszichológia MA végzettség mellett,

kiegészítő egészségügyi szakvizsgát szükséges tennie a szakembereknek (3 vagy 4 éves képzési időszak). Két típusa elérhető hazánkban: klinikai és mentálhigiénés szakpszichológus szakvizsga, valamint alkalmazott egészségpszichológiai szakvizsga.

A két típusú szakvégeztséggel rendelkező szakemberek munkája között számos hasonlóság és átfedés tapasztalható. A klinikai szakpszichológus és az egészségpszichológus is foglalkozik szomatikus és mentális betegségekkel küzdők pszichológiai ellátásával. Gyakran végeznek terápiás munkát csoportos vagy egyéni formában osztályos körülmények között, valamint a járóbeteg ellátásban.

Az egyik legfontosabb különbség a két szakterület között, a betegellátással kapcsolatos szemléletmód. Az egészségpszichológia alapvetően a megbetegedésekkel kapcsolatos megküzdést, a preventív munkamódot képviseli, míg a klinikai szakpszichológia leginkább a mentális betegségek diagnosztizálásában és terápiájában kiemelt szerepű. A klinikai szakpszichológus különböző pszichodiagnosztikai mérőeszközök segítségével támogatja felmérni az adott személy jellegzetes gondolkodási és cselekvési stílusát, kiegészülve az érdeklődés, értékek, attitűdök, észlelési és gondolkodási stílus, intellektuális színvonal, belső dinamika és viselkedés megismerésével. Mindehhez a klinikai szakpszichológus különböző tesztek (projektív tesztek – Rorschach Teszt, TAT Teszt, Szondi teszt; személyiség interjúkat – SCID interjúk, önkítöltős tesztek – MMPI próba, teljesítményteszteket – IQ tesztek (MAWI, WAIS-IV), valamint önkítöltős tünetbecslő kérdőíveket és skálákat (pl. Beck Depresszió Kérdőív)) használ.

Pszichodiagnosztikai vizsgálatot klinikai szakpszichológus, szakpszichológus jelölt és esetenként egészségpszichológus is végezhet, azonban a szakvélemények megalkotása minden esetben klinikai szakvégeztséghöz kötött feladat. Ez a gyakorlatban úgy jelenhet meg, hogy az egészségpszichológus felveheti az adott tesztet vagy kérdőívet, melyre az alap pszichológiai szakvégeztség jogosítja, azonban a véleményt csakis klinikai szakpszichológus állíthatja ki. A szakpszichológusok és az orvosok (pszichiáterek) munkája jól kiegészítheti egymást, a diagnosztikai munkán kívül (klinikai szakkompetencia), mindkét szakpszichológus végezhet rövidebb egyéni és/vagy csoportos terápiás tevékenységet. Szomatikus osztályokon mindez leginkább úgy különül el, hogy az orvos végzi a farmakoterápiás munkát, míg a szakpszichológus a pszichoterápiát. Pszichiátriai ellátó helyeken a farmakoterápia mellett, pszichiáter szakorvos is bekapcsolódhat a pszichoterápiába.

Ajánlott irodalom:

13. tétel. Személyiségzavarok

Fogalma

A személyiség fogalma úgy is definiálható, hogy az a személy megfigyelhető magatartásának és a szubjektíven átélt tapasztalatának a teljessége. Az egyén leírása így magában foglalja mind a szociális, mind a privát aspektusokat. A személyiségzavar kifejezés arra az élménybeli és viselkedésbeli tartós mintázatra utal, amely jelentősen eltér a kulturális elvárásoktól. A személyiségzavar gyakori és krónikus pszichiátriai betegség. Prevalenciája 10 és 20% között van az átlagpopulációban. A személyiségzavarban szenvedő betegek gyakran utasítják el a pszichiátriai segítséget, és tagadják problémájukat. Általában a pubertást követően jelentkeznek a személyiségzavarokhoz társuló viselkedészavarok, amelyek az életkor előrehaladtával rögzülnek és így nehezen korrigálható életvezetési hibákat eredményeznek. Jól érzékelteti ezt a klasszikus mondás, miszerint a személyiségzavar diagnózisa az anamnéziséből olvasható ki, szemben a legtöbb pszichiátriai betegséggel, ahol a beteg tünetei és panaszai segítenek inkább a diagnózishoz. A személyiségzavarban szenvedő emberek életvitelükben is veszélyeztetettek, amelyre utalnak az alábbi adatok is: magasabb a válások száma; nagyobb eséllyel válnak munkanélkülivé és hajléktalanná; gyakoribb a gyermekekkel való visszaélés; nagyobb gyakorisággal válnak baleset áldozatává; sűrűbben kerülnek kórházba; kriminális cselekmények elkövetői között 70%-ban fordulnak elő; autodestruktív cselekmények elkövetői között jóval gyakoribb az előfordulásuk; az alkoholdependensek 60-70%-a és a drogdependensek 70-90%-a személyiségzavarban is szenved.

Történeti vonatkozások

A személyiségzavart régebben pszichopátiának nevezték, amely alatt mindig valamilyen beilleszkedési zavart értettek. Fontos szerzői nevek akik a személyiségzavarokkal is foglalkoztak: Hippokratész négy temperamentum típusa; Pinel (1801) a tudatzavar nélküli felhangoltság (manie sans delire); Prichard (1837) erkölcsi fogyatékoság (insania moralis); Freud és Abraham a pszichoszexuális fejlődés elakadásaként értelmezett karakterzavar; Schneider (1934) kategorikus rendszere; Cleckley (1950) megtartva a pszichopátia fogalmát valójában a szociopátiás az antiszociális személyiség jellemzőit adja meg; A DSM-II megjelenésétől (1968) beszélünk antiszociális személyiségzavarról.

Klasszifikáció

A DSM-III bevezetése óta három nyalábot (clustert) különböztetünk meg a személyiségzavarok kategorizációjában; a furcsa, különc A nyalábot (paranoid, szkizoid, szkizotíp) a dramatikus B nyalábot (borderline, hisztrionikus, narcisztikus, antiszociális) és a szorongó C nyalábot (elkerülő, dependens, obszesszív-kompulzív). A jelenleg használatos BNO-10 és DSM-5 szoros átfedést mutat. A DSM-5 elkülönít még az általános orvosi ok miatt kialakult személyiségváltozást (pl. frontális lebeny sérülés) és megad egy egyéb specifikus személyiségzavar kategóriát is. A klinikai vizsgálat mellett pszichodiagnosztikai eszközök is segíthetnek a diagnózis felállításában és pontosításában, Rorschach teszt , önjellemző tesztek. Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI), Temperament and Character Inventory (TCI), Szondi-teszt, TAT, rajztesztek.

Etiológia

Kóreredete vonatkozásában vizsgálták a genetikai faktorokat, biológiai faktorokat, pszichológiai faktorokat.

A biológiai, pszichológiai és szociális rizikófaktorok szerepe a személyiségzavarok etiológiájában hangsúlyozottan nem specifikus, s egy-egy egyedi esetben azok interakcionális mintázata lesz az, amely kirajzolja egy adott beteg kórképének a kóreredetét. Ezen interakcionális mintázatot a biopszichoszociális modell foglalja össze.

Megjegyzendő, hogy újabban a személyiségzavarok pszichodinamikus koncepciója mellett jelentős eredményeket mutatott fel a karakterkialakulás ún. pszichobiológiai modellje, amely Cloninger nevéhez fűződik.

Terápiás lehetőségek

Mivel a személyiségzavarokra jellemző maladaptív magatartásmintázatok részben biológiailag is meghatározottak, illetve a pszichoszociális eredetüket tekintve sokszor igen korai eredetűek, a kezelés hosszú, és sokszor csak mérsékelt hatásfokú.

Pszichoterápiás lehetőségek: Klasszikus pszichoanalízis, pszichodinamikus terápiák módosított formái, csoportterápiák és szocioterápiák, kognitív és viselkedésterápiák. A gyógyszeres kezelésnek is megvan a helye a személyiségzavarok terápiájában.

Felhasznált irodalom:

A pszichiátria rövidített kézikönyve, Szerk.: Németh Attila (2013)

A pszichiátria magyar kézikönyve, Szerk.: Fűredi János, Németh Attila (2015)

14. Kiegészés és prevenciója (DN)

A burnoutként is használt fogalmat 1974-ben Freudenberger írta le először, és a következőképp definiálta: „A szindróma krónikus, emocionális megterhelések, stresszek nyomán fellépő fizikai, emocionális, mentális kimerülés állapota, mely a reménytelenség és inkompetencia érzésével, célok és ideálok elvesztésével jár, s melyet a saját személyre, munkára, illetve másokra vonatkozó negatív attitűdök jellemeznek.”

Ezt 1998-ban módosította Maslach és Jackson, 3 dimenzióját írták le: emocionális kimerültség, deperszonalizáció és csökkent személyes eredményesség. Az ő felfogásukban a kiegészés a megterhelő interperszonális kapcsolatokban megélt stressz eredménye. Ennek fényében érthető, hogy leginkább segítő szakmákban elterjedt, de bármely szakterületen kialakulhat.

Cherniss kidolgozta a burnout fejlődési modelljét. Az első szinten megjelenik az észlelt stressz, a másodikon fizikai és emocionális fáradtság jelentkezik, a harmadik szinten már védekező magatartásformák is megfigyelhetők, mint a cinizmus, érzelmi visszahúzódás és elkülönülés.

A burnout tünetei hasonlóak a depresszióéhoz, de jól elkülöníthető a két állapot. Kiegészés esetén fizikai, mentális és érzelmi fáradtság állandó jelenlétét tapasztalhatjuk, a munkával kapcsolatos problémákban eszköztelennek érzi magát az érintett, nem érzi, hogy van segítség, s ez a reménytelenség áterjed az élettel kapcsolatos megélésére is, és az önbecsülést negatív irányba befolyásolja. A depresszió általában intraperszonális, vagyis az egyénnel kapcsolatos tényezők miatt alakul ki, a burnout viszont interperszonális faktorokon alapszik, tehát a munka során megélt interakciók - munkatársakkal és kliensekkel, betegekkel - jellegzetes mintázata határozza meg. A kiegészés tekinthető a munka és az egyén elvárásai közötti össze nem illés következményének is, mellyel nem tud adekvátan megküzdeni az érintett, és így önfenntartó folyamat is kialakulhat.

A kiegészés prevalenciája a teljes lakosság körében 15-20%, egyetemi hallgatók, főként orvostanhallgatók körében hasonló arányokat találhatunk. Fiataloknál, pályakezdőknél gyakori, az egyik legnagyobb protektív faktor a házasság, de hasonló szerepet tölthet be a szociális háló is. Az önértékelés, önismeret, pozitív gondolkodás és a vallásosság bizonyul továbbá protektív tényezőnek.

Prevenációs lehetőség az egyetemen az önismeret fejlesztése, pályaszocializáció. Munkavállalók esetében is segít az önismeret, emellett a kommunikációs és stresszkezelő tréningek (autogén tréning), magánélet és szakma elválasztása (ne vonódjunk be túlzottan a

beteg sorsába pl.), esetmegbeszélő csoportok (Bálint csoport), szerepkonfliktusokra való felkészítés (család vs munka).

Ajánlott irodalom:

Győrffy Zsuzsa és Ádám Szilvia: Az egészségi állapot, a munkastressz és a kiégés alakulása az orvosi hivatásban. *Szociológiai Szemle* 2004/3. 107-127 pp

Hazag Anikó és Major János: A hallgatói kiégés jelensége, medikusok lelki egészségvédelme, *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika* 9 (2008) 4, 305—322

Mihálka Mária: A kiégésről - nemzetközi és hazai kutatási kitekintés, *Acta Sana*, (10) 2. pp. 7-18. (2015)

15. A tünetbecslő skálák definiálása, összevetése a projektív és a teljesítmény tesztekkel (AB, PI)

Ez a tétel szorosan kapcsolódik a következő tételekhez: 16., 17., 18., 20.

Tesztekkel, valamint teszteléssel az élet minden területén találkozunk (pl.: nyelvvizsga, színlátás, orvosi vizsgálatok stb.). A pszichológiai tesztek olyan tudományosan kidolgozott próbahelyzetek, melyek az emberi képességek, teljesítmények, tulajdonságok vagy pszichológiai, neuropszichológiai állapotok egzakt észlelésére hivatottak

Egydimenziós kérdőívek, **tünetbecslő skálák**, amik konkrét tünetek vizsgálatát tűzik ki célul. Ennek megfelelően vannak például hangulatzavarok tüneteit (Hamilton, Beck, Zung), szorongásos tüneteket (pl. Hamilton szorongásskála, STAI, Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale), skizofrénia tüneteit (Pozitív/Negatív tünetek becslési skálája) vizsgáló tünetbecslő skálák.

A **projektív tesztek** olyan személyiségtesztek, amelyekre az adott válasz értékelése nem az adott tünet megléte mentén (lásd. tünetbecslő skálák) sem pedig a helyes vagy helytelen dimenzió mentén történik (lásd. teljesítménytesztek). A projektív tesztek logikája szerint a személyiség mély alapstruktúrája, tudattalan motivációi, elhárító mechanizmusai és konfliktusai közvetlen rákérdezéssel nem explorálhatóak. A vizsgálati helyzetben nehezen meghatározható ingerekről kell beszélni, működési alapelvük az, hogy „értelmetlen” vagy többértelmű ingereket mutatunk be a vizsgálati személynek, aki ezeknek saját tudattalan lelki tartalmait kivetítésével ad jelentést. A vizsgálati személy válaszai mentén a személyiség globális működésére lehet következtetni a válaszok elemzését követően. A legismertebb projektív tesztek a Rorschach, a Tematikus Appercepció Teszt, illetve a Szondi-teszt.

A teljesítménytesztek bizonyos képességeket, képességcsoportokat, funkciókat mérnek. Teljesítménytesztek például: MAWI IQ teszt, Raven, Addenbroke-féle Kognitív vizsgálat (lásd 18., 20. tétel)

Ajánlott irodalom:

Füredi János, & Németh Attila (2009). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Medicina Könyvkiadó: Budapest. 177-181. o.

16. Hamilton Depresszió Skála (HAM-D) és a Beck Depresszió Kérdőív (BDI) (DN)

A depresszió tüneteinek súlyosságát becsülő skála mindkét eszköz, tehát nem diagnosztikai módszerek, a teszt felvételének idején mérik fel az állapotot, így az állapot követésére is alkalmasak.

A HAM-D egy félig strukturált interjú, mely során a szakember az előre megadott szempontok alapján folytatott beszélgetés után pontozza a depresszió egyes tüneteinek adott pillanatban detektálható súlyosságát. Max Hamilton fejlesztette ki az eredeti verziót 1960-ban, 21 itemből áll, melyből 17-et kell pontozni. 0-7 pont normál, 8-13 enyhe, 14-18 közepes, 19-22 súlyos, 23-nál nagyobb pontszám igen súlyos depresszív tüneteket jelez. Az érintett területek között szerepel a hangulat, büntudat érzése, szuicid ideációk, alvászavar, agitáció vagy gátoltság, szorongás, súlyvesztés és testi tünetek.

A BDI egy önkitöltős depresszió tünetbecslő skála, melynek a 21 ítemes változatát használjuk leginkább. Aaron T. Beck írta le elsőként a depressziót kognitív szempontból, s ezen elmélete és tapasztalatai alapján fejlesztette ki a BDI első verzióját 1961-ben. 21 állításcsoportot tartalmaz, melyek mindegyike a depresszió különböző tüneteinek négyféle súlyosságú megnyilvánulását írja le. A kitöltőnek ki kell választani, melyik írja le aktuális állapotát a leginkább a négy közül. A válaszokat 0-3-ig lehet pontozni, az állítás súlyosságának megfelelően. 0-13 pont normál, 14-19 enyhe, 20-28 közepes, 29-63 pont súlyos depresszív tüneteket jelez. A második és a kilencedik kérdéscsoport támpontot adhat a szuicid veszély felmérésére, előbbi a reménytelenség érzésére kérdez rá, utóbbi pedig az öngyilkosság gondolatát járja körbe.

A HAM-D objektívebbnek tekinthető, míg a BDI önkitöltős eszközként tükrözi a kitöltő szubjektív megélését, esetleges manipulációs szándékát is.

17. Spielberger-féle Vonás- és Állapotszorongás Kérdőív (STAI) (AB, PI)

A klinikai gyakorlatban a Spielberger-féle Vonás- és Állapotszorongás Kérdőív (STAI) egy gyakran használt mérőeszköz. A STAI a szorongás mértékét meghatározó kérdőív, melyet a páciens önbevallásos alapon tölt ki. A szorongás két típusát vizsgálja, a vonásszorongást és az állapotszorongást. Mivel a vonásszorongás a beteg stabilabb szorongásos beállítottságát méri, ezért már személyiségvonásként is értelmezhető („Általában hogy érzi magát?”). Az állapotszorongás pedig az adott személy jelenlegi, aktuális állapotáról (szorongásáról) ad képet („Éppen most hogy érzi magát?”).

A kérdőív 40 tételből áll, melyet a páciens 1-4-ig terjedő Likert-skálán pontozhat annak megfelelően, hogy milyen mértékben jellemző rá az állítás. Ez alapján 20 tétel arra vonatkozik, hogy általában miként érzi magát a beteg, 20 tétel pedig arra, hogy jelenleg hogyan érzi magát. A tételek között vannak fordított tételek (pl. „Jól érzem magam.”), melyre ügyelni kell a pontozás során, mivel ellentétes értéket kap a pontozásnál.

Ajánlott irodalom:

Füredi János és Németh Attila (2009). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 179. o.

Füredi János, Németh Attila és Tariska Péter (2007). *A pszichiátria rövidített kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 166. o.

18. Magyar Wechsler Intelligencia Teszt (MAWI) és a Raven teszt ismertetése (AB, PI)

Az intelligencia fogalmát többféle módon lehet definiálni. Amíg Stern szerint az intelligencia az új helyzetekhez való alkalmazkodás képessége, addig Wechsler szerint ez inkább egy olyan globális képesség, ami célszerű cselekvésre, racionális gondolkodásra és a környezettel való eredményes bánásra ösztönöz minket.

A legelterjedtebb hazánkban használt intelligencia teszt a Wechsler-féle Intelligencia Teszt (MAWI), amit felnőtt magyar² mintára standardizáltak. A teszt kétfaktoros szerkezetű, van egy **verbális** és egy **performációs feladatok** tartalmazó része, melyek 5-5 részpróbát tartalmaznak. Az egyes részpróbák fokozódó nehézségi sorrendben követik egymást. A verbális próbákhoz tartoznak **ismereteket, helyzetek megértését, számismétlést, számolási feladatokat** és **összehasonlítást** mérő feladatok. A performációs feladatokhoz tartozik a **rejtjelezés**, melynek lényege, hogy 90 másodperc alatt egy meghatározott minta alapján váltakozó sorrendben bemutatott számokhoz kell meghatározott jeleket lemásolni. A

² Létezik gyermekeknek szóló intelligencia teszt is, a Wechsler-féle intelligenciateszt gyermekváltozata (WISC).

képrendezés feladat során egy összekevert képsorozatot kell kronológiailag helyes sorrendbe rendezni. A **képkiegészítés** feladatnál azt kell felismerni, hogy a felmutatott képről melyik lényeges elem hiányzik. A **mozaikpróba** során a vizsgált személynek a képen bemutatott mintázatokat kell színes kockából (piros és fehér) időre kiraknia. Végezetül a **szintézispróba** feladatnál három figurát kell azok összekevert részleteiből összeállítani. Az *1. táblázat* a MAWI részfeladatait sorolja fel annak függvényében, hogy az adott feladat milyen képességünket hívja segítségül.

	Részfeladatok	Mit mér?
Verbális Performációs	1. Ismeretek	az elsajátított ismeretanyag
	2. Helyzetek megértése	milyen mértékben képes valaki minél szélesebb körben gyakorlati ismereteit értékelni
	3. Számismétlés	figyelem, rövidtávú memória, koncentrációs képesség
	4. Számolási feladatok	intellektuális gyorsaság, konkrét számokkal összefüggő gondolkodási képességek
	5. Összehasonlítás	absztrakt gondolkodás
	6. Rejtjelezés	az asszociáció gyorsasága, motoriumba való átvétele, ép vizuomotoros koordináció
	7. Képrendezés	össz-szituáció megértése, vizuális rendszerfelismerés
	8. Képkiegészítés	vizuális figura felismerése és azonosítása, fogalomalkotó képesség
	9. Mozaikpróba	analizáló, szintetizáló képesség
	10. Szintézispróba	gondolkodásmód, kombinatív készség

1. táblázat A MAWI részfeladatai annak függvényében, hogy az adott feladat milyen képességünket méri

A teszt összeredménye alapján megállapítható az általános IQ-mutató, azonban ezen felül kiszámítható még a vizsgált személy verbális (**VQ**) és performációs IQ-ja (**PQ**) is. Az átlagos IQ 91-109 között, az extrém alacsony IQ a 68-as érték alatt mozog.

A MAWI teszt folyamatos fejlesztés alatt áll, az elérhető legkorszerűbb verzió a Wechsler Felnőtt Intelligenciateszt (WAIS-IV). A mérőeszköz négy részterületet mér (Verbális megértés, Perceptuális következtetés, Munkamemória és Feldolgozási sebesség), amelyek az intelligencia egyes részterületeit vizsgálják. A WAIS-IV tesztből – hasonlóan a MAWI-hoz – összpontszám számolható, azonban a teszt értékelésénél az intelligenciaövezet hangsúlyos, amely a vizsgálati személy globális kognitív működéséről ad a klinikusoknak képet.

Az intelligencia mérésére a Raven-féle Progresszív Mátrix tesztet is szokás alkalmazni, mely egy **vizuális, nem verbális képességeket vizsgáló** mérőeszköz. Az intelligenciateszt geometriai ábrákat tartalmaz. A vizsgálati személy feladata, hogy kiválassza, hogy melyik rész hiányzik egy nagyobb képből. A feladatok fokozatosan nehezednek. A teszt egyénileg vagy csoportosan is felvehető.

Ajánlott irodalom:

Füredi János és Németh Attila (2009). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 166-169. o.

Füredi János, Németh Attila és Tariska Péter (2007). *A pszichiátria rövidített kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 143-145. o.

19. MMPI ismertetése (AB, PI)

Az MMPI (Minnesota Multiphasic Personality Inventory) az egyik leggyakrabban használt **személyiségteszt** a klinikumban. A mérőeszköz 566 tételből áll, melynek minden állítására „igen”, „nem” vagy „nem tudom” válasz adható. A teszt kidolgozói már létező pszichiátriai esettanulmányokból gyűjtötték ki a kérdéseket, és ezeket pszichiátriai betegekkel, illetve nem klinikai, egészséges, normál személlyel (*kontrollcsoport*) is felvették. A kérdőívbe azok az állítások kerültek csupán, melyek az adott klinikai csoportok és a nem klinikai minta között differenciáltak.

Az MMPI tételei **tíz klinikai** és **négy validitási skálát** tartalmaz. A klinikai skálákhoz a Hipocondria (Hs), a Depresszió (D), a Hisztéria (Hy), a Pszichopátia (Pp), a Maszkulinitás-feminitás (Mf), a Paranoia (Pa), a Pszichaszténia (Pt), a Szkizofrénia (Sc), a Hipománia (Ma)

és a Szociális introverzió (Si) tartozik. E skálakon elért pontszám alapján elmondható, hogy az adott vizsgálati személy **mennyire hasonlít az pszichiátriai diagnózissal rendelkező alanyok válaszaihoz**. Az értelmezés során a **70 pont feletti** értékek tekinthető patológiásnak. A klinikai skálák értékeinek segítségével rajzolódik ki az egyén klinikai **személyiségprofilja**, mely grafikusán is ábrázolható.

A validitási skálák (Nem tudom [?] skála, Validitás [F] skála, Hazugság [L] skála, Korrekciós [K] skála) a kérdőív érvényességét (*validitás*), a válaszok őszinteségét, esetleges torzítását (pl. mennyire akarja magát jó színben feltüntetni) mérik, illetve azt, hogy a vizsgált személy mennyire konzekvensen töltötte ki a tesztet. Magas értékek esetén a személyiségprofil fenntartással kell kezelni, olykor azonban már nem is értelmezhető.

Az MMPI-2 mérőeszköz, a legújabb verzió, melynek szerkezete és pontozási technikája azonos az MMPI kérdőívvel. Az MMPI és az MMPI-2 korlátai ellenére a pszichopatológiai tünetek megfelelő mérőeszköze és hasznos segítséget nyújt a kezelésben, illetve a terápiában egyaránt.

Ajánlott irodalom:

Füredi János és Németh Attila (2009). *A pszichiátria magyar kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 169-170. o.

Füredi János, Németh Attila és Tariska Péter (2007). *A pszichiátria rövidített kézikönyve*. Budapest: Medicina Könyvkiadó. 147-148. o.

20. Mini-Mentál Teszt, Addenbrooke-féle Kognitív Teszt, Óra rajzolás teszt ismertetése (PE)

Mini-Mentál Teszt (MMT)

A sok kritika ellenére a MMT az egyik leggyakrabban használt kognitív vizsgálat az általános kognitív funkciók felmérésére világszerte. Tíz részfeladatból áll, mely a következő kognitív funkciókat méri: orientáció, rövidtávú emlékezet, figyelem és számolás, felidéző emlékezet, gyorsasszociációk kiépítése, megnevezés, analizáló-szintetizáló készség, vizuospeciális készség. Felvétele kb. 10 percig tart. Demencia vizsgálatára és az állapot nyomonkövetésére lett kidolgozva. Korai hanyatlás kimutatására nem elég érzékeny. A szociodemográfiai hatások befolyásolják az eredményt. A padló-plafon hatás miatt premorbid magas intellektusú és iskolázottságú személyek esetén gyakori a fals negatív eredmény, alacsony intellektusú, de hanyatlást nem mutató betegnél gyakran fals pozitív patológiás érték jelződik. A demográfiai hatások többnyire kiküszöbölhetők a korrekciós pontszámítással.

A maximálisan elérhető pontszám 30 pont. Általában 27-28 pont között enyhe kognitív zavar valószínűsíthető, ekkor javasolt az ÓRT elvégzése is, mely segít annak eldöntésében, szükség van-e a beteg további vizsgálatára. Az enyhe demencia 20-26 pont, a közepes fokú 10-19 pont, a súlyos fokú 10 pont alatt valószínűsíthető. A pontszámokat támpontként kell figyelembe venni, s a klinikai képpel, képalkotó eljárásokkal, valamint a (hetero)anamnézissel kiegészítve kell a beteg további kezeléséről dönteni. Ha a pontszám elmarad az iskolázottság és életkor alapján elvárt szinttől 3 vagy annál több ponttal, illetve, ha a korábbi eredményekhez képest romlás tapasztalható, a kognitív funkciók hanyatlása valószínűsíthető.

Óra Rajzoló Teszt (ÓRT)

Az ÓRT gyakori demencia szűrő módszerré vált. Felvétele önállóan vagy a MMT kiegészítéseként kognitív hanyatlás gyanúja esetén javasolt, együttes alkalmazásukkal az érzékenység növelhető. Számos kognitív és perceptuális képesség megléte szükséges a feladat elvégzéséhez: exekutív funkció, térbeli orientáció, absztrakció, koncentráció, vizuospeciális készség, vizuális memória, tervezés, válaszgátlás. Többféle instrukció és pontozás terjedt el. Kognitív károsodásra utal, ha a betegnek gondot okoz a számok beírása (összezsúfolja, felcseréli, kihagyja a számokat) vagy a mutatók berajzolása. A pontszámokat támpontként kell figyelembe venni, s a klinikai képpel, valamint a (hetero)anamnézissel kiegészítve kell a beteg további kezeléséről dönteni.

Addenbrooke's Kognitív Vizsgálat

Az Alzheimer-kór korai stádiumban történő diagnosztizálása kulcsfontossággal bír a kór hatékony kezelésében. A korai diagnosztizálás lényeges feladata a kezdődő Alzheimer-kór elkülönítése a frontotemporális demenciától. Eredetileg erre dolgozták ki az AKV-t. Az AKV magába foglalja a MMT-t, az ÓRT-t, a fluencia és egyéb neuropszichológiai feladatokat. Az AKV előnye, hogy gazdaságos: gyorsan, mintegy 15–20 perc alatt felvehető, és felvétele nem kíván meg orvosi szakképzettséget.

A következő területeket vizsgálja: figyelem és orientáció, Epizódikus és szemantikus memória, Verbális fluencia, fonémikus és szemantikus kategória, afázia feladatok, nyelv, tér- vizuális készségek.

Ponthatár: 0-100 pont, cut-off pont: először 88, majd 83 pont.

A VLOM-index a frontotemporális vs. AK demencia elkülönítésében segít.